



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado em Saúde Pública



**Adriana Conrado de Almeida**

---

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO DO  
SISTEMA PÚBLICO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO PRÉ -HOSPITALAR  
MÓVEL DA CIDADE DO RECIFE**

---

RECIFE  
2007

**ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA  
PÚBLICO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO PRÉ -HOSPITALAR MÓVEL  
DA CIDADE DO RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Tiago Lapa

RECIFE  
2007

**ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA  
PÚBLICO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL  
DA CIDADE DO RECIFE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Tiago Maria Lapa

CPqAM / Fiocruz

---

Prof. Dr. Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

Universidade de Pernambuco

---

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo

CPqAM/Fiocruz

*Dedico este trabalho a meus pais, Justino e Laudineide, Roberto Flávio e Mauro Sérgio, pela dádiva de tê-los juntos a mim nessa jornada e até o presente momento. A minha filha Ana Cláudia por compreender minha ausência em alguns momentos e apoio incondicional. Principalmente por seu carinho e amor que me ajuda a enfrentar o cotidiano nas alegrias e nas tristezas. E a Reginaldo Inojosa pelo incentivo, compreensão e pela cobrança pelo término deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

- A Direção da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças e da Direção da Fundação de Ensino Superior de Olinda.
- As minhas amigas Viviane Tannuri e Isabel Arruda pelo incentivo, apoio e colaboração.
- Ao SAMU/Recife por me ter oportunizado o ingresso na instituição para desenvolver a pesquisa.
- A todos os Funcionários do HUOC que contribuíram direta e indiretamente nessa fase da minha vida. Especialmente a: Andréa Lima, Em anoela Dourado, Ivanelle Bezerra, Mônica Cavalcanti, Jaqueline Enedino, Thiago Barbosa.
- Ao Prof. Ricardo Quental Coutinho pelo incentivo e pela tolerância em relação a sobrecarga de trabalho durante minhas ausências, também gostaria de expressar a admiração e o respeito que tenho ao Professor que sempre soube estabelecer o nexó entre a ideologia do discurso sobre o SUS com o exercício enquanto gestor público.
- Ao Professor José Luiz Amaral Júnior por acreditar na proposta ainda incipiente e incentivar-me a realizar o novo e também pelo apoio quando tive dificuldades no transcorrer desse curso.
- Ao meu Orientador Tiago Lapa, de simplicidade e competência incontestáveis, pela paciência e estímulo na hora das minhas inquietações e dúvidas.
- A Prof<sup>a</sup> Rejane Vasconcelos pela ética no exercício da docência.
- A todos os funcionários do SAMU/Recife pelo acolhimento, respeito e interesse sobre a pesquisa, em especial as minhas colegas Enfermeiras.
- A minha amiga Heloisa Pimentel Barros pela relevante colaboração, principalmente em relação ao acesso as informações.

- A minha amiga Camila Alencar pelo incentivo e pela colaboração.
- Ao Prof. Edmilson Mazza pela valiosa contribuição em relação ao fornecimento dos dados estatísticos.
- A Acaziele Melo pela colaboração e incentivo na fase de conclusão.
- A Romeu Santos Júnior, pela diagramação do trabalho.
- A José Laureando pela colaboração e incentivo na fase de conclusão.
- As minhas eternas amigas do HSE, Nádia Cassimiro, Dirley Viera e Ana Lúcia.
- As minhas tias e tios, prima, especialmente a Maria Almeida pelo apoio nas horas de angústia.
- Nedson de Oliveira Gomes que sempre me apoiou e cuidou do maior tesouro da minha vida (Aninha) nos períodos de minha ausência.
- Adilma Nogueira por ter cuidado de mim e da minha família.
- Aos eternos enteados Diego Barbosa Gomes e Rafael Barbosa Gomes que durante muitos anos ensinaram-me tantas coisas na vida.

**“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável [...] para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade a qual seu trabalho pertence”.**

**Albert Einsten**

## RESUMO

Na década de 90, na cidade do Recife foram implantados dois serviços distintos de APH Móvel na cidade do Recife um Estadual (realizado pelos bombeiros) e outro municipal (profissionais da área de saúde). Ambos foram implantados na ausência de diretrizes nacionais. O serviço Municipal serviu de modelo para implantação do Programa Nacional da Rede de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Diante do exposto, este projeto propõe-se a revelar como o serviço Público Municipal de APH móvel foi implantado e desenvolvido na cidade do Recife? Qual o grau de implantação segundo legislação atual alcançado pela estratégia do atendimento pré-hospitalar móvel, municipal da cidade do Recife? Trata - se de um estudo do tipo avaliativo, no a qual incorpora a avaliação normativa e seus componentes de estrutura, processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando o grau de implantação da intervenção, utilizando elementos quantitativos. A pesquisa foi realizada na central SAMU/RECIFE no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Foram elaborados instrumentos baseados na Portaria 2048/02 e aplicado durante visita em campo e realizado entrevistas através de questionário semi-estruturado com 41 profissionais que atuavam no serviço no período da pesquisa. Para análise dos dados foi utilizada uma medida no intervalo 0,00 a 1,00 obtidos considerando-se a frequência de itens presentes dividida pelo total de itens analisados em cada um dos pontos considerados por item e no geral a pontuação obtida pelos índices de avaliação. Foram encontrados pos seguintes resultados: este serviço de APH móvel na cidade do Recife atravessou varias transformações na estrutura organizacional desde a não tendo condições de adequar-se plenamente a normatização do Ministério da Saúde quanto à estrutura de funcionamento e processo de trabalho. Resultando assim, numa pontuação final 47,88% expressam em termos percentuais numa medida que variou de 0 a 100%, classificando assim, quanto à implantação em grau III com conceito inadequado frente à legislação vigente e relação ao seu papel na Política Nacional de Atenção às Urgências.

Palavras Chaves: APH Móvel – SAMU – Emergência Móvel.

## ABSTRACT

In the ninety decade were implanted two distinct services of trained prehospital mobile in Recife. First one was from state (performed by firemen) The other from county (physicians/SAMU/ SOS Recife) Both were implanted national directives. The municipal service was useful as model for implantation of the national program called *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU*. Based on it, this project aims to reveal how the municipal public service of the trained prehospital mobile were implanted and developed in the Recife city. Which was the grade of the implantation according to the actual legislation reached by the municipal trained prehospital mobile strategy in the Recife city, considering the evaluation of structure and of the process in their activities results? The research was performed in the SAMU/RECIFE central in the period of October 2006 to January 2007. For analyzes and obtain the data were built instruments based on the technical regulation of state system of urgency and emergency. After that, the data were applied during the research and interviews were performed with semi structured questionnaire with 41 physicians that worked at the service during the research period. For analyze the data was used a score obtained by SAMU evaluation index using the evaluation of functional structure and they process of work. This index was measured from 0,00 to 1,00 obtained considering frequency itens divided by the total analyzed itens in each one of the points considered by item. And, in general, the pontuation obtained by the index evaluation. It was found the following results: the municipal public service of the trained prehospital mobile in the Recife city crossed over many changes in the organizational structure and, in parallel to these changes, maintained the necessities of the population confirming its importance in the urgency area. However there were no conditions to adjust to the ministry of health rules, resulting importants fails about the structure and the inside and outside work process in the service. Thus it was obtained a final score of the 47, 88%(showed in percent in a measure that varied from 0 to 100%). this grade was classified it , in relation of implantation, on degree III with inadequate concept of the actual rules of National Policy of attention to urgency.

Key words: Prehospital mobile – SAMU – Mobile emergency.

## LISTAS DE QUADROS

QUADRO 1 – Verificação do sistema de informação disponível na central SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	57
QUADRO 2 – Verificação do número e tipo de ambulância disponível no pátio do SAMU/Recife e em condições para realizar atendimento, período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	58
QUADRO 3 – Verificação de materiais e equipamentos obrigatórios nas vítimas do tipo E segundo MS na Portaria 2048/02 GM encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de 2006 a janeiro de 2007.	65
QUADRO 4 – Verificação de materiais e equipamentos do carro de apoio padronizados pelo SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	68
QUADRO 5 – Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo E segundo MS. Na portaria 2048102 e pela padronização do serviço encontrado nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	71
QUADRO 6 – Verificação das categorias profissionais existentes no SAMU/Recife (Recursos Humanos) e escala de serviço tipo do contrato de trabalho, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	73
QUADRO 7 - Verificação da tripulação nas ambulâncias do SAMU/Recife preconizada pelo MS pela portaria 2048/02 no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	73
QUADRO 8 – Verificação da organização do serviço quanto a existência de protocolos e as grades de referência e contra-referência de atendimento do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	74
QUADRO 9 – Verificação dos objetos operacionais e das atividades do Núcleo de Educação em urgência segundo orientação do MS na Portaria 2048/02.	75
QUADRO 10 – Verificação das grades de temas, conteúdos e carga horária dos cursos de certificação para atuar na área de APH Móvel segundo orientação do MS na portaria 2046/02.	76

QUADRO 11 – Verificação dos sistemas de comunicação e informação durante o processo de atendimento do SAMU/Recife. No período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	77
QUADRO 12 – Verificação do número de viaturas no serviço disponível em relação ao número de atendimentos e a área de cobertura no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	78
QUADRO 13 – Verificação das ações realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgência ou do Serviço de Educação Continuada do SAMU/Recife durante o ano de 2006.	80
QUADRO 14 – Verificação da estrutura dos cursos de re-certificação quando as grades de temas, conteúdos e carga horária pelo NEU ou pelo serviço de Educação Continuada do SAMU/Recife ou em parceria com outras instituições conforme orientação da portaria 2048/02.	80

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Verificação do número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (tipo 7) observadas no pátio SAMU/ Recife em 31 dias, no período de outubro/2006 a janeiro de 2007.	58
Tabela 2 – Verificação do número de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (tipo D) observadas no pátio SAMU/Recife em 31 dias, nos meses de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	59
Tabela 3 – Verificação de materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas B segundo a Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAM U/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	59
Tabela 4 – Verificação de materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo MS na Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	62
Tabela 5 – Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo padronização do serviço encontrado nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	69
Tabela 6 – Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo MS na portaria 2048/02 e pela padronização do serviço encontrado nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	70
Tabela 7 – Unificação dos medicamentos obrigatórios no carro de apoio rápido segundo padronização do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.	72
Tabela 8 – Verificação do número e percentual de atendimentos segundo a origem e motivo das chamadas registradas na central de Regulação Médica de Urgência do SAMU/Recife.	78
Tabela 9 – Verificação do número e percentual de atendimentos registrados na Central de Regulação Médica de urgência segundo a origem e motivo por distrito.	79
Tabela 10 – Relação dos profissionais que participaram da pesquisa.	81

Tabela 11 – Avaliação da média de chamadas pelo número 192 em 12 horas e a média de atendimentos externos realizados pelo SAMU/Recife nas 12 horas.	82
Tabela 12 – Avaliação das questões 2, 3, 4 e 5 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais do SAMU.	83
Tabela 13 – Avaliação das questões 6 e 7 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.	87
Tabela 14 – Avaliação das questões 8 e 9 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais do SAMU.	88
Tabela 15 – Avaliação das questões 10 e 11 contidas no formulário para as entrevistas com profissionais que trabalham no SAMU.	90
Tabela 16 – Avaliação das questões 12 e 13 contidas no formulário para entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.	92
Tabela 17 – Avaliação das questões 15, 16, 17 e 18 contidas no formulário para entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.	94
Tabela 18 – Avaliação dos avanços e entraves do APH Móvel desde SOS/Recife a SAMU/Metropolitano na visão dos profissionais que estão atuando no serviço.	95
Tabela 19 – Índices de avaliação do SAMU por item e no geral.	98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH - Atendimento Pré-hospitalar

DERSA - Departamento de Estrada e Rodagens

GBMPH – Grupamento de bombeiros militares de pré -hospitalar

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional Básica Ampliada

NEU – Núcleo de Educação em Urgência

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PABA – Piso da Atenção Básica Ampliada

PSF – Programa de Saúde da Família

PS – Pronto Socorro

RH – Recursos Humanos

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMUR – Serviço Móvel de Urgência e Reanimação

SOS – Serviço de Atendimento de Urgência Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

SBV – Suporte Básico de Vida

SBA - Suporte Avançado de Vida

CIODS - Centro de informações e orientações da Defesa Civil

REDES – Região especial de defesa Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	19
1.1 Cenário das urgências e emergências	19
1.2 Conceitos de atendimento pré-hospitalar móvel	24
1.3 Origens do atendimento pré-hospitalar móvel	25
1.4 Legislações do atendimento pré-hospitalar no Brasil	29
1.5 Estratégia e objetivos do atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil	33
1.6 Justificativa	37
1.7 Hipóteses	40
<b>2 OBJETIVOS</b>	41
2.1 Objetivo geral	41
2.2 Objetivos específicos	41
<b>3 MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	42
3.1 Desenho do estudo	42
3.1.1 Avaliação da estrutura	43
3.1.2 Avaliações do processo	44
3.1.3 Grau de Implantação	44
3.2 Local do estudo	46
3.3 Coleta de dados e análise dos dados	46
3.3.1 Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema público de atendimento pré-hospitalar Móvel, na cidade do Recife (Objetivo 1)	48
3.3.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Objetivo 2)	48
3.3.3 Avaliar o processo de trabalho do serviço (Objetivo 3)	51
3.3.4 Analisar o grau de implantação (Objetivo 4)	52
3.3.5 Análise dos dados	53
3.4 Aspectos éticos	54
<b>4 RESULTADOS</b>	55

4.1 Descrever o processo de implantação do APH móvel na cidade do Recife (Objetivo 1)	55
4.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (Segundo objetivo)	57
4.2.1 <i>Componente gestão de informação</i>	57
4.2.2 <i>Componente assistência à saúde</i>	58
4.2.3 <i>Componente educação permanente</i>	75
4.3 Avaliar o processo de trabalho do serviço (Terceiro objetivo)	77
4.3.1 <i>Componente gestão de informação</i>	77
4.3.2 <i>Componente assistência à saúde</i>	78
4.3.3 <i>Componente educação permanente</i>	80
4.3.4 Análise das entrevistas com os profissionais	81
4.4 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)	82
4.4.1 <i>Componente gestão de informação</i>	82
4.4.2 <i>Componente assistência à saúde</i>	83
4.4.3 <i>Componente educação permanente</i>	88
4.5 Avaliar o processo de trabalho do serviço	89
4.5.1 <i>Componente gestão de informação</i>	89
4.5.2 <i>Componente assistência à saúde</i>	92
4.5.3 <i>Componente educação permanente</i>	94
4.5.4 <i>Avaliação dos pontos positivos e entraves do APH móvel desde SOS/Recife ao SAMU metropolitano na visão dos profissionais que estão atuando no serviço</i>	
4.6 Análise do grau de implantação (Objetivo 4)	98
<b>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	100
5.1 Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema municipal público de atendimento pré-hospitalar móvel, na cidade do Recife (Objetivo 5)	100
5.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Objetivo 2)	100

5.3 Verificação dos recursos humanos existentes nos serviços profissionais oriundos da saúde e não oriundos da saúde, tipo de contrato de trabalho dos profissionais oriundos e não oriundos da saúde, verificação da tripulação (Objetivo 2)	111
5.4 Verificação da organização do serviço, existência das grades de referência e contra-referência, fluxo de atendimento e protocolos	115
5.5 Análise do grau de implantação (Objetivo 4)	129
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>130</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>205</b>

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

A447a Almeida, Adriana Conrado de.

Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife/ Adriana Conrado de Almeida. — Recife: A. C. de Almeida, 2007.

218 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Tiago Lapa.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços de Saúde. I. Lapa, Tiago. II. Título.

CDU 614.2

---

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Cenário das urgências e emergências

A assistência prestada nas unidades de urgência e emergência no sistema público de saúde no Brasil tem sido alvo de críticas, sendo freqüentemente, denunciada pela mídia, ministério público, usuários, profissionais de saúde que atuam nessa área, conselho de classe e justiça. Apontam-se como principais problemas: superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados e desorganização da rede no cuidado às urgências. Por outro lado, as autoridades sanitárias, gestores públicos e profissionais de saúde utilizam como discurso que a população não sabe utilizar esses serviços de urgência (GIGLIO, 2005).

É importante, definir urgências médicas, pois existem diferentes significações referentes a esse termo, causando confusão para alguns profissionais de saúde. Essa polissemia resulta em uma má definição de urgências médicas por parte dos profissionais de saúde. Essa confusão é visualizada na dificuldade de organização dos cuidados.

Urgência Médica é um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/pela sociedade que apresenta uma gravidade considerada como ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. É passível de tratamento, devido à intervenção e à tentativa de resolução que deverão ser feitas em um tempo curto, considerado normalmente de até 24 horas após seu início, excetuando-se o parto (MARTINEZ ALMOYNA, 1999, p.3).

Essas urgências terminam desembocando nos pronto-socorros. Segundo Paiva (1998, p.9), Pronto Socorro é a porta de entrada para os doentes acometidos por uma agudização da doença ou uma doença aguda tanto clínica quanto cirúrgica ou uma situação traumática. Nesse local chegam, diariamente, pessoas sofrendo, com suas vidas ameaçadas que tiveram uma ruptura abrupta no seu contexto existencial. Pelo seu caráter de urgência, apresenta rotina acelerada de atendimento, a luta pela vida registrando sempre um ambiente de muita tensão e estresse, sendo vivenciado por pacientes, familiares e profissionais da equipe de saúde.

Ciente das dificuldades do atendimento hospitalar na área de urgência, o Ministério da Saúde em 1998 instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e

Emergência através da Portaria MS/GM nº 2.329. Esse programa destinava -se á recuperação dos serviços de emergência que envolvem a implantação de uma central de regulação, conforme se encontra definida na Resolução CFM nº 1.529/98, sendo de grande importância como observatório epidemiológico, constituindo -se um incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços e a criação de unidades especializadas em urgência (BRASIL, 1998 a)

Santos (2002) descreve que a atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, é centrada em hospitais. A superlotação de usuários nos serviços de Pronto Atendimento de Saúde e nas Portas Hospitalares de Urgência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, gestores e dos profissionais de saúde bem como dos usuários e da população.

A superlotação nas unidades hospitalares de atenção às urgências tem como fatores determinantes:

- As diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir urgências;
- A baixa resolutividade da atenção primária e das unidades de pronto atendimento;
- A falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e, em particular, daqueles que atendem as urgências;
- A inadequação arquitetônica e tecnológica dos serviços de pronto atendimento dos hospitais de urgência e, em particular, das portas hospitalares de urgências;
- As limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência, para lidar com as dimensões biomédica, social e subjetiva das urgências;
- A falta de sistematização nos hospitais universitários dos processos de ensino, assistência e pesquisa na área de urgência (SANTOS, 2002; JACQUEMOT, 2000; ARTMANN, 1997).

A urgência qualifica um estatuto de exceção; o estado de urgência fornece a um governante a possibilidade de fazer aquilo que habitualmente é interdito. A urgência médica caracteriza igualmente um estatuto prioritário em relação aos outros pacientes, porque sua afecção evolui ou tem risco de evoluir muito rapidamente a estados graves, a ponto de não

se poder esperar em uma fila de espera ou uma consulta com hora marcada. Devido ao seu estatuto, pode igualmente ser reclamado pelo peso social de evento. A rapidez ou pressa requerida no tratamento supostamente justifica os procedimentos de expedição que fazem um curto-circuito (atalho) nas listas de espera e nas consultas marcadas e, ainda mais, nos procedimentos secundários e vai até o ponto de poder tolerar a tomada de riscos adicionais e uma qualidade de cuidados medíocres (MARTINEZ; ALMOYNA, 1999).

Dentro desse contexto, a área de Urgência e Emergência constitui -se em um importante componente de assistência à saúde no Brasil. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e de violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído para sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas (BRASIL, 2002a).

Após quase uma década da publicação da Portaria MS/GM, nº 2.329 de 9 de junho de 1998, a assistência às urgências se dá ainda hoje, predominantemente, nos serviços de Pronto-Socorros (PS), estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Aberto 24 horas por dia, funcionam como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo os pacientes de urgências. Agravando essa situação, esses serviços têm problemas organizacionais, como, por exemplo, a falta de triagem dos pacientes com risco iminente de morte, realizando atendimento por ordem de chegada, sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2002a).

Atualmente às urgências sangrantes e ruidosas, como as lesões traumáticas, tais como tiros, facadas, lesões vasculares, atropelamento são priorizadas (BRASIL, 2002a). Infelizmente é comum que pacientes com quadros mais graves, principalmente no tocante, às urgências e emergências clínicas, permaneçam horas aguardando o acolhimento de urgência, algo que muitas vezes complica seu estado de saúde ou até mesmo provoca a morte, mesmo estando dentro de um serviço de urgência (BRASIL, 2002a)

Vale salientar que esse modelo de atendimento às urgências desenvolvido no Brasil é excludente quando prioriza o atendimento pela doença e pelo procedimento que o indivíduo necessita naquele momento. Gera um atendimento

pontual, e fragmentado, às vezes, comprometendo a vida do indivíduo, e inviabilizando políticas públicas que contemple uma assistência integral.

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes na área de urgência e em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, tem buscado reverter esse quadro. Visando aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, institui o Regulamento Técnico na área de Urgências e Emergências através da Portaria Nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002a).

A Portaria GM/MS nº 2.048/02 (BRASIL, 2002a) estabelece as normas, os critérios de funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços, bem como os temas para a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica, Atendimento Pré-hospitalar, Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2002a).

Preocupado, também, com acesso aos serviços de saúde, na área de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde através das Normas e Manuais Técnicos da Regulação Médica das Urgências, enfatiza o Programa Nacional de Humanização a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. É o acolhimento avaliando risco e vulnerabilidade do indivíduo, estando atento ao grau de sofrimento físico quanto psíquico. Essa estratégia tem como objetivos: avaliar o paciente na chegada ao pronto socorro humanizado, descongestionar esses serviços, reduzir o tempo de atendimento, determinar área de atendimento primário e encaminhá-lo às especialidades conforme protocolos e promover informações sobre o serviço de urgência a familiares.

É imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, desde a Rede Pré-hospitalar (Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da

Família, Ambulatórios Especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapias, Unidades não-hospitalares, Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel) até a Rede Hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede pelo atendimento às urgências, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002a).

Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar, por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre, responsabilizando-se pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver recursos necessários a tal atendimento. (BRASIL, 2002a).

No Plano Regional de Atenção às Urgências em Pernambuco, a 1<sup>o</sup> região de saúde, em Pernambuco (2004), reconhece-se a necessidade de ampliar o sistema de atenção às urgências e emergências no Estado, principalmente quanto a sua capacidade de resposta, acesso a serviços hospitalares e serviços intermediários capazes de garantir assistência imediata e de qualidade. A 1<sup>o</sup> região de saúde, corresponde a uma área metropolitana do Recife, com área de 2.742,4 Km<sup>2</sup> que corresponde a 2,78% do total do território pernambucano e é composta por 14 municípios: Araçoiaba, Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Goiana, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão optaram em parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde, pela implementação do plano regional de Atenção às urgências para a Região Metropolitana, incluindo o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU) (PERNAMBUCO, 2004).

O perfil epidemiológico do estado de Pernambuco é caracterizado pela redução das mortes por doenças infecto-parasitárias além das causas indefinidas, com um crescimento acentuado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias, respectivamente nesta ordem, em termos de incidência. A maior parte destas ocorrências acontece em espaços domiciliares ou nas proximidades, muitas vezes, sem qualquer tipo de assistência (PERNAMBUCO, 2004).

A primeira causa de óbitos decorre de doenças do aparelho circulatório com 30,61% do total dos óbitos, seguida das causas externas, que desde 1989, se apresenta como a segunda causa de morte, apresentando um crescimento acelerado nesta região, totalizando 17,37% (PERNAMBUCO, 2004)

Considerando o crescimento da demanda por serviços, na área de urgência e emergência, que constitui um importante componente da assistência à saúde, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana (Região Metropolitana do Recife), contribuindo, de maneira decisiva, para sobrecarga dos serviços de urgência, impõe-se a implantação do SAMU como forma de organizar a assistência pré-hospitalar no âmbito do SUS (PERNAMBUCO, 2004).

## 1.2 Conceitos de atendimento pré-hospitalar móvel

Pode-se definir atendimento pré-hospitalar móvel como o acolhimento às vítimas em situações em que houve agravo a sua saúde, buscando acolhê-las desde uma simples orientação médica até o acionamento de serviços interligados que proporcionam a estabilização das vítimas no local do sinistro, utilizando o suporte básico de vida ou suporte avançado de vida e um transporte adequado sem risco .

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel aquele atendimento que procura chegar à vítima, após ter ocorrido o agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive psiquiátrica), que possa levar ao sofrimento, seqüela, ou mesmo, a morte, sendo necessário prestar -lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002a).

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão e atendimento pré-hospitalar secundário, quando a solicitação for oriunda de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência

apresentado, embora necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para manter a continuidade do tratamento (BRASIL, 2002a).

Resgate é o serviço que se ocupa em libertar as pessoas de algo que as prende ou às ameaça. Caracteriza-se como atividade não pertinente, aos profissionais de saúde e, sim, dos profissionais bombeiros que a exercem de forma constitucional. Enquanto os profissionais de saúde trabalham no atendimento à saúde do indivíduo, os bombeiros e a polícia visam à segurança deste indivíduo, no seu resgate de situações ameaçadoras e na prevenção de situações que possam agravar sua segurança assim como aos demais que se encontram à volta.

O resgate em outras áreas é feito por outros profissionais (Minas, Marinha, Indústria Perigosa) (MARTINEZ;NITSCHKE, 1999).

Segundo Nitschke et al. (1999, p.18) muitas vezes os serviços pré-hospitalares móveis são confundidos com serviços de resgate, que tem uma outra função constitucional, Entretanto estes serviços realizados por profissionais de saúde e/ou militares para sua ação ao nível das pessoas envolvidas com acidentes são complementares.

### 1.3 Origens do atendimento pré-hospitalar móvel

Há relatos na história que Dominique Laurrey, cirurgião e chefe militar, em 1792, já praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nas guerras do período napoleônico, no campo de batalha, com o objetivo de prevenir complicações (FONTANELLA; CARLI, 1992).

As guerras mais recentes confirmaram os benefícios do atendimento precoce, sendo palco freqüente de atendimentos pré-hospitalares (FONTANELLA; CARLI, 1992).

Segundo Azevedo (2002), a Academia Nacional de Ciências dos EUA realizou, nos anos 70, um estudo comparativo entre vítimas de guerra do Vietnã, e de traumas nas grandes cidades americanas. Encontrou maior sobrevivência dos soldados, sendo justificado isso por um atendimento imediato às lesões, enquanto que as vítimas civis eram apenas transportadas aos hospitais, sem qualquer

atendimento inicial. Este estudo evidenciou a importância do atendimento no local do evento, com intervenções básicas à manutenção da vida, impulsionando a implementação de sistemas organizados de emergência nas grandes cidades americanas.

Na França, as primeiras equipes móveis de reanimação foram criadas em 1955, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos à transferência inter-hospitalares. Na década de 60, os médicos começaram a detectar a necessidade de treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar a sobrevivência dos pacientes, (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em 1965, na França foram criados os serviços móveis de urgência e reanimação (SMUR), dispondo de unidades móveis hospitalares, (UHM). Em 1968, nasceu o SAMU, com finalidade de coordenar as atividades, comportando para tanto, um centro de regulação médica de pedidos. As equipes das UHM passaram a intervir no ambiente domiciliar (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em 1979, ocorre em Toulouse, França, importante encontro promovido pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde, em que se estabelecem recomendações para o planejamento e organização dos sistemas de emergência. Nesse evento, enfatizou-se a necessidade de um bom suporte de comunicação, facilitando a localização e o resgate das vítimas. O uso de um número de telefone único, fácil de ser memorizado e com ligação gratuita foi sugerido. Recomendou-se a integração entre o suporte de comunicação, as ambulâncias e os serviços de emergência. As unidades de resgate, com médicos ou paramédicos, deveriam dispor de equipamentos mínimos e padronizados. Sugeriu-se a coordenação regional, treinamento adequado aos profissionais e qualificação dos hospitais que servirão como emergência (BOSSEART, 1993).

Pela “legislação atual Francesa, o SAMU tem por missão responder, por meios exclusivamente médicos, as situações de urgência”. Os centros de recepção e regulação (as chamadas telefônicas são dotadas de um número único de chamados

telefônico, o número 15). As instalações destes centros permitem transferências recíprocas de chamados e de conferências telefônicas (REZENDE ; LUEDS, 1999).

O legislador previu, ainda, que os centros de recepção dos chamados, nº 15 (SAMU) e nº 18, (bombeiros) se mantêm mutuamente informados das operações em curso.

O Atendimento Pré Hospitalar americano é realizado por profissionais não médicos. Atendem às vítimas de trauma e às urgências clínicas, particularmente a parada cardíaca. Atualmente, nesse país, existem dois sistemas que se complementam:

inspirado no modelo de Belfast, em que o controle médico se efetiva na elaboração e supervisão dos protocolos de atuação, e eventualmente, nas ações pré-hospitalares de maior gravidade, quando as equipes de emergência têm necessidade de distanciar-se dos protocolos o outro sistema é o trauma Systems (MOORE et al. apud FERREIRA, 1999, p. 37).

A equipe de assistência às emergências, nos EUA é subdividida em quatro categorias de profissionais, com grandes variações regionais. Os socorristas ou “first-responder” representados pelos bombeiros, policiais ou mesmo cidadãos comuns, treinados nas técnicas de reanimação cardio-respiratória básica; o técnico de emergência de ambulância ou técnico médico de emergência intermediário e o técnico médico de emergência paramédico (FERNANDES, 1999)

No Brasil, esse serviço de APH móvel surgiu na década de 90, com a implantação do Projeto Resgate, sob coordenação de uma comissão mista denominada GEPRO - EMERGÊNCIA e operacionalização do Corpo de Bombeiros e Grupamento de Radiopatrulha Aérea da Polícia Militar do Estado de São Paulo. O serviço iniciou com atuação na grande São Paulo e em 14 municípios do estado, empregando 36 unidades de Resgate, 02 Unidades de Suporte Avançado e 01 helicóptero. Atendendo basicamente as emergências traumáticas. Na capital o sistema é operacionalizado da seguinte forma: os chamados são recebidos pelo centro de comunicação do Corpo de Bombeiros e enviadas imediatamente as unidades de Resgate. Nos casos considerados graves são encaminhadas unidades de suporte avançado de vida ao local, com a presença de um médico (SÃO PAULO, 2006).

O atendimento Pré-hospitalar no Brasil foi iniciado por militares, esse modelo é baseado no modelo americano, no qual é constituído por paramédicos, cuja filosofia á seguinte realiza a primeira intervenção no paciente e médico aguarda o paciente no hospital (LOPES; FERNANDES, 1999). Observa -se que o modelo adotado pelo Corpo de Bombeiros no Brasil foi o americano .

Na década de 90, a violência é reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e de outros países (ROSENBERG; CARROL; POPWELL, 1998-1999). Observa-se, nesse período, o surgimento de vários serviços de atendimento pré-hospitalar móveis no Brasil, baseados nos modelos francês e americano. Tem por objetivo estabilizar as vítimas no local do acidente ou agravo à saúde, com a finalidade de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece através da Portaria nº 737/GM 16 de maio de 2001, que no Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de atendimento pré-hospitalar, levou alguns Estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normatização típica de planejamento, instalação e operacionalização, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado (BRASIL, 2001 a).

O Ministério da Saúde no Brasil optou pelo modelo Francês de atendimento no qual é obrigatório nas viaturas de suporte avançado com a presença do médico, diferentemente dos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas, primariamente por profissionais paramédicos (profissional esse não existente no Brasil), através de convênio entre esses dois países (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em Pernambuco, década de 90, na cidade do Recife/PE, foram implantados dois serviços públicos de atendimento pré-hospitalar móveis na ausência de diretrizes nacionais. O sistema estadual, implantado em outubro de 1994, pelo Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré -Hospitalar, e o sistema Municipal implantado em março de 1995, o SOS. Naquela época, o primeiro era destinado ao atendimento em via pública, com acesso disponível à população através do número

193. O segundo visava ao atendimento domiciliar com acesso disponível à população através do número 192.

Na cidade do Recife, atualmente funcionam dois serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, um Estadual e outro Municipal, com acesso à população, com números distintos e independentes entre si, ressaltando -se que esses serviços foram implantados na década de 90, antes da Política Nacional de Atenção às Urgências razão pela qual necessitam adaptar -se a legislação atual.

#### 1.4 Legislação do atendimento pré -hospitalar no Brasil

Antes de se analisar a legislação Brasileira quanto ao atendimento pré -hospitalar móvel, é importante reportar -se à legislação francesa, visto que, no Brasil, os Decretos e as Portarias Ministeriais se baseam nesse serviço.

Na França, a jurisprudência distingue de forma clara, o modo de aplicação de diferentes textos de lei, decretos, circulares administrativas, código penal, código de saúde pública e código de deontologia médica ao exercício profissional do médico do SAMU e da instituição como tal (REZENDE, 1999)

O decreto Nº 87 – 1005 estabelece, no seu artigo 2, da legislação Francesa, que “o SAMU tem por missão responder, por meios exclusivamente médicos, às situações de urgências”. O artigo 3º do mesmo decreto define, ainda, as missões exercidas pelo SAMU, a saber:

- Assegurar uma escuta médica permanente;
- Determinar e enviar sem demora, a resposta mais adequada segundo natureza dos chamados;
- Assegurar a disponibilidade dos meios de hospitalização públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha;
- Organizar a internação do paciente numa instituição hospitalar;

- Organizar o transporte do paciente à uma instituição pública ou privada;
- Assegurar a admissão do paciente em hospital.

Em referência à obrigação de assegurar uma escuta médica permanente, a Lei 86-11 estipula que: “os centros de recepção e de regulação são interconectados, no respeito do segredo médico, com as dos serviços de polícia de incêndio e socorros”. Este aspecto é ainda reforçado no decreto 87 -1005, estabelecendo no seu artigo 8º que: “possui números telefônicos distintos 15 (SAMU) e número 18 (bombeiros), mantendo-se mutuamente informados das operações em curso, e isto, o mais rapidamente possível. A lei francesa decidiu de maneira clara, em favor de centros de recepção de alerta distintos prevendo uma interconexão entre os dois (REZENDE, 1999)

Conforme recomendações do Relatório de Steg sobre a APH, na França, surgiram dois decretos em maio de 1995. Estes dois decretos (nº 95 -647 e nº 95-648) criaram dois tipos de estruturas segundo o nível de atendimento – Os Serviços de Atendimento Imediato das Urgências (hospital de alta complexidade que dispõe de SAMU) e o Serviço de recepção e das orientações de urgência (estão sediadas em hospitais de porte menor e que não necessitam de serviços especializados. Em casos de urgências graves, a vítima é estabilizada e transferida por um ambulância enviada pelo SAMU) que reestruturaram e reorganizados as urgências hospitalares. (REZENDE, 1999).

No Brasil, a primeira normatização dos serviços de atendimento na fase pré-hospitalar móvel oficializou-se através da Portaria Ministerial nº 824/99, buscando uniformizar e normatizar as condições de funcionamento do atendimento pré-hospitalar no Brasil, estabelecendo os critérios de escolaridade, formação, competências/habilidades, capacitação vinculada a um sistema de treinamento continuado para os profissionais oriundos da saúde e para os profissionais não oriundos da saúde que trabalhavam na área (BRASIL, 1999).

Analisando-se a legislação nessa área, observa-se que, nos últimos anos, houve uma preocupação do Ministério da Saúde, de órgão de classe (Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem), militares em situações

especiais e da sociedade civil buscando uniformizar esses serviços no país e integrar essas ações com os serviços de atenção básica, média e alta complexidade dentro do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002a).

A importância do atendimento pré-hospitalar como uma das ações intersetoriais para redução de morbi-mortalidade por causas externa é destacada pela Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência - Portaria MS nº. 737, de 16 de maio de 2001. Embora reconheça a falta de normalização dos serviços, ausência de uma política de recursos humanos nesta área, ausência das universidades e órgãos de fomento na área de emergências e urgências e ausência de informações do atendimento pré-hospitalar (APH) têm contribuído para que não ocorra retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências (BRASIL, 2001 a).

A Portaria nº 2.048/02 aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, estabelecendo os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, determinando um prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, as normas e critérios estabelecidos pela portaria para todos os Estados e Municípios em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde. (BRASIL, 2002a)

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002) define no tocante, à organização da assistência no âmbito Estadual, e no que se refere plano diretor estabelece as atribuições dos municípios. Municípios Sede de Módulo Assistencial que realizem Piso de Atenção Básica Ampliada (PABA); Municípios Pólo Microrregional que realizem procedimentos médios da média complexidade; Municípios Pólo Regional que realizem os demais procedimentos mais complexos, de média complexidade e Municípios Pólo Estadual que realizem procedimentos de alta complexidade devem contar com Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel municipal ou microrregional (BRASIL, 2002 b).

Segundo Santos (2003), alguns centros urbanos de médio e de grande porte têm optado, em sintonia com as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU) e de Humanização (PNH), pela organização de uma rede de assistência às

urgências, a partir da atenção básica. As unidades básicas e de saúde da família, nos seus horários de funcionamento, devem estar preparadas para resolverem as pequenas urgências de sua área adscrita. Para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas unidades não hospitalares de atenção às urgências, com portes distintos, em função da população de abrangência, habitualmente denominadas de unidades de pronto atendimento (P A). Os serviços de Pronto Atendimento devem acolher a demanda, fazer triagem classificatória de risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares.

Considerando a morbi-mortalidade em relação às urgências, existe a necessidade de estruturação da rede regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências. O decreto da Presidência da República nº 5.055, de 27 de abril de 2004, institui o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência (SAMU), em municípios e regiões do território Nacional, estabelecendo o acesso nacional pelo número telefônico único o 192 (BRASIL, 2004a).

Segundo esta legislação, o SOS/Recife transforma-se em SAMU/Recife, destinado ao atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas.

No texto da Portaria nº 2.048/02, pode-se ler que a Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas centrais de regulação, é o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de Urgências e Emergências. As centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral através da quais os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2002a)

Vale ressaltar que a Portaria GM/MS nº 2.048/02, evidencia o papel da regulamentação da regulação médica de urgência: "Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as Corporações de Bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), Polícias Rodoviárias e outras organizações da área de segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria.

### 1.5 Estratégias e objetivos do atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil

O Ministério da Saúde implantou o Programa de Enfretamento às Emergências e Traumas defende-se maior sistematização, ampliação e padronização do Atendimento pré-hospitalar. Nele se reconhece que o atendimento inicial inadequado pode ser a causa do agravamento das lesões, ocasionando o que se convencionou chamar de “segundo trauma”. Segundo o programa, são objetivos de um atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 1990, p.11):

- estar disponível ininterruptamente e ser acessível a todas as camadas da população:
  - atender quando solicitado;
  - resgatar a vítima rapidamente e sem causar-lhe danos maiores;
  - iniciar imediatamente as medidas de Suporte Básico de Vida e de Reanimação;
  - transportar o ferido em condições que lhe garantam a maior segurança possível;
  - proceder à triagem da vítima de modo a dar-lhe o destino mais adequado à natureza e gravidade de suas lesões.

A Portaria GM/MS nº 2.048/02 estabeleceu que o atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculada a uma Central de Regulação Médica, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização, formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (BRASIL, 2002a).

O atendimento pré-hospitalar móvel, deve-se estar vinculado a uma central de Regulação Médica de Urgências e Emergências que deve ser de fácil acesso ao

público, via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas, em que o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ,ainda, o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à central de regulação, por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos (BRASIL, 2002a).

Segundo Decreto da Presidência da República nº 5.055, de 27 de abril de 2004, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências (SAMU 192) acolhem os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde. Após o acolhimento e a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, deverá ser transportado de forma segura, até aos serviços de saúde que possam melhor atender cada paciente naquele momento, respondendo, de forma resolutiva, as suas necessidades, garantindo a continuidade de atenção, inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, O SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do sistema. (BRASIL, 2002a)

Segundo decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, a atuação do médico regulador, ocorre em várias dimensões, exercendo atividades técnicas, administrativas, gerenciando conflitos e poderes, sempre no sentido de garantir acesso ao recurso mais adequado a cada necessidade, propiciando um adequado fluxo de usuários na rede de atenção às urgências. (BRASIL, 2004a)

Representação esquemática do APH MÓVEL:

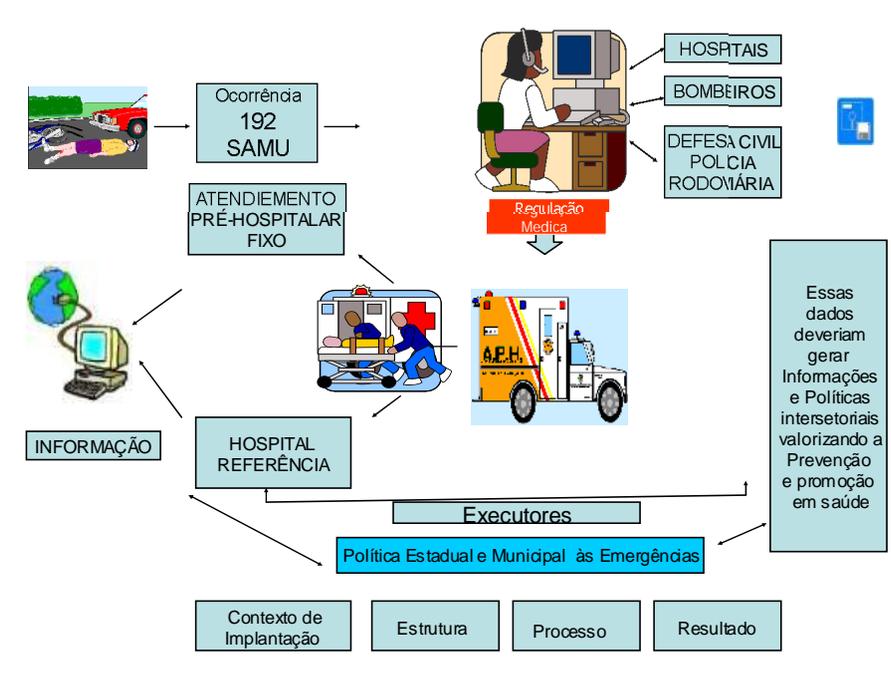


Figura 1 – Desenho do fluxo de atendimento do SAMU

O serviço de atendimento móvel de urgência é uma das ações da Política Nacional de Atenção às Urgências. E necessita da integração do Governo Federal, Estadual e Municipal e da sociedade.

O serviço de atendimento móvel de urgência é constituído por uma Central de Regulação, Unidade Móvel, Hospitais ou Clínicas, Serviços de Apoio.

Segundo Portaria GM/MS nº 2.657/04 para fins de atendimento pelo SAMU, ficou estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único – 192, disponibilizado pela ANATEL exclusivamente às centrais de Regulação Médica vinculadas ao referido sistema. (BRASIL, 2004d)

Conforme Portaria GM/MS nº 2.657/04 a **Central de Regulação Médica de Urgência** é uma estrutura que funciona como uma escuta permanente para o acolhimento de todos os pedidos de socorro dos cidadãos ou de outras instituições, orienta e/ou libera as unidade móvel para prestar socorro; armazena todas as

informações das ocorrências atendidas e controla as equipes oriundas da saúde e as equipes não oriundas da saúde. (BRASIL, 2004d)

Principais atividades da Central de Regulação Médica de Urgências:

- atender chamadas telefônicas;
- identificar, qualificar e julgar os pedidos de socorro oriundos das unidades de saúde e da população; julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário, discernir sobre a gravidade e o risco de todas as solicitações;
  - captar dados da(s) vítimas (endereço, veículos envolvidos e outros);
  - captar dados iniciais das vítimas (quantidade, estado e outros);
  - orientar o informante da chamada;
  - hierarquizar necessidades;
  - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;
  - garantir os meios necessários para operacionalização de todas as respostas necessárias;
- monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de suporte básico e suporte avançado de vida;
- providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência sempre que necessário;
- notificar as unidades que irão receber pacientes e possíveis recursos necessários;
- permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa para cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;
- constitui-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o funcionamento;
- respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o código de ética médica, bem como toda a legislação correlata existente.

**Unidades Móveis:** é a unidade móvel que realiza o atendimento às vítimas. Segundo Portaria GM/MS nº 2.048/02 (BRASIL, 2002 a) estas unidades móveis são chamadas de ambulâncias (terrestre, aéreo ou aquaviários) quando se destina exclusivamente ao transporte de enfermos. E são classificadas quanto ao tipo de atendimento pré-hospitalar que a unidade móvel realiza.

**Hospitais e Clínicas:** É a instituição que receberá a vítima que esta sendo atendida pela unidade móvel. Essas instituições são imprescindíveis para orientação da equipe que estar realizando o atendimento e para a Central de Regulação do APH, da Central de Regulação de leitos pactuados na grade de referência e contra-referência.

**Serviço de Apoio:** São as instituições que não pertencem a área de saúde das quais o atendimento pré-hospitalar móvel tem interlocução constante. Tais como: DETRAM, IML, Defesa Civil, Polícia Militar, Bombeiros.

#### 1.6 Justificativa

Atenção às Urgências e Emergências representa um grave problema de saúde pública. Uma vez que, os PS permanecem abertos 24 horas e findam, assim, por acolher os pacientes desgarrados da atenção básica e da média complexidade provocando a superlotação dos serviços de alta complexidade. A superlotação nesses serviços provoca uma assistência sem qualidade, fragmentada e desintegrada da rede de saúde.

O acionamento do APH móvel pela população ou por instituições desencadeia, quando necessário, o acionamento de uma rede de serviços, buscando acolhimento e resolutividade dos casos, devendo proporcionar uma integralidade da assistência dentro do sistema de saúde público.

Portanto, APH móvel poderá ser observatório privilegiado do Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências através de seu atendimento a população, que atende uma demanda espontânea dentro da rede de saúde, inclusive as urgências desgarradas e referenciadas do pré-hospitalar fixo (unidades

básicas de saúde, programas de saúde da família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não-hospitalares) e hospitalar.

As informações geradas pelo atendimento pré-hospitalar móvel deveriam gerar políticas públicas mais efetivas no tocante às ações de prevenção das doenças/agravos, educação, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos, atendendo a população no Sistema Único de Saúde (SUS) dentro do princípio da integralidade, pois essas informações deveriam alimentar o planejamento. Caso contrário o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel servirá apenas como uma intervenção para transportar vítimas graves, embora estas, reconhecidamente sejam ferramentas fundamentais para a diminuição da morbidade e mortalidade no ambiente extra-hospitalar.

Na cidade do Recife, atualmente, existem funcionando dois serviços de APH móvel um Estadual e outro Municipal com acesso a população com números distintos e independentes entre si. A disponibilidade dos dois serviços confunde a população quando necessita acionar APH móvel em situações de urgências e emergências. Algumas vezes, os dois serviços são acionados simultaneamente.

Vale salientar que o sistema Municipal de APH da cidade do Recife, foi implantado na década de 90, inicialmente chamado de SOS Recife, serviu como referência para implantação do Programa Nacional da rede de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Atualmente, o Ministério da Saúde através da legislação para o APH normalizou esses serviços, em todo território nacional através da Portaria GM/MS nº 2.048/02.

Alguns profissionais da área de saúde e pesquisadores se questionam sobre a organização do APH móvel que contenha duas estruturas funcionando separadamente e com acessos distintos. Em alguns estados no Brasil, a manutenção de dois serviços de APH gera conflitos na rede pública de saúde, pois, não conseguem visualizar o seu papel dentro do Sistema Estadual e Municipal de atenção às Urgências e Emergências e, principalmente, como esses serviços devem configurar-se frente à legislação vigente.

Os serviços de APH de Recife foram implantados na década de 90, antes da normatização do atendimento Pré-Hospitalar Móvel no Brasil e da Política Nacional de Atenção às Urgências. Conforme legislação atual, os serviços em funcionamento deverão adaptar-se às normas e critérios estabelecidos.

Diante do exposto, este projeto propõe-se a revelar o contexto histórico na implantação do APH público móvel na cidade do Recife, quanto à estrutura e funcionamento frente à normatização do atendimento pré-hospitalar no Brasil, avaliando a estrutura e o funcionamento do SAMU/Recife com a normatização vigente.

A análise da estrutura e o funcionamento SAMU/Recife quanto à estrutura na perspectiva de avaliação normativa poderá revelar como esse serviço está inserido na Política Nacional de Atenção às Urgências, ainda permitirão analisar as ofertas dos serviços existentes e visualizar as deficiências do sistema e, talvez, projetar suas correções num processo de planejamento, sustentado por políticas públicas orientados pela idéia da promoção intersectorial da saúde, principalmente para reorganização da rede de saúde no que diz respeito à Política Estadual de Urgências e Emergências.

É importante ressaltar que existem poucos trabalhos na área de emergências, principalmente em relação ao atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil.

Diante da necessidade da reorganização dos serviços, frente à legislação vigente e tomando como referencial teórico as abordagens conceituais trabalhadas por Hartz (1997), procura-se responder as duas questões levantadas neste estudo:

Qual o grau de implantação segundo legislação atual alcançado pela estratégia do atendimento pré-hospitalar móvel, na cidade do Recife, considerando os resultados da avaliação de estrutura e de processo de suas atividades?

## 1.7 Hipóteses

O SAMU Recife apresenta implantação insatisfatória em consonância com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência na perspectiva da Política Nacional de Atenção às Urgências.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Avaliar a implantação e o desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife.

### 2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema público de atendimento pré-hospitalar móvel, da cidade do Recife:
  - Avaliar a estrutura de funcionamento SAMU/Recife (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), conforme a Portaria Ministerial nº 2048/02;
  - Avaliar o processo de trabalho/funcionamento desse serviço;
  - Determinar o grau de implantação desse serviço público de atendimento pré-hospitalar móvel

### 3 MÉTODOS E TÉCNICAS

#### 3.1 Desenho do estudo

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa e seus componentes de estrutura e de processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando um dos três componentes da análise de implantação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.

Trabalhando com o conceito de qualidade na área de saúde, Donabedian (1980), sistematiza uma serie de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto); aos custos (eficiência); à disponibilidade e distribuição de recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (acessibilidade). Além dos atributos, o autor, propõe as etapas do cuidado médico explicitando três dimensões para sua avaliação: estrutura, processo e resultados.

Avaliação normativa é definida como a atividade que consiste em fazer um julgamento 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., 1997) e a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento expost de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da

aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Segundo Hartz (1997, p. 3). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação. Pode-se buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios (avaliação normativa). Ou pode -se examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção (pesquisa avaliativa)

Na pesquisa avaliação, tem como objetivo principal ou prioritário para seu desenvolvimento é a produção de conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas á pesquisa. (NOVAES, 2000).

A partir das abordagens conceituais necessitamos definir conceitos:

### *3.1.1 Avaliação de estrutura*

Em sua conceituação, Contandriopoulos et al. (1997, p. 33), define avaliação de estrutura: “Trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes”.

### 3.1.2 Avaliação de processo

Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados. A avaliação decompondo -se em três dimensões: a dimensão técnica, a dimensão das relações pessoais e a dimensão organizacional. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo Tanaka et al (2004, p.133) o processo permite identificar que outros aspectos dos serviços podem se tornar o foco de futuras avaliações. E permite compreender os interesses e conflitos que vão impactar sobre os resultados que são obtidos através de uma determinada atividade. Possibilita, por conseqüência, uma visão ampla da situação avaliada e pode subsidiar futuras intervenções.

### 3.1.3 Grau de implantação

Grau de implantação é a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados, do programa, na produção dos efeitos. (CHAMPAGNE, 1997).

Para análise do grau de implantação faz necessário, a construção de um sistema de score para estimar os diferentes graus de implantação. Estes estão definidos no item coleta e análise dos dados.

Para Denis e Champagne (1997, p. 56), a medição do grau de implantação de uma intervenção exige especificar *a priori* os componentes da intervenção; identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as praticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais

Para Denis e Champagne (1997, p. 82):

A análise da implantação se apóia conceitualmente na análise de influência sobre três componentes: dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; das variações da implantação na sua eficácia; e da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Os dois últimos componentes são apresentados pelos autores como aqueles que visam explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, enquanto o primeiro é apresentado como aquele que busca entender as variações na implantação da intervenção, a partir de seus determinantes contextuais.

É nesse último componente que este estudo se detém, a partir do entendimento de que ele integra junto com a avaliação de processo, a interseção visualizada entre a avaliação normativa e análise de implantação da estratégia, a partir da conceituação de análise de implantação proposta por Denis e Champagne (1997) e da definição das três dimensões em que se decompõem a avaliação de processo proposta por Contandriopoulos (1997, p. 36).

Baseado nessa premissa que se procurou situar o método utilizado neste estudo, com os seguintes instrumentos:

**Correlação entre os objetivos específicos, referencial teórico e instrumentos de coleta que serão utilizados.**

<b>Objetivos</b>	<b>Referencial teórico</b>	<b>Instrumentos</b>
1	Avaliação Normativa  Contandriopoulos et al, 1997)	
2	Avaliação Normativa  Contandriopoulos et al, 1997)	Anexos: 1A, 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2F, 2G, 2H, 2L, 2J, 3A, 3B, 3C, 4A, 4B
3	Avaliação Normativa  ( Denis e Champgne,1997)	Anexos: 5A, 6A, 6B, 6C, 7A, 7B, 8A
4	Avaliação Normativa  Contandriopoulos et al, 1997)  (Denis e Champgne,1997)	Anexo 9

### 3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) localizado na cidade do Recife/Pe, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

O serviço de atendimento móvel de urgências foi criado pela Prefeitura Municipal do Recife em dezembro de 2001, atendendo pelo fone 192, presta assistência pré-hospitalar em situações de risco, com plantão 24 horas. a equipe de socorristas do SAMU é composta por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Regulação Médica, Teledigifonistas, Motoristas e auxiliares de serviços gerais. Entre os principais tipos de causas atendidas, destacam-se os resgates de vítimas de causas externas, sobretudo os acidentes de trânsito em via pública. Em 2006, o SAMU/Recife foi ampliado para SAMU/ Metropolitano. (RECIFE, 2007).

### 3.3 Coleta de dados e análise dos dados

A primeira fase da coleta de dados foi realizada através de documentos oficiais: Resoluções, Decretos, Portarias do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção a Saúde que normatizam o APH Móvel no Brasil.

A partir destes documentos foram elaborados e aplicados instrumentos para a coleta de dados, baseados nas exigências da Portaria do Ministério da Saúde 2048/02. Esses instrumentos contemplavam os objetivos da pesquisa e foram elaborados e aplicados pela autora.

Foi desenhado um modelo lógico que pudesse descrever a etapa da avaliabilidade. Estabelecendo três componentes para avaliação do serviço: *Gestão de Informação*, segundo componente *Assistência à Saúde* e o terceiro componente *Educação Permanente*. Para cada componente foram elaborados instrumentos para avaliar a estrutura e para avaliar o processo de trabalho do SAMU/Recife.

A segunda fase da coleta de dados foi realizada através de uma entrevista gravada utilizando questionário com perguntas, semi-estruturada a informantes-chaves do serviço: Coordenador Médico, Coordenador Enfermagem, Gerente do Núcleo de Educação Permanente do serviço, Técnico de Enfermagem e piloto da aeronave e 35 profissionais que atuavam diretamente no atendimento das vítimas. Esses profissionais foram recrutados, conforme disponibilidade dos profissionais em participar da pesquisa, conforme os dias das visitas da pesquisadora a instituição. Foram entrevistados 6 Médicos, 8 Enfermeiros, 8 Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem, 05 Telefonista, 03 Radio - operadores, 05 Condutor de veículos. Estavam na escala de serviço nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

Os dados primários foram obtidos através da visita de campo onde foram aplicados os instrumentos elaborados pela autora para avaliar a estrutura e o processo de funcionamento do serviço e pela entrevista aos 41 profissionais que atuam no SAMU/Recife.

Os dados Secundários: serão obtidos de documentos oficiais: Portarias, Resoluções, relatórios, Plano Diretor Municipal da cidade do Recife, histórico de implantação do SAMU/Metropolitano, ata da Bipartite Regional, Boletim Epidemiológico do SAMU/Recife referente outubro, novembro, dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

Os dados obtidos das entrevistas serviram para confrontar com os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos de verificação dos itens de estrutura e processo de trabalho, baseados na Portaria 2048/02 GM durante as visitas de campo no serviço realizada pela autora.

Os dados foram coletados com intuito de contemplar os objetivos estipulados na pesquisa.

*3.3.1 Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema público de atendimento pré-hospitalar móvel, na cidade do Recife (Objetivo1)*

A história da implantação do serviço público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife foi baseada em documentos oficiais: Plan o Diretor do Município, relatórios oficiais do Município de Recife, Portal da Prefeitura Municipal de Recife, relatórios oficiais da SES -PE ata da Bipartite Regional, Resolução do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco.

*3.3.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Objetivo 2)*

No componente de **Gestão de informação** foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Existência linhas telefônicas suficientes com o acesso gratuito a população através do número 192 (Anexo A);
- Sistema de gravação dos atendimentos realizados pela regulação médica de urgência (Anexo B);
- Sistema softwares para acolhimento das chamadas e monitoramento do atendimento (Anexo C);
- Assegura guarda das fichas dos atendimentos realizados pelo serviço do SAMU/Recife no que se refere a confidencialidade e integralidade e os mantém disponível em local de fácil acesso (Anexo D);

No componente de **Assistência a Saúde** foram utilizadas as seguintes variáveis:

**Frota :**

- Verificação do número e do tipo de ambulância disponível no serviço (Anexo E);

- Verificação do número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida( Anexo F);
- Verificação do número de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida ( Anexo G);
- Verificação dos materiais, equipamentos e da padronização das viaturas tipo B conforme Portaria (Anexo H);
- Verificação dos materiais, equipamentos e da padronização das viaturas tipo D conforme Portaria (Anexo I);
- Verificação dos materiais, equipamentos e da padronização das viaturas tipo E conforme Portaria (Anexo J);
- Verificação de materiais e equipamentos do carro de apoio (Anexo 2G);
- Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo, Portaria 2048/02, e padronização do serviço do SAMU/Recife e itens encontrados nas ambulâncias do serviço (Anexo L);
- Verificação dos medicamentos nas viaturas do tipo D, segundo, Portaria 2048/02 e padronização do SAMU/Recife e itens encontrados nas ambulâncias do serviço (Anexo M);
- Verificação dos medicamentos do carro de apoio segundo padronização do SAMU/Recife e itens encontrados nas ambulâncias do serviço (Anexo N);

#### **Recursos Humanos:**

- Verificação dos Recursos Humanos existente no do SAMU/Recife, escala de serviço e tempo de contrato de trabalho (Anexo O);
- Verificação da tripulação nas ambulâncias do SAMU/Recife (Anexo P);

#### **Organização do serviço:**

- Existência protocolo de procedimentos para todos os profissionais que atuam no serviço e numa linguagem clara e direta e encontra-se disponível para os profissionais do serviço;

- Os protocolos de procedimentos possuem cronograma de atualização dos mesmos;
- Existência grades de referência e contra-referência detalhada, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, dentro de uma rede hierarquizada e regionalizada;
- Existência grades de referência e contra-referência mostram a cada instante, a condição de capacidade instalada e suas circunstâncias momentâneas e estão disponível e de fácil acesso aos médicos da regulação e demais profissionais do SAMU/Recife;
- Existência na Regulação Médica de Urgências mapa do município de Recife, descrevendo a localização dos serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte público e privado de fácil acesso;
- Existência na Regulação Médica de Urgências mapa do município de Recife e da região de cobertura do serviço, detalhando as estradas e principais vias de acesso;
- Existência agenda de eventos de riscos para cobertura de atividades esportivas, sociais e culturais;
- Existência na Central de Regulação de Urgências planilhas com as vagas/censos diários dos leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico disponibilizados pela central de regulação de leitos para os profissionais da Central SAMU;
- Existência plano para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre os agentes públicos e privados responsáveis);
- Possui manual de normas e rotinas de serviço (Anexo Q);

No componente **Educação Permanente** foram utilizadas as seguintes variáveis:

Verificação das atividades do Núcleo de Educação em Urgências (Anexo R);

- Verificação das grades de temas, conteúdos e carga horária dos cursos de certificação para os profissionais que irão atuar no APH móvel (Anexo S);
- Utilização do campo SAMU pelas escolas de nível médio e superior (Anexo T);

### 3.3.3 Avaliar o processo de trabalho do serviço (Objetivo 3)

#### **Componente Gestão de Informação (Objetivo 3)**

No Componente de **Gestão de informação** foram utilizadas as seguintes variáveis:

Avaliar o monitoramento e acompanhamento do atendimento até o encerramento do caso. Inclusive de forma dinâmica e sistematizada no processo de trabalho (Anexo U);

- Verificar a comunicação do SAMU/Recife com os serviços de saúde e de segurança e salvamento Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito (Anexo V);
- Existência fichas de atendimento dos pacientes preenchidas corretamente(Anexo X);
- Cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados pelo SAMU/Recife encaminha aos órgãos competentes (Anexo Z);
- Verificar o processo de Articulação e discussão dos indicadores de saúde produzidos pelo serviço com outras instituições (Anexo AA);

#### **Componente Assistência a Saúde (Objetivo 3)**

No Componente **Assistência a Saúde** foram utilizadas as seguintes variáveis:

Número de viaturas disponível em relação ao número de atendimento realizado no período da pesquisa em relação à área de cobertura (Anexo AB):

- Número e percentual de atendimentos registrados na central de Regulação Médica de Urgências do SAMU/Recife segundo a origem e o motivo (Anexo AC);
- Número e percentual de atendimentos registrados na central de regulação médica segundo a origem e o motivo por distrito (Anexo AD):
  - Verificação tempo resposta total do serviço (Anexo AE);
  - Verificação e manutenção das cotas de medicamentos nas viaturas (Anexo AF);
  - Percepção dos profissionais do SAMU/Recife - SAMU/Metropolitano, quanto a disponibilidade de APH móvel na cidade do Recife, com acesso a população através dos números 192 e 193 (Anexo AG);

**Componente *Educação Permanente* (objetivo 3):**

No **Componente *Educação Permanente*** foram utilizadas as seguintes variáveis:

Ações realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgências ou pelo Núcleo de Educação Permanente (Serviço de Educação Continuada) do SAMU/RECIFE,

- Estrutura de cursos de re-certificação quanto a grade de temas, conteúdos e carga horária realizadas pelo NEU ou pelo NEP (Serviço de Educação Continuada) do SAMU/Recife ou em parceria com outras instituições (Anexo AG);

**3.3.4. Analisar o grau de implantação (Objetivo 4)**

Para definir Grau de Implantação, adotou-se a seguinte definição de Denis e Champagne (1997, p. 56): “É a contribuição dos componentes verdadeiramente

implantados, do programa, na produção dos efeitos”. Para estes autores, conceitualmente, a medição do grau de implantação de uma intervenção exige:

- "especificar a *priori* os componentes da intervenção;
- descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e
- analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais” (DENIS; CHAMPAGNE (1997, p. 56).

Para definir o grau de implantação do atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife e permitir a avaliação da implantação foram utilizados os dados dos instrumentos de verificação dos itens de estrutura e processo de trabalho conforme padronização da Portaria do Ministério da Saúde 2048/02.

A Pontuação obtida pelos índices classificará o grau de implantação da seguinte forma:

<b>Grau</b>	<b>Percentual dos Índices</b>	<b>Conceito</b>
<b>I</b>	Percentual de respostas acima de 80% dos itens	Adequado
<b>II</b>	Percentual de respostas entre 55% á 79% dos itens	Regular
<b>III</b>	Percentual de respostas Abaixo de 55% dos itens	Inadequado

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

### 3.3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada uma pontuação obtida pelos índices de avaliação do SAMU utilizando a avaliação da estrutura de funcionamento e o processo de trabalho do serviço. Este índice foi uma medida no intervalo 0,00 a 1,00 obtidos considerando-se a freqüência de itens presentes dividida pelo total de itens analisados em cada um dos pontos considerados por item e no geral a pontuação obtida pelos índices de avaliação.

Para obtenção do índice de avaliação do SAMU no Recife foram utilizados os dados contidos nas Tabelas 4.6.1 Nesta Tabela em relação a estrutura em funcionamento em relação a presença de ambulâncias do tipo B e D o quociente do índice de cada tipo foi considerado o número de itens x o número de ambulâncias e no numerador o total dos itens em todas as ambulâncias presentes e no caso dos índices relativos à capacidade de atendimentos das ambulâncias B e D a obtenção do índice foi do seguinte modo para cada tipo de ambulância obteve-se o valor médio do intervalo de habitantes recomendado pelo Ministério da Saúde; multiplicou-se o número médio pelo número de ambulâncias observado na maioria dos dias e obteve-se a soma de habitantes que potencialmente poderia atender e este valor foi superior ao tamanho da população e o resultado da divisão foi superior a 1,0000 e para efeito do índice foi considerado igual a 1,0000 (valor máximo de cada índice).

### 3.4 Aspecto éticos

O presente projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e de acordo com os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS

4.1 Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema público de atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife (Primeiro objetivo).

O surgimento do Sistema Municipal Público de Atendimento pré-hospitalar móvel, na cidade do Recife, deu-se com a implantação do serviço SOS – Recife, na década de 90, esse serviço era destinado ao atendimento clínico em via domiciliar, com acesso disponível a população pelo número 192. Este serviço possuía uma equipe de saúde composta por: Médicos, Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Telefonistas, Motoristas e uma frota de veículos destinado ao atendimento das ocorrências clínicas no município de Recife. A transformação do SOS em SAMU/Recife ocorreu em Dezembro de 2001 (RECIFE, 2007)

O SAMU na cidade do Recife atendendo pelo fone 192, passa a presta assistência pré-hospitalar em situações de risco, inclusive atendendo as emergências traumáticas em via pública com plantão 24 horas.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção as Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), suas Centrais de Regulação Médica de Urgências (Central -192) e seus de Educação em Urgências, em Municípios e regiões de todo o território, como primeira etapa da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003 b).

Observa-se que o SAMU/Recife foi criado antes da Portaria nº 1864/03. Segundo o Portal da Prefeitura Municipal do Recife, o êxito do SAMU – Recife teria sido utilizado como referência pelo Governo Federal, para implantação desse serviço em todas as grandes cidades do País.

Após a publicação da Portaria nº 1864/03, os municípios brasileiros teriam que apresentar o projeto de implantação/implementação do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, com sua respectiva central 192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgência (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgência (BRASIL, 2003a)

Neste momento começa a discutir em Pernambuco entre os gestores Federal, Estadual e Municipal a possibilidade de implantação de uma central SAMU regional para Região Metropolitana do Recife.

Em 2005, o Conselho Estadual de Saúde aprovou a Resolução 323 do junto ao projeto de operacionalização do componente pré-hospitalar móvel SAMU/Regional I (GERES) da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

O Projeto aprovado pela Resolução 323/CES de Pernambuco previa implantação do componente pré-hospitalar móvel- SAMU- regional I que abrangeria uma área de 16 municípios da GERES I, tendo como objetivo reduzir a morbimortalidade principalmente por causas externas e cardiovasculares, reduzindo o tempo resposta e melhorando a qualidade da assistência (PERNAMBUCO, 2005).

Estava dimensionada para ter uma Regulação Médica de Urgências, no município de Recife, e quinze bases isoladas de apoio de acordo com a distribuição geográfica e populacional nos municípios. Foram incluídos: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragipe, Goiana, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antonio (PERNAMBUCO, 2005).

Ainda sobre o projeto, os representantes destes municípios e da SES de Pernambuco formaria um Comitê Gestor que acompanhariam todas as fases da implantação.

Apenas, em 2006, foi criado o SAMU Metropolitano como uma proposta de integração entre o SAMU Recife e de outros municípios que compõem a Região Metropolitana (RECIFE, 2006). Abrigando a Central - SAMU/Metropolitano no SAMU/Recife. Da proposta não foram implantadas bases isoladas de apoio em

Araçoiaba, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma,. Sendo acrescentado ao projeto original o município de Condado.

4.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/R ecife (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (Segundo objetivo):

#### 4.2.1 Componente gestão de informação

<b>Sistema de informação</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
- Existem disponível linhas telefônicas suficientes com o acesso gratuito a população através do número 192?	X	
- Possui sistema de gravação dos atendimentos realizados pela regulação médica de urgência?	X	
- Possui sistema softwares para acolhimento das chamadas e monitoramento do atendimento?	X	
- Assegura guarda das fichas de atendimento dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integralidade e os mantém disponível em local de fácil acesso?	X	

Quadro 1 - Verificação do sistema de informação disponível na central SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

No quadro 1 observa-se que o serviço SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.possui um sistema de informação com linhas disponíveis a população pelo número 192, sistema de gravação, softwares e serviço de guarda de prontuários atendendo assim, a legislação vigente.

#### 4.2.2 Componente assistência a saúde

Tipo de Ambulância/Veículo	Números existentes no SAMU
<b>Variáveis</b>	
Ambulância de insumos – Tipo A	0
Ambulância de Suporte Básico de Vida - (SAV) – Tipo B	8
Ambulância de Resgate – Tipo C	0
Ambulância de Suporte Avançado de Vida (SAV) – Tipo D	3
Ambulância do tipo E (Helicóptero)	1
Ambulância do tipo F (Embarcações)	0
Carro de apoio	3
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Quadro 2 – Verificação do número e do tipo de ambulância disponível no pátio SAMU/Recife e em condições para realizar atendimento, período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

No quadro 2 registra-se o número e tipo de ambulâncias disponível no SAMU/Recife, período de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Nesta tabela verifica-se que o número de ambulâncias no momento da pesquisa era nulo para os tipos A, C e E. Um dos carros de apoio é utilizado como veículo rápido nas ocorrências de urgências e emergências graves. Onde o Médico e o Enfermeiro utilizam essa viatura para realizar o atendimento junto a viatura tipo D.

Tabela 1 – Verificação do número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (Tipo B) observadas no Pátio SAMU/Recife em 31 dias, no período de outubro/2006 a janeiro 2007

Número de ambulâncias observadas por dia	Número de dias	
	N	%
6 ambulâncias do tipo B	3	9,7
7 ambulâncias do tipo B	17	54,8
8 ambulâncias do tipo B	10	32,3
9 ambulâncias do tipo B	1	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 4.2.2.B verifica-se que o número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida presentes no pátio do SAMU/Recife em 31 de visitas, observa-se uma variação de 6 a 9 viaturas, sendo que em mais da metade (54,8%) dos dias analisados 7 ambulâncias estavam presentes, seguido dos dias que 8 ambulâncias

estavam presentes, correspondendo a 32,3%. Manteve -se uma média de 7,29 de ambulâncias de Suporte Básico de Vida no serviço.

**Tabela 2 – verificação do número de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (Tipo D) observada no Pátio SAMU/Recife em 31 dias dos meses de outubro/2006 a janeiro 2007**

Número de ambulâncias observadas por dia	Número de dias	
	N	%
1 ambulância de SAV	1	3,2
2 ambulância de SAV	12	38,7
3 ambulância de SAV	18	58,1
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 2 destaca-se que o número de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida presentes no pátio do SAMU/Recife nos 31 visitas, observa-se uma variação de 1 a 3 viaturas, sendo que em mais da metade (58,1%) dos dias analisados estavam três ambulâncias presentes, seguido dos dias que duas ambulâncias (38,7%). Apenas um dia estava só uma ambulância. Manteve -se a média de 2,55 de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida no serviço.

**Tabela 3 - Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo a Portaria 2048/02 GM encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.**

Suporte básico	Tipo B				TOTAL	
	Sim		Não			
	n	%	N	%	n	%
1- Sinalizador óptico e acústico	8	100,0	-	-	8	100,0
2- Equipamento de rádio comunicação, fixo e móvel	8	100,0	-	-	8	100,0
3- Macas articuladas e com rodas	4	50,0	4	50,0	8	100,0
4- Suporte para soro	8	100,0	-	-	8	100,0
5- Instalações de rede de oxigênio com cilindros	8	100,0	-	-	8	100,0
6- Válvulas	8	100,0	-	-	8	100,0
7- Monômetros em local de fácil visualização e 07	8	100,0	-	-	8	100,0
8- Régua com dupla saída	-	-	8	100,0		100,0
9- Oxigênio com régua tripla:						
Alimentação do respirador	8	100,0	-	-	8	100,0
Fluxômetro e umidificador de oxigênio	8	100,0	-	-	8	100,0
Aspirador de venturi	8	100,0	-	-	8	100,0
10- Manômetros e fluxômetros com máscara e chicote para oxigênio	6	100,0	-	-	<b>6</b>	100,0
11-Cilindros de oxigênio portátil com válvula:						

A. Estetoscópio adulto	8	100,0	-	-	8	100,0
B. Estetoscópio infantil	-	-	8	100,0	8	100,0
C. Ressuscitador manual adulto	8	100,0	-	-	8	100,0
D. Ressuscitador manual infantil	7	87,5	1	12,5	8	100,0
E. Cânulas orofaríngeas de tamanhos variados	-	-	8	100,0	8	100,0
F. Luvas descartáveis	8	100,0	-	-	8	100,0
G. Tesoura reta com ponta romba	-	-	8	100,0	8	100,0
H. Esparadrapos	6	85,7	1	14,3	<b>7</b>	<b>100,0</b>
I. Esfigmonômetro adulto	8	100,0	-	-	8	100,0
J. Esfigmonômetro infantil	-	-	8	100,0	8	100,0
K. Atadura de 15 cm	8	100,0	-	-	8	100,0
L. Compressas cirúrgicas estéreis	8	100,0	-	-	8	100,0
M. Pacotes de gases estéreis	8	100,0	-	-	8	100,0
N. Protetores para queimaduras e eviscerados	7	87,5	1	12,5	8	100,0
O. Cateteres para oxigenação	7	87,5	1	12,5	8	100,0
P. Aspiração de vários tamanhos	7	87,5	1	12,5	8	100,0
12- Suporte para soro	8	100,0	-	-	8	100,0
13- Prancha curta	7	87,5	1	12,5	8	100,0
14- Prancha longa para imobilização de coluna	8	42,9	8	57,1	<b>7</b>	<b>100,0</b>
15- Talas de imobilização de membros	-	-	8	100,0	8	100,0
16- Conjunto de colares cervicais:						
A.Tamanho P	4	50,0	4	50,0	8	100,0
B.Tamanho M	6	75,0	2	25,0	8	100,0
C.Tamanho G	4	50,0	4	50,0	8	100,0
17-Colete imobilizador dorsal	6	75,0	2	25,0	8	100,0
18-Frasco de soro:						
A.Soro fisiológico	7	87,5	1	12,5	8	100,0
B.Soro Ringer lactato	6	75,0	2	25,0	8	100,0
19- Bandagens triangulares	1	12,5	7	87,5	8	100,0
20- Cobertores	8	100,0	-	-	8	100,0
21- Coletes refletivos para tripulação	-	-	8	100,0	8	100,0
22- Lanterna de mão	-	-	8	100,0	8	100,0
23- Óculos mascaras	8	100,0	-	-	8	100,0
24- Aventais de proteção	-	-	8	100,0	8	100,0
25- Maleta com medicações a serem definidas em protocolos pelos serviços (maleta amarela):						
25.1. Gases = 5 unidades	5	100,0	-	-	5	100,0
25.2. Agulhas hipodérmicas 40x12 = 5	7	100,0	-	-	7	100,0
25.3. Atadura de crepe número 10 cm = 2 unidades	3	37,5	5	62,5	8	100,0
25.4. Atadura de crepe número 15 cm = 2 unidades	7	87,5	1	12,5	8	100,0
25.5. Atadura de crepe número 20 cm = 2 unidades	1	12,5	7	87,5	8	100,0
25.6. Atadura de crepe número 30 cm = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.7. Jelco número 14 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.8. Jelco número 16 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.9. Jelco número 18 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.10. Jelco número 20 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.11. Jelco número 22 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0
25.12. Jelco número 24 = 2 unidades	8	100,0	-	-	8	100,0

25.13. Equipo macrogotas	8	100,0	-	-	8	100,0
25.14. Equipo microgotas	-	-	8	100,0	8	100,0
25.15. Scalp número 21 = 3 unidades	2	25,0	6	75,0	8	100,0
25.16. Scalp número 23 = 3 unidades	1	12,5	7	87,5	8	100,0
25.17. Esparadrapo impermeável = 1 unidade	5	71,4	2	28,6	7	100,0
25.18. Luvas estéreis (par) = 5 unidades	5	62,5	3	37,5	8	100,0
25.19. Seringas descartáveis 5 ml	6	75,0	2	25,0	8	100,0
25.20. Seringas descartáveis 10 ml	7	87,5	1	12,5	8	100,0
25.21. Seringas descartáveis 20 ml	8	100,0	-	-	8	100,0
25.22. Polifix 2 vias = 2 unidades	3	42,9	4	57,1	7	100,0
25.23. Soro fisiológico = 1 unidade	5	62,5	3	37,5	8	100,0
25.24. Soro glicosado = 1 unidade	2	28,6	5	71,4	7	100,0
25.25. Ringer lactado = 1 unidade	4	57,1	3	42,9	7	100,0
25.26. Compressa de gases = 2 unidades	6	85,7	1	14,3	7	100,0
25.27. Garrote = 1 unidade	7	87,5	1	12,5	8	100,0
25.28. Tesoura = 1 unidade	1	12,5	7	87,5	8	100,0
26. Material mínimo de salvamento terrestre	-	-	8	100,0	8	100,0
27. Material mínimo de salvamento aquático	-	-	8	100,0	8	100,0
28. Material mínimo de salvamento alturas	-	-	8	100,0	8	100,0
29. Maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8kg	-	-	8	100,0	8	100,0
30- Fias e cones de sinalizadores para isolamento de áreas/ compartimento isolado para sua guarda	8	100,0	-	-	8	100,0
31- Assegurar salão de vítimas de no mínimo 8 mt <sup>3</sup>	8	100,0	-	-	8	100,0
<b>Maleta de parto padronizada pelo SAMU:</b>						
1- Campo para RN	8	100,0	-	-	8	100,0
2- Bandeja com instrumental cirúrgico	8	100,0	-	-	8	100,0
3- Clamps umbilical	8	100,0	-	-	8	100,0
4- Saco plástico leitoso	8	100,0	-	-	8	100,0
5- Descartex (perfuro cortante)	8	100,0	-	-	8	100,0
6- Lixeira	8	100,0	-	-	8	100,0
7- Padola	8	100,0	-	-	8	100,0

Na tabela 3, estão apresentados os dados de materiais e equipamentos obrigatórios que deviam estar presentes nas viaturas do tipo B, segundo a Portaria 2048/02 GM. Observa-se que existem itens padronizados pela Portaria que não foram padronizados pelo serviço (exemplo imobilizador de coluna dorsal). E os itens padronizados pela Portaria Ministerial que foram padronizados pelo serviço, porém não estavam presentes no momento da visita. Estando ausente nas 8 viaturas por falta de material no serviço, ora os equipamentos estavam quebrados na instituição sem outro para repor. Houve itens que existia no serviço, porém não apresentava variação na presença ou na ausência de alguns itens de viatura.

viatura Tais como: macas articuladas com rodas, prancha curta, prancha longa imobilizador de coluna, ressuscitador infantil, protetores para queimaduras e eviscerados, cateteres de oxigenação, talas de imobilização de membros, colares cervicais de vários tamanhos, colete imobilizador dorsal, soros, bandagens triangulares, lanterna de mão, aventais de proteção, gases, agulhas, ataduras de vários tamanhos, equipo microgotas, scalp, esparadrapo, luvas de procedimento, seringas descartáveis de vários tamanhos, polifix 2 vias, compressas de gases, garrote, tesoura.

**Tabela 4 - Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo MS na Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAMU/ Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.**

Suporte avançado	Tipo D				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
1- Sinalizador óptico e acústico	3	100,0	-	-	3	100,0
2- Equipamento de rádio comunicação, fixo e móvel	3	100,0	-	-	3	100,0
3- Macas articuladas e com rodas	2	66,7	1	33,3	3	100,0
4- Dois suporte para soro	3	100,0	-	-	3	100,0
5- Cadeiras de rodas dobráveis	3	100,0	-	-	3	100,0
6- Instalação de rede portátil de oxigênio que permita ventilação mecânica por no mínimo 2 horas	3	100,0	-	-	3	100,0
7- Oxigênio com régua tripla:						
A. Alimentação do respirador	3	100,0	-	-	3	100,0
B. Umidificador de oxigênio	3	100,0	-	-	3	100,0
C. Aspirador de venturi	3	100,0	-	-	3	100,0
8- Manômetros e fluxômetros com máscara e chicote para oxigenação	3	100,0	-	-	3	100,0
9- Cilindros de oxigênio portátil com válvula	3	100,0	-	-	3	100,0
10- Ventiladores mecânicos de transporte	2	66,7	1	33,3	3	100,0
11- Oxímetro não invasivo portátil	1	33,3	2	66,7	3	100,0
12- Monitores cardioversor com marcapasso externo não invasivo	3	100,0	-	-	3	100,0
13- Bombas de infusão com bateria e equipo	1	33,3	2	66,7	3	100,0
14- Maleta de vias aéreas contendo:						
A. Mascaras laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos	3	100,0	-	-	3	100,0
B. Cateteres de aspiração	3	100,0	-	-	3	100,0
C. Adaptadores para cânulas	-	-	3	100,0	3	100,0
D. Cateteres nasais	3	100,0	-	-	3	100,0
E. Seringa de 20 ml	3	100,0	-	-	3	100,0

F. Ressuscitador manual adulto/infantil com reservat.	3	100,0	-	-	3	100,0
G. Sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos	3	100,0	-	-	3	100,0
H. Luvas de procedimentos	3	100,0	-	-	3	100,0
I. Mascaras para o ressuscitador infantil	3	100,0	-	-	3	100,0
J. Mascaras para o ressuscitados adulto	3	100,0	-	-	3	100,0
K. Lidocaína geléia	-	-	3	100,0	3	100,0
L. Lidocaína spray	-	-	3	100,0	3	100,0
M. Cadarços para fixação de cânula	3	100,0	-	-	3	100,0
N. Laringoscópio infantil com conjunto de lâminas	3	100,0	-	-	3	100,0
O. Laringoscópio adulto com conjunto de lâminas	2	66,7	1	33,3	3	100,0
P. Estetoscópio	3	100,0	-	-	3	100,0
Q. Esfigmônmetro adulto	3	100,0	-	-	3	100,0
R. Esfigmônmetro infantil	1	33,3	2	66,7	3	100,0
S. Cânulas orofaríngeas adulto	3	100,0	-	-	3	100,0
T. Cânulas orofaríngeas infantil	2	66,7	1	33,3	3	100,0
U. Fios-guia para intubação	3	100,0	-	-	3	100,0
V. Pinça de Magyl	2	66,7	1	33,3	3	100,0
W. Bisturi descartável	2	66,7	1	33,3	3	100,0
X. Cânula para traqueostomia	3	100,0	-	-	3	100,0
Y. Material para cricotirodostomia	-	-	3	100,0	3	100,0
15- Conjuntos de drenagem torácica	3	100,0	-	-	3	100,0
16- Maletas de acesso venoso:						
A. Tala para fixação do braço	1	33,3	2	66,7	3	100,0
B. Luvas estéreis	3	100,0	-	-	3	100,0
C. Recipiente de algodão com anti-séptico	1	33,3	2	66,7	3	100,0
D. Pacotes de gazes estéreis	3	100,0	-	-	3	100,0
E. Esparadrapos	1	33,3	2	66,7	3	100,0
F. Material para punção de vários tamanhos:						
1. Agulhas metálicas	-	-	3	100,0	3	100,0
2. Agulhas plásticas	3	100,0	-	-	3	100,0
3. Agulhas punção óssea	-	-	3	100,0	3	100,0
G. Garrote	3	100,0	-	-	3	100,0
H. Equipo de macrogotas	3	100,0	-	-	3	100,0
I. Equipo de microgotas	-	-	3	100,0	3	100,0
J. Cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho adulto	3	100,0	-	-	3	100,0
K. Cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho infantil	2	66,7	1	33,3	3	100,0
L. Tesoura	1	33,3	2	66,7	3	100,0
M. Cortadores de soro	1	33,3	2	66,7	3	100,0
N. Pincha de kocher	-	-	3	100,0	3	100,0
O. Lâminas de bisturi	2	66,7	1	33,3	3	100,0
P. Seringas de vários tamanhos	3	100,0	-	-	3	100,0
Q. Torneiras de 3 vias	3	100,0	-	-	3	100,0
R. Equipo de infusão 3 vias	-	-	3	100,0	3	100,0
<b>S. Frascos de soros:</b>						

1. Soro fisiológico 0,9%	3	100,0	-	-	3	100,0
2. Ringer lactado	3	100,0	-	-	3	100,0
3. Soro glicosado a 5% e 10%	3	100,0	-	-	3	100,0
17- Caixa completa de pequena cirurgia	3	100,0	-	-	3	100,0
18- Maleta de parto:						
A. Luvas cirúrgicas	3	100,0	-	-	3	100,0
B. Clamps umbilicais	3	100,0	-	-	3	100,0
C. Estilete estéril para corte do cordão	2	66,7	1	33,3	3	100,0
D. Saco plástico para placenta	3	100,0	-	-	3	100,0
E. Cobertor	2	66,7	1	33,3	3	100,0
F. Compressas cirúrgicas e gazes estéreis	3	100,0	-	-	3	100,0
G. Braceletes de identificação	3	100,0	-	-	3	100,0
19- Sondas vesicais	1	33,3	2	66,7	3	100,0
20- Coletores de urina	1	33,3	2	66,7	3	100,0
21- Protetores para eviscerados	3	100,0	-	-	3	100,0
22- Protetores para queimados	3	100,0	-	-	3	100,0
23- Espátulas de madeira	3	100,0	-	-	3	100,0
24- Sondas nasogástricas	1	33,3	2	66,7	3	100,0
25- Eletrodos descartáveis	3	100,0	-	-	3	100,0
26- Equipo para drogas fotossensíveis	2	66,7	1	33,3	3	100,0
27- Equipo para bomba de infusão	-	-	3	100,0	3	100,0
28- Circuito de respirador estéril de reserva	-	-	3	100,0	3	100,0
29- Equipamento de proteção à equipe de salvamento:						
1. Óculos	2	66,7	1	33,3	3	100,0
2. Máscaras	3	100,0	-	-	3	100,0
3. Aventais	1	33,3	2	66,7	3	100,0
30- Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo	2	66,7	1	33,3	3	100,0
31- Campo fenestrado	1	33,3	2	66,7	3	100,0
32- Almotolias com anti-séptico	2	66,7	1	33,3	3	100,0
33- Conjunto de colares cervicais:						
1. Tamanho P	3	100,0	-	-	3	100,0
2. Tamanho M	3	100,0	-	-	3	100,0
3. Tamanho G	3	100,0	-	-	3	100,0
34- Prancha longa para imobilização da coluna	2	66,7	1	33,3	3	100,0
<b>Atendimento Neonato:</b>						

35- Deverá haver uma incubadora de transporte de recém-nascidos com bateria e ligação a tomada do veículo	2	66,7	1	33,3	3	100,0
36- A incubadora deve estar apoiada sob carros com rodas devidamente fixadas. Quando dentro da ambulância e conter respirador equipamentos para recém-natos	-	-	2	100,0	2	100,0

Na tabela 4 estão apresentados os dados de materiais e equipamentos obrigatórios que deviam estar presentes nas viaturas do tipo D, segundo a Portaria 2048/02 GM encontrados nas ambulâncias do SA MU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Observa-se que nas viaturas analisadas existem itens que o serviço não dispunha naquele momento, sendo ausente nas 3 viaturas e itens que estavam presentes em algumas viaturas e outras não existia. Tais como: macas articuladas com rodas, prancha longa imobilizador de coluna, ventiladores mecânicos de transporte, oxímetro de pulso, bombas de infusão com equipos, adaptadores de cânulas, lidocaína geléia e lidocaína spray, laringoscópio adulto com conjunto de laminas, esfigmônômetro infantil, cânulas orofaríngea infantil, pinça de Magyl, bisturi descartável, material para cricotireodostomia, tala para braço, recipiente de algodão com antisséptico, esparadrapo, material para punção (metálica e de punção óssea), equipo microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias de tamanhos infantil, tesoura, cortadores de soro, pinça de Kocher, laminas de bisturi, equipo de infusão de 3 vias, estilete estéril para corte de cordão umbilical, cobertor, braceletes de identificação, sondas vesicais, coletores de urina, sondas nasogástricas, equipo fotossensíveis, equipo de bomba de infusão, circuito de respirador estéril de reserva, óculos de proteção, aventais, cobertor ou filme metálico para conservação do calor no corpo, campo fenestrado, almotolias com antissépticos e incubadora.

	Tipo E	
	Sim	Não
<b>Suporte avançado</b>		
1- Sinalizador óptico e acústico		X
2- Equipamento de rádio comunicação, fixo e móvel	X	

3- Macas articuladas e com rodas	X	
4- Dois suporte para soro	X	
5- Cadeiras de rodas dobráveis		X
6- Instalação de rede portátil de oxigênio que permita ventilação mecânica	X	
por no mínimo 2 horas		
8- Oxigênio com régua tripla:		
A. Alimentação do respirador		X
B. Umidificador de oxigênio	X	
C. Aspirador de venturi	X	
9- Manômetros e fluxômetros com máscara e chicote para oxigenação	X	
10- Cilindros de oxigênio portátil com válvula	X	
11- Ventiladores mecânicos de transporte		X
12- Oxímetro não invasivo portátil	X	
13- Monitores cardioversor com marcapasso externo não invasivo		X
14- Bombas de infusão com bateria e equipo		X
15- Maleta de vias aéreas contendo:		
A. Mascaras laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos	X	
B. Cateteres de aspiração	X	
C. Adaptadores para cânulas		X
D. Cateteres nasais	X	
E. Seringa de 20 ml	X	
F. Ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório.	X	
G. Sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos	X	
H. Luvas de procedimentos	X	
I. Mascaras para o ressuscitador infantil	X	
J. Mascaras para o ressuscitados adulto	X	
K. Lidocaína geléia	X	
L. Lidocaína spray		X
M. Cadastrarços para fixação de cânula	X	
N. Laringoscópio infantil com conjunto de lâminas		X
O. Laringoscópio adulto com conjunto de lâminas	X	
P. Estetoscópio	X	
Q. Esfigmonômetro adulto	X	
R. Esfigmonômetro infantil	X	
S. Cânulas orofaríngeas adulto	X	
T. Cânulas orofaríngeas infantil	X	
U. Fios-guia para intubação	X	
V. Pinça de Magyl		X
W. Bisturi descartável	X	
X. Cânula para traqueostomia	X	
Y. Material para cricotirotomia		X
16- Conjuntos de drenagem torácica	X	
17-Maletas de acesso venoso:		
A.Tala para fixação do braço	X	
B.Luvas estéreis	X	
C.Recipiente de algodão com anti-séptico	X	
D.Pacotes de gazes estéreis	X	
E.Esparadrapos	X	
F.Material para punção de vários tamanhos:		
1.Agulhas metálicas		X
2.Agulhas plásticas	X	
3.Agulhas punção óssea		X
G.Garrote	X	
H.Equipo de macrogotas	X	
I.Equipo de microgotas		X
J.Cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho adulto	X	
K.Cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho infantil	X	

L.Tesoura		X
M.Cortadores de soro	X	
N.Pincha de kocher		X
O.Lâminas de bisturi	X	
P.Seringas de vários tamanhos	X	
Q.Torneiras de 3 vias	X	
R.Equipo de infusão 3 vias		X
S.Frascos de soros:		
1.Soro fisiológico 0,9%	X	
2.Ringer lactado	X	
3.Soro glicosado a 5% e 10%	X	
18-Caixa completa de pequena cirurgia	X	
19-Maleta de parto:		
A.Luvas cirúrgicas		X
B.Clamps umbilicais		X
C.Estilete estéril para corte do cordão		X
D.Saco plástico para placenta		X
E.Cobertor		X
F.Compressas cirúrgicas e gazes estéreis		X
G.Braceletes de identificação		X
20-Sondas vesicais	X	
21-Coletores de urina	X	
22-Protetores para eviscerados	X	
23-Protetores para queimados	X	
24-Espátulas de madeira		X
25-Sondas nasogástricas	X	
26-Eletrodos descartáveis	X	
27-Equipo para drogas fotossensíveis		X
28-Equipo para bomba de infusão		X
29-Circuito de respirador estéril de reserva		X
30-Equipamento de proteção à equipe de salvamento:		
1.Óculos	X	
2.Máscaras	X	
3.Aventais		X
31-Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo	X	
32-Campo fenestrado		X
33-Almotolias com anti-séptico	X	
34-Conjunto de colares cervicais:		
1.Tamanho P		X
2.Tamanho M	X	
3.Tamanho G		X
35-Prancha longa para imobilização da coluna	X	
<b>Atendimento Neonato:</b>		
36-Deverá haver uma incubadora de transporte de recém-nascidos com bateria e ligação a tomada do veículo		X
37-A incubadora deve estar apoiada sob carros com rodas devidamente fixadas. Quando dentro da ambulância e conter respirador equipamentos para recém-natos		X

Quadro 3 - Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo E segundo MS na Portaria 2048/02 GM encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

No quadro 3 estão apresentados os dados de materiais e equipamentos obrigatórios que deviam estar presentes nas viaturas do tipo E, segundo a Portaria 2048/02 GM. Observa-se que existem itens padronizados pela Portaria que não foi padronizado pelo serviço (exemplo: cadeiras de rodas dobráveis, alimentador do respirador, ventiladores mecânicos de transporte, monitores cardioversor com marcapasso externo não invasivo, bomba de infusão com equípos, circuito de respirador estéril de reserva, incubadora de transporte de recém-nascidos) E itens padronizados pela Portaria Ministerial que foram padronizados pelo serviço, porém não estavam presentes no momento da visita. Estando ausente na viatura ora por falta de material no serviço, ora os equipamentos estavam quebrados na instituição sem outro para repor. Houve ausência dos itens como: lidocaína geléia, laringoscópio infantil com conjunto de lâminas, pinça de Magyl, material para cricotireodostomia, material para punção (metálica e de punção óssea), equipo microgotas, tesoura, maleta de parto, espátula de madeira, equipo para drogas fotossensíveis, aventais, campo fenestrado, colares cervicais de vários tamanhos, incubadora de transporte de recém-nascidos.

CARRO DE APOIO RAPIDO	Carro apoio rápido	
	Sim	Não
	n	n
1-Sinalizador óptico e acústico	X	
2-Equipamento de rádio comunicação, fixo e móvel	x	
3..Mascaras laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos	X	
4..Cateteres de aspiração	X	
5.Cateteres nasais	X	
7.Seringa de 20 ml	X	
8.Ressuscitador manual adulto/infantil com reservat.	X	
9.Sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos	X	
10.Luvas de procedimentos	X	
11.mascaras para o ressuscitados adulto	X	
12.Lidocaína geléia	X	
13.Lidocaína spray	X	
14.Cadarços para fixação de cânula	X	
15.Laringoscópio adulto com conjunto de lâminas	X	
16.Estetoscópio	X	
17.Esfigmonômetro adulto	X	
18.Cânulas orofaríngeas adulto	X	
19.Fios-guia para intubação	X	
20.Pinça de Magyl		
21.Bisturi descartável	X	
22.Bisturi descartável	X	
23..Cânula para traqueostomia	X	
24.Conjuntos de drenagem torácica	X	
25..Aguilhas plásticas	X	
26.Aguilhas punção óssea		X

27.Garrote	X	
28.Equipo de macrogotas	X	
29.Seringas de vários tamanhos	x	
30.Torneiras de 3 vias	x	
31.Equipo de infusão 3 vias		X
32.Frascos de soros:		
33.Soro fisiológico 0,9%	x	
34.Ringer lactado	x	
35.Soro glicosado a 5% e 10%	x	
36.Caixa completa de pequena cirurgia	x	
37. J.Cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho adulto	X	
38.Equipamento de proteção à equipe de salvamento:		
1.Óculos	X	
2.Máscaras	X	
39-Maleta de parto:	X	
40-Sondas vesicais	X	
41-Coletores de urina	X	

Quadro 4 - Verificação materiais e equipamentos do carro de apoio padronizado pelo SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;

No quadro 4 quanto ao carro de apoio verificou-se que existem itens padronizados pelo serviço não estavam presentes no momento da pesquisa. Estando ausente no carro de apoio por falta de material ou por equipamentos quebrados na instituição sem outro para repor. Exemplo: Material para Pinça de Magyl e Equipo de infusão 3 vias.

Tabela 5 - Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

Medicamentos padronizados pelo SAMU	Tipo B				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	N	%		
1-AAS 10 comprimidos	4	50,0	4	50,0	8	100,0
2-Captopril 25 mg 10 comprimidos	4	50,0	4	50,0	8	100,0
3-Isordil 5 mg 10 comprimidos	3	42,9	4	57,1	7	100,0
4-Água destilada 10 comprimidos	7	87,5	1	12,5	8	100,0
5-Aminofilina 3 ampolas	4	57,1	3	42,9	7	100,0
6-Bicarbonato 3 ampolas	6	75,0	2	25,0	8	100,0
7-Hiocina 3 ampolas	5	62,5	3	37,5	8	100,0
8- Ampicilil 2 ampolas	5	71,4	2	28,6	7	100,0
9-Fenotoina 2 ampolas	3	42,9	4	57,1	7	100,0
10-Diazepan 3 ampolas	5	62,5	3	37,5	8	100,0
11-Prometazina 2 ampolas	4	50,0	4	50,0	8	100,0
12-Dipirona 5 ampolas	3	37,5	5	62,5	8	100,0
13-Furosemida 5 ampolas	6	75,0	2	25,0	8	100,0
14-Glicose a 50% 10 ampolas	8	100,0	-	-	8	100,0
15-Hidrocortizona 3 ampolas	5	62,5	3	37,5	8	100,0

Na tabela 5 observa-se que os medicamentos padronizados pelo SAMU/Recife, estão presentes nas 08 viaturas de suporte básico de vida avaliadas.

Existindo uma variação no número de drogas encontradas nas viaturas. A cota estabelecida pelo serviço, varia de ambulância para ambulância.

**Tabela 6 - Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo MS na Portaria 2048/02 e pela padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.**

Medicamentos obrigatórios nas ambulâncias unidades	Tipo D				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	N	%		
1.Lidocaína sem vasoconstrictor 00	2	66,7	1	33,3	3	100,0
2.Epinefrina 15	3	100,0	-	-	3	100,0
3.Atropina 10	3	100,0	-	-	3	100,0
4.Dopamina 03	3	100,0	-	-	3	100,0
5.Aminofilina 02	3	100,0	-	-	3	100,0
6.Dobutamina 03	3	100,0	-	-	3	100,0
7.Hidrocortizona 03	3	100,0	-	-	3	100,0
8.Glicose a 50% 10	3	100,0	-	-	3	100,0
9.Psicotrópicos: Hidantoína	1	33,3	2	66,7	3	100,0
10.Psicotrópicos: Meperidina	1	33,3	2	66,7	3	100,0
11.Analgesia: Fentanil 00	2	66,7	1	33,3	3	100,0
12.Analgesia: Ketalar 00	1	33,3	2	66,7	3	100,0
13.Analgesia: Quecilin 00	1	33,3	2	66,7	3	100,0
14.Água destilada 10	2	66,7	1	33,3	3	100,0
15.Dipirona comprimido 00	3	100,0	-	-	3	100,0
16.Soro fisiológico 0,9% 10	3	100,0	-	-	3	100,0
17.Soro glicosado 5% 10	3	100,0	-	-	3	100,0
18.Metroclorpramida 03	2	66,7	1	33,3	3	100,0
19.Hiocina 00	3	100,0	-	-	3	100,0
20.Dinitrato de isossorbitol 5mg 06	2	66,7	1	33,3	3	100,0
21.Furosemida 03	3	100,0	-	-	3	100,0
22.Amiodarona 03	3	100,0	-	-	3	100,0
23.Lanosídeo C 03	3	100,0	-	-	3	100,0
24.Glucanato de cálcio 03	3	100,0	-	-	3	100,0
25.Fenergam 03	2	66,7	1	33,3	3	100,0
26.Cetoprofeno 00	2	66,7	1	33,3	3	100,0
27.Diazepan ampola 05	3	100,0	-	-	3	100,0
28.Ramitidina ampola 00	2	66,7	1	33,3	3	100,0
29.Bicarbonato de sódio 02	3	100,0	-	-	3	100,0
30.fenitoína 01	1	33,3	2	66,7	3	100,0
31.Dipirona ampola 02	1	33,3	2	66,7	3	100,0
32.Succinil Colin 01	2	66,7	1	33,3	3	100,0
33.Dexametazona 03	1	33,3	2	66,7	3	100,0
34.Sulfato de salbutamol 01	1	33,3	2	66,7	3	100,0
35.AAS comprimido 06	2	66,7	1	33,3	3	100,0
36.Captopril 25 mg 06	2	66,7	1	33,3	3	100,0
37.Haldol 02	1	33,3	2	66,7	3	100,0
38.Monito 02	1	33,3	2	66,7	3	100,0
39.Dormonid ampola 02	1	33,3	2	66,7	3	100,0
40.amplitil ampola 02	1	33,3	2	66,7	3	100,0
41.Isordil 5 mg comprimido 10	1	33,3	2	66,7	3	100,0
42.Heparina Frasco ampola 00	-	-	3	100,0	3	100,0
43.Vitamina K ampola 03	-	-	3	100,0	3	100,0
44.Hiocina ampola 03	-	-	3	100,0	3	100,0

45.Paracetamol comprimido 00	-	-	3	100,0	3	100,0
46.Atrovent 01	-	-	3	100,0	3	100,0
47.Berotec 01	-	-	3	100,0	3	100,0

Na tabela 6 observa-se que os medicamentos padronizados pelo SAMU/Recife estão presentes nas 03 viaturas de suporte avançado de vida. Existindo uma variação no número de drogas encontradas nas viaturas. A cota estabelecida pelo serviço, não é seguida, ora encontramos medicações não fazem parte da cota e encontra-se presentes ou ocorre variação em relação a quantidade nas viaturas.

Suporte avançado	Tipo E	
	Sim	Não
22.Amidarona	X	
23.Lanosídeo C	X	
24.Glucanato de cálcio	X	
25.Fenergan	X	
26.Cetoprofeno		X
27.Diazepan	X	
28.Ramitidina	X	
29.Bicarbonato de sódio	X	
30.Ipraneo		X
31.Fenoterol		X
32.Succinil Colin		X
33.Dexametazona	X	
34.Sulfato de salbutamol		X
35.AAS	X	
36.Captopril	X	
37.Haldol		X
38.Monitol		X
39.Dormaned		X
40.Clorprazina		X
41.Isordil		X
42.Heparena	X	
43.Vitamina K	X	
44.Profenid	X	
45.Paracetamol	X	
46.Adravent	X	
47.Berotec	X	

Quadro 5 - Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo E segundo MS na Portaria 2048/02 e pela padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;

No quadro 5 observa-se que os medicamentos padronizados pelo SAMU/Recife, estão presentes na ambulância tipo E (helicóptero). Existindo uma variação no número de drogas encontradas na viatura em relação a cota estabelecida pela Portaria e pelo serviço.

**Tabela 7 - Verificação dos medicamentos obrigatórios no carro de apoio rápido segundo a padronização do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

Medicamentos no carro de apoio rápido	Apoio rápido				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
					1	
1.Lidocaína sem vasoconstrictor 03	03	100,0			1	100,0
2.Epinefrina 15	15	100,0			1	100,0
3.Atropina 10	00	100,0			1	100,0
4.Dopamina 05	05	100,0			1	100,0
5.Aminofilina 03	03	100,0			1	100,0
6.Dobutamina 02	02	100,0			1	100,0
7.Hidrocortizona 03	04	100,0			1	100,0
8.Glicose a 50% 10	10	100,0			1	100,0
9.diazepam 03	02	100,0			1	100,0
10.haloperidol 02	02	100,0			1	100,0
11. fenitoína 02	01	100,0			1	100,0
12. ampicilil 02	-	100,0			1	100,0
13. midazolam (dormonid) 02	02	100,0			1	100,0
14.Água destilada 10	09	100,0			1	100,0
15.Dipirona 05	05	100,0			1	100,0
16.Soro fisiológico 0,9% 05	07	100,0			1	100,0
17.Soro glicosado 5% 03	14	100,0			1	100,0
18.Metroclorpramida 05	05	100,0			1	100,0
19.Hiocina 03	03	100,0			1	100,0
20.Dinitrato de isossorbitol 10	10	100,0			1	100,0
21.Furosemida 05	06	100,0			1	100,0
22.Amiodarona 03	03	100,0			1	100,0
23.Lanosídeo C 03	03	100,0			1	100,0
24.Glucanato de cálcio 03	03	100,0			1	100,0
25.Fenergam 03	03	100,0			1	100,0
26.Cetoprofeno 03	03	100,0			1	100,0
27.Diazepan 03	03	100,0			1	100,0
28.Ramitidina 03	03	100,0			1	100,0
29.Bicarbonato de sódio 03	04	100,0			1	100,0
30.Ipraneo 01	-	100,0			1	100,0
31.Fenoterol 01	-	100,0			1	100,0
32.Succinil Colin 02	01	100,0			1	100,0
33.Dexametazona 03	03	100,0			1	100,0
34.Sulfato de salbutamol 00	-	100,0			1	100,0
35.AAS 10	06	100,0			1	100,0
36.Captopril 10	08	100,0			1	100,0
37.Haldol 02	02	100,0			1	100,0
38.Monitol 02	02	100,0			1	100,0
39.petamidina 02	02	100,0			1	100,0
40. naloxana 02	02	100,0			1	100,0

Na tabela 7 observa-se que os medicamentos padronizados pelo SAMU/Recife, estão presentes no carro de apoio. Apresentando variação no número de drogas encontradas com uma cota estabelecida para o serviço.

Variável	Sim/Não	Escala <sup>(1)</sup>	Contrato <sup>(2)</sup>	Tempo do contrato	
				< 2 anos	> 2 anos
<b>• Profissionais não oriundos da saúde</b>					
- Telefonista	S	D	1	X	
- Rádio operador	S	D	1	X	
- Condutor de veículo de urgência	S	D	2B		X
- Condutor de veículo aéreo de Urgência	S	D	2B		X
- Responsáveis pela segurança (PMs, rodoviários)	N		2B		X
- Bombeiros/socorristas	N		-		-
<b>• Profissionais oriundos da saúde</b>					
- Coordenador médico	S	D	2A	X	
- Coordenador de enfermagem	S	D	2A	X	
- Médicos reguladores	S	P	2B	X	
- Médicos intensivistas	S	P	2B	X	
- Enfermeiros	S	P	2A		X
- Auxiliar ou técnico de	S	P	2A		X

Enfermagem		
------------	--	--

Quadro 6 – Verificação das categorias profissionais existentes no SAMU/Recife (Recursos Humanos) e escala de serviço, tipo e tempo do contrato de trabalho, no período de outubro 2006 a janeiro de 2007.

(1) – Escala: D = Diarista; P = Plantonista.

(2) – 1 = Contrato determinado (CLT); 2 = 2A – Contrato indeterminado (Estatuário) do quadro funcional e 2B – Contrato indeterminado (Estatuário) do quadro não funcional.

Quanto as categorias profissionais existentes no SAMU/Recife observa-se que no serviço atende as exigências da Portaria em relação as categorias profissionais existentes no serviço quanto aos profissionais oriundos e não oriundos da saúde. Porém, chama-se atenção o tipo de vínculo empregatício de alguns profissionais. Exemplo: médicos, telefonistas, radio - operadores e motoristas. Possui contrato determinado ou são serviços terceirizados. A maior parte dos profissionais possui tem de 2 anos trabalhando no Serviço de Atendimento Médico de Urgências.

Variável	Sim	Não
<b>• Tipo B</b>		
- Motorista	X	
- Técnico/Auxiliar de enfermagem	X	
<b>• Tipo D</b>		
- Motorista	X	
- Médico	X	
- Enfermeiro	X	
<b>• Tipo E</b>		
- Piloto	X	
- Médico		X
- Enfermeiro		X
- Técnico de enfermagem	X	

Quadro 7 – Verificação da tripulação nas ambulâncias do SAMU/Recife preconizada pelo MS pela Portaria 2048/02 no período de outubro 2006 a janeiro de 2007.

O quadro 7 refere-se à tripulação presente nas ambulâncias do tipo B, C, E. Estava presentes nas viaturas os profissionais exigidos pela Portaria, exceto na ambulância tipo E ( helicóptero) estava ausentes os profissionais Médico e o Enfermeiro.

Variável	Sim	Não
<b>• Organização dos serviços</b>		
<b>Protocolo</b>		
- existe protocolo de procedimentos para todos os profissionais que atuam		

- Os protocolos de procedimentos possuem cronograma de atualização dos		
<b>Referência e contra-referência às urgências e emergências</b>		
- Existem grades de referência e contra-referência detalhada, levando em		
- Essa Grades de referência e contra-referência mostram a cada instante, a		
- Existe na regulação médica mapa do município de Recife, descrevendo a		
Existe na regulação médica mapa do município de Recife e da região de		
Existe agenda de eventos de riscos para cobertura de atividades		
Existe na central de regulação planilhas com as vagas/censos diários dos		
Possui manual de normas e rotinas de serviço		X
Existe plano para manejo de situações complexas, envolvendo muitas		

Quadro 8 - Verificação da organização do serviço quanto existência e de protocolos e as grades de referência e contra-referência de atendimento do SAMU/Recife o período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.

No quadro 8 observa-se a ausência de protocolos e quanto a grades de Referência e Contra-referência das Urgências e Emergências não são detalhadas e atualizadas. Em relação aos mapas quanto ao serviço de saúde, área de cobertura e vias de acesso não estão disponíveis para os profissionais na central de Regulação Médica de Urgências. A agenda de eventos de riscos para cobertura de atividades esportivas, sociais e culturais não estavam sendo cumpridas integralmente no momento da pesquisa pela escassez de viaturas. As planilhas com vagas/Censos diários dos leitos, consultas ambulatoriais especializados e serviços auxiliares de diagnóstico não são disponibilizados para os profissionais que atuam na Central de regulação Médica de Urgências. O serviço não possui manual de normas e Rotinas do serviço, nem plano de desastre.

#### 4.2.3 Componente educação permanente

<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Promover programas de formação e educação continuada na forma de		
Capacitar os recursos humanos da atenção pré-hospitalar – unidades		
Realizar cursos de certificação para os profissionais que irão atuar no		
Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que		
Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em		

Quadro 9 - Verificação dos objetivos operacionais e das atividades do Núcleo de Educação em Urgência segundo orientação do MS na Portaria 2048/02;

O quadro 9 revela quanto a verificação das atividades do Núcleo de Educação em Urgência as atividades do Núcleo de Educação em Urgência verifica -

se a não realização das atividades de: programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço conforme preconização da Portaria.

Variável	Carga horária	Sim	Não	Alguns
• <b>Cursos de certificação</b>				
- Curso para condutores de veículos de urgência tipo B, C e D com grades de temas e conteúdos	200hs			X
- Curso para condutores de veículos de urgência tipo A com grades de temas e conteúdos	64hs			X
- Curso de telefonista, auxiliares de regulação e rádio-operadores com grades de temas e conteúdos com grades de temas e conteúdos	56hs		X	
- Curso de auxiliares e técnicos de enfermagem com grades de temas e conteúdos	154hs			X
- Curso de enfermeiro com grades de temas e conteúdos	130hs		X	
- Curso de médicos com grades de temas e conteúdos	120hs		X	

Quadro 10 - Verificação das grades de temas, conteúdos e carga horária dos cursos de certificação para atuar na área de APH Móvel segundo orientação do MS na Portaria 2048/02;

No quadro 10 quanto à verificação da estrutura dos cursos de certificação em relação as grades de temas, conteúdos e carga horária realizado pelo NEU ou por outras instituições ou pelo serviço de educação continuada do SAMU/Recife. Observa-se que houve cursos de certificação para algumas categorias profissionais tais como Motoristas, Técnico de Enfermagem realizaram o curso antes de atuar no atendimento pré-hospitalar com carga horária compatível com a legislação anterior.

#### 4.3 Avaliar o processo de trabalho do serviço (Terceiro objetivo):

##### 4.3.1 Componente gestão de informação

Variável	Sim	Não	As vezes
<b>Processo</b>			
- Existem monitoramento e acompanhamento do atendimento realizado pelo SAMU/Recife até o encerramento do caso realizado pela central de regulação de urgência	X		
- Existe comunicação do SAMU/Recife com os serviços de segurança e salvamento (Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito) e com a rede assistencial de saúde para realizar os atendimentos. E também, quanto a cobertura de eventos			X
- Possui fichas de atendimento dos pacientes preenchidas corretamente		X	
- Cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados pelo SAMU/Recife e encaminha aos órgãos competentes;	X		
- Promove articulação e discussão dos indicadores de saúde produzidos pelo SAMU/Recife com outras instituições para o enfrentamento dos problemas na área de urgências e emergências.			X

**Quadro 11 - Verificação do sistema de comunicação e informação durante o processo de atendimento do SAMU/Recife No período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

No quadro 11 observa-se que existe existem monitoramento e acompanhamento do atendimento realizado pelo SAMU/Recife até o encerramento do caso realizado pela Central de Regulação Médica de Urgência. O serviço cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados pelo SAMU/Recife e encaminha aos órgãos competentes. Às vezes existe comunicação do S AMU/Recife com os serviços de segurança e salvamento (Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito) e com a rede de assistencial de saúde nos atendimentos realizados. Quanto aos eventos, as vezes atendeu a demanda devido escassez de viaturas no período da pesquisa. Não promove articulação e discussão dos indicadores de saúde produzidos pelo SAMU/Recife com outras instituições para o enfrentamento dos problemas na área de urgências e emergências.

#### 4.3.2 Componente assistência a saúde

Tipo de ambulância	Número existente*	Número recomendado pelo MS	Média do intervalo recomendado	Total
SBV	7	100.000 a 150.000 hab	125.000	875.000
SAV	3	400.000 a 450.000	425.000	1.275.000
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>			<b>2.150.000</b>

Quadro 12 – Verificação do número de viaturas no serviço disponível em relação ao número de atendimento e a área de cobertura no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007

(\*) – Número de ambulância observado no pátio na maioria dos dias avaliados.

O quadro 12 correlaciona o número de viaturas disponível no serviço no período da pesquisa com a cobertura proporcional conforme Portaria. Observa-se que 07 viaturas de SBV cobriria 875.000 habitantes e 03 SAV cobriria 1.275.000 habitantes. Tendo o número de viaturas naquele período capacidade instalada de atender 2.150.000 habitantes.

O índice obtido foi:  $2.150.000/1.422.905 = 1,51$ . Como os índices foram considerados no intervalo 0 a 1, o mesmo foi considerado igual a 1.0000.

Tabela 8 – Verificação do número e percentual de atendimentos segundo a origem e motivo das chamadas registrados na central de Regulação Médica de Urgência do SAMU/Recife

Atendimento	Mês								Total do período		
	10/2006		11/2006		12/2006		01/2007		n	%	Média
n	%	n	%	n	%	n	%				
Domiciliar	576	39,2	565	40,3	612	38,9	642	41,0	2395	39,9	598,8
Via pública	604	41,1	553	39,5	614	39,0	574	36,7	2345	39,0	586,3
Eventos	-	-	4	0,3	64	4,1	1	0,1	69	1,1	17,3
Obstétrico	29	2,0	19	1,4	24	1,5	29	1,9	101	1,7	25,3
Remoções entre Unidades	154	10,5	159	11,3	162	10,3	215	13,7	690	11,5	172,5
Óbitos antes atendimento	18	1,2	11	0,8	19	1,2	14	0,9	62	1	15,5
Canceladas/trotes	89	6,1	90	6,4	78	5,0	90	5,8	347	5,8	86,8
<b>TOTAL</b>	<b>1470</b>	<b>100,0</b>	<b>1401</b>	<b>100,0</b>	<b>1573</b>	<b>100,0</b>	<b>1565</b>	<b>100,0</b>	<b>600,9</b>	<b>100</b>	<b>1502,3</b>

Fonte: serviço de informação do SAMU/Recife

Na tabela 8 analisa-se o número e percentual do tipo atendimentos registrados na central de Regulação Médica de Urgência do SAMU/Recife segundo a origem

e o motivo no período de outubro de 2006 a 01/2007. Desta tabela destaca -se que o maior número de atendimentos foi domiciliar, seguindo de via pública e remoções.

**Tabela 9 – Verificação do número e percentual de atendimentos registrados na central de Regulação Médica de Urgências segundo a origem e o motivo por distrito**

Distrito	Mês								Total do período		
	10/2006		11/2006		12/2006		01/2007		n	%	Média
	n	%	n	%	n	%	N	%			
DS I	236	16,1	207	14,8	250	15,9	218	13,9	911	15,2	227,8
DS II	225	15,3	220	15,7	242	15,4	234	15,0	921	15,3	230,3
DS III	304	20,7	296	21,1	351	22,3	322	20,6	1273	21,2	318,3
DS IV	203	13,8	171	12,2	216	13,7	209	13,4	799	13,3	199,8
DS V	190	12,9	223	15,9	216	13,7	221	14,1	850	14,1	212,5
DS VI	296	20,1	269	19,2	286	18,2	344	22,0	1195	19,9	298,8
Ignorado	16	1,1	15	1,1	12	0,8	17	1,1	60	1,0	15,0
<b>TOTAL</b>	<b>1470</b>	<b>100,0</b>	<b>1401</b>	<b>100,0</b>	<b>1573</b>	<b>100,0</b>	<b>1565</b>	<b>100,0</b>	<b>6009</b>	<b>100</b>	<b>1502,3</b>

Fonte: serviço de informação do SAMU/Recife

Na tabela 9 analisa-se o número de chamados ou de atividades realizadas pelo SAMU Recife por distrito e no grupo total por mês no período de outubro de 2006 a 01/2007. Desta tabela destaca-se que: no período analisado e em cada mês as maiores freqüências percentuais de atividades realizadas ocorreram nos distritos III e VI, distritos estes que apresentaram as maiores médias do número de casos. Em relação ao mês, as maiores freqüências de atendimentos ocorreram nos meses 12/2006 e 02/2007.

#### 4.3.3 Componente educação permanente

Variável	Sim	Não
• Ações realizadas		
- Congresso, Fóruns, Jornadas ou encontros integrando os profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar discutindo os problemas da rede de saúde		X

- Simulação de acidentes com múltiplas vítimas ou situações de catástrofe envolvendo profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar, escolas de ensino superior e nível técnico, militares, policiais, bombeiros, setores que prestam socorro à população de caráter público, de abrangência municipal, regional ou estadual.		X
Análise das áreas de risco e discussão em espaços interinstitucionais com intervenção positiva na incidência de agravos à saúde buscando desenvolver uma política intersetorial.		X

Quadro 13 – Verificação das ações realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgências ou do serviço de Educação Continuada do SAMU/RECIFE durante o Ano de 2006.

Observa-se no quadro 13 a inexistência de Congresso, Fóruns, Jornadas ou encontros integrando os profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar discutindo os problemas da rede de saúde, não existe a programação de simulação de acidentes com múltiplas vítimas ou situações de catástrofe envolvendo profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar, escolas de ensino superior e nível técnico (médio), Militares, Policiais, Bombeiros, setores que prestam socorro à população de caráter público, de abrangência municipal, regional ou estadual, não realiza articula e discute em espaços interinstitucionais com intervenção positiva na incidência de agravos à saúde buscando desenvolver uma política intersetorial.

• Cursos de re-certificação				
- Curso para condutores de veículos de urgência tipo B, C e D com grades de temas e conteúdos	200hs			X
- Curso para condutores de veículos de urgência tipo A com grades de temas e conteúdos	64hs			X
- Curso de telefonista, auxiliares de regulação e rádios-operadores com grades de temas e conteúdos	56hs			X
- Curso de auxiliares e técnicos de enfermagem com grades de temas e conteúdos	154hs			X
- Curso de enfermeiro com grades de temas e conteúdos	130hs			X
- Curso de médicos com grades de temas e conteúdos	120hs			X

Quadro 14 - Verificação da estrutura dos cursos de re-certificação quanto as grades de temas, conteúdos e carga horária realizado pelo NEU ou pelo serviço de Educação Continuada do SAMU/Recife ou em parceria com outras instituições conforme orientação da portaria ministerial 2048/02.

No quadro 14 observa-se que não houve curso de re-certificação para condutores de veículos de urgência condutores de veículos de urgência tipo B, C e D, bem como de auxiliares de regulação rádios -operadores Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médicos.

#### 4.3.4 Análise das entrevistas com os profissionais do SAMU/Recife

**Tabela 10 – Relação dos profissionais que participaram da pesquisa**

<b>Profissionais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	8	19,5
Técnico de enfermagem	8	19,5
Médico	6	14,6
Telefonista	5	12,2
Motorista	5	12,2
Rádio operador	3	7,3
Coordenador médico	1	2,4
Coordenador de enfermagem	1	2,4
Gerente do NEU	1	2,4
Piloto da aeronave	1	2,4
Técnico de enfermagem da aeronave	1	2,4
Gerente do setor de transporte	1	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Os resultados contidos na Tabela 10. são os resultados da pesquisa realizada com 41 profissionais que atuam no SAMU/Recife. Do total de profissionais pesquisados verifica-se que as maiores freqüências corresponderam aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, com 8 profissionais de cada categoria, seguida de 6 médicos, 5 telefonistas, 5 motoristas e três rádios operadores. As demais categorias apresentadas na tabela tiveram freqüências de um profissional cada.

4.4 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (Segundo objetivo):

#### 4.4.1 Componente gestão de informação

**Tabela 11 – Avaliação da média de chamadas pelo número 192 em 12 horas e a média de atendimentos externos realizados pelo SAMU/Recife nas 12 horas.**

Variável	n	%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproximadamente qual é a média de chamados nas 12 horas?</li> <li>• E quantos atendimentos externos são realizados por plantão de 12 horas?</li> </ul>		
A média de chamada nas 12 horas é 80 a 100 chamadas para cada SAMU /Recife, para SAMU Metropolitano Norte e para SAMU Metropolitano Sul	3	7,3
A média de chamada nas 12 horas é 120 a 150 chamadas para cada SAMU /Recife, para SAMU Metropolitano Norte e para SAMU Metropolitano Sul	4	9,8
A media de chamada nas 12 horas é 150 a 200 chamadas pa ra cada SAMU /Recife, para SAMU Metropolitano Norte e para SAMU Metropolitano Sul. É importante lembrar dos trotes que o numero de trotes é alto	7	17,1
Atendimentos externos por viaturas 5 a 7 saídas SBV e 3 a 4 SAV	7	17,1
Atendimentos externos por viatu ras 6 a 9 saídas SBV e 3 a 4 SAV	11	26,8
Atendimentos externos por viaturas 8 A 10	3	7,3
Acho que o total de atendimento externo realizado pelo SAMU/Recife é 50 a 70 incluído as saídas do suporte básico e avançado de vida	11	26,8
Não sei informar o numero de atendimentos externos	3	7,3
Não sabe informar	28	68,3
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

(1) Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra -se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

A tabela 11 descreve quanto à média de chamados pelo número 192 na central SAMU em 12 horas os funcionários do SAMU responderam: 17,1 responderam ser em media 150 a 250 chamadas para cada SAMU Metropolitano

Norte, SAMU Metropolitano Sul e SAMU/Recife, 9,8% responderam ser em média 120 a 150 chamadas para cada SAMU Metropolitano Norte, SAMU Metropolitano Sul e SAMU/Recife, 7,3 % responderam ser em média 80 a 100 chamadas para cada SAMU Metropolitano Norte, SAMU Metropolitano Sul e SAMU/Recife, e quanto aos atendimentos externos : “Atendimentos e xternos por viaturas 6 a 9 saídas SBV e 3 a 4 SAV” (26,8%) e “Acho que o total de atendimento externo realizado pelo SAMU/Recife é 50 a 70 incluído as saídas do suporte básico e avançado de vida” (26,8%) conforme resultados apresentados na Tabela 9.

#### 4.4.2 Componente assistência a saúde

**Tabela 12 – Avaliação das questões 2, 3, 4 e 5 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais do SAMU.**

<b>• Frota de Veículos</b>		
<b>• Quais os tipos de ambulâncias ou veículos utilizados pelo SAMU?</b>	38	92,7
Ambulância de Suporte Básico de Vida	38	92,7
Ambulância de Suporte Avançado de Vida	11	26,8
Helicópteros da policia rodoviária federal p/ atendimento em rodovias de p/ resgate e transporte de vitimas graves	11	26,8
Lembrou dos helicópteros da policia rodoviária federal p/ atendimento em rodovias de PE p/ resgate e transporte de vitimas graves pela pesquisadora	37	90,2
Carro de apoio		
<b>TRIPULAÇÃO</b>		
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>• Quanto à tripulação (número e tipo profissionais que devem ter mais viaturas) você acha que o serviço cumpre rigorosamente a legislação?</b>		

Acho que o número de profissionais que saem nas viaturas, NÃO atende a legislação, porém na viatura de suporte básico de vida deveria sair com 2 técnicos de enfermagem e o condutor. Pois nas viaturas de suporte avançado de vida tem 5 pessoas para atender a vitima ( 01 condutor e 01 técnico de enfermagem da viatura de SAV e 01 médico e 01 enfermeiro que saem no carro de apoio)	19	46,3
Acho que o número de profissionais que saem nas viaturas, SIM atende a legislação, porém na viatura de suporte básico de vida deveria sair com 2 técnicos de enfermagem e o condutor. Pois nas viaturas de suporte avançado de vida tem 5 pessoas para atender a vitima ( 01 condutor e 01 técnico de enfermagem da viatura de SAV e 01 médico e 01 enfermeiro que saem no carro de apoio)	12	29,3
Não sei informar	1	2,4
Acho que não cumpre a legislação no Suporte básico de vida. Pois, saído apenas 01 técnico de Enfermagem e 01 motoristas termina sobrecarregando o motorista	2	4,9
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>• Qual o tipo de contrato empregatício entre você com o SAMU/metropolitano?</b>		
Estatutário Municipal	24	58,5
Estatutário Estadual	1	2,4
CLT – contrato determinado	8	19,5
CLT – firma terceirizada	7	17,1
Funcionário da policia Rodoviária federal	1	2,4
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Quanto tempo de atuação?</b>		
Com menos de 1 ano	9	22,0
1 a 4 anos	13	31,7
5 a 8 anos ouve treinamento para outras áreas	4	9,8
9 a 12 anos	14	34,1

Desde da inauguração do SOS/Recife	1	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>• Na sua área de atuação, você acha o quantitativo de pessoal suficiente?</b>		
Acho que o quantitativo de pessoal é suficiente	7	17,1
Acho que o quantitativo de pessoal não é suficiente	26	63,4
Acho que o quantitativo de pessoal é suficiente na minha área	4	9,8
Acho que o quantitativo de pessoal não é suficiente na minha área	3	7,3
Não sabe informar	1	2,4
Acho que os novatos receberam qualificação mínima para iniciar as atividades	25	61,0
Acho que os novatos não receberam qualificação mínima para iniciar as atividades	1	2,4
Não sabe informar se eles tiveram treinamento mínimo	12	29,3
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

(1) - Considerando que um pesquisado poderia citar mais de uma resposta registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Da Tabela 12 destaca-se que: em relação à questão: Saberá dizer quantas viaturas e as três mais citadas foram: Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulância de Suporte Avançado de Vida e Carro de Apoio citados por 38, 38 e 37 pesquisados respectivamente e os quantitativos do número de ambulâncias mais citados foram: 02 ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (citado por 41,5% da amostra); 07 ambulâncias de Suporte Básico de Vida (citado por 29,3% pesquisados), 12 ambulâncias de Suporte Básico de Vida (21,9%) e o número que trabalhamos é variável pois depende por dia (19,5%).

Em relação à pergunta: “Quanto à tripulação (número e tipo profissionais que devem ter mais viaturas) você acha que o serviço cumpre rigorosamente a legislação? “ as respostas mais freqüentes foram: “Acho que o número de

profissionais que saem nas viaturas, não atende a legislação, porém na viatura de suporte básico de vida deveria sair com 2 técnicos de enfermagem e o condutor. Pois nas viaturas de suporte avançado de vida tem 5 pessoas para atender a vitima ( 01 condutor e 01 técnico de enfermagem da viatura de SAV e 01 médico e 01 enfermeiro que saem no carro de apoio)” (46,3%), “Acho que o número de profissionais que saem nas viaturas, SIM atende a legislação, porém na viatura de suporte básico de vida deveria sair com 2 técnicos de enfermagem e o condutor. Pois nas viaturas de suporte avançado de vida tem 5 pessoas para atender a vitima (01 condutor e 01 técnico de enfermagem da viatura de SAV e 01 médico e 01 enfermeiro que saem no carro de apoio)” (29,3%) e Acho que o número de profissionais que saem nas viaturas, não atende a legislação (21,9%).

Quanto aos RH e o tipo de contrato empregatício dos entrevistados os mais freqüente que tinha com o SAMU/metropolitano era o estatutário municipal (58,5%), seguido dos que tinham CLT com contrato determinado (19,5%) e CLT com firma terceirizada (17,1%). Os tempos de atuação as mais freqüentes foram 9 a 12 anos (34,1%), 1 a 4 anos (31,7%) e menos de um ano (22,0%). A maioria (73,2%) afirmou ter mais de 2 anos exercendo atividades no SAMU, mas não fez o curso de re-certificação, 29,3% não tinham mais de dois anos exercendo atividades no SAMU e apenas um pesquisado com mais de dois anos tinha o curso de re-certificação.

Questionados se acha o quantitativo de pessoal suficiente na sua área de atuação as duas respostas mais citadas foram: Acho que o quantitativo de pessoal não é suficiente (63,4%), Acho que os novatos receberam qualificação mínima para iniciar as atividades (61,0%) e 29,3% não sabiam informar se tinham treinamento mínimo.

**Tabela 13 – Avaliação das questões 6 e 7 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.**

• ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO		
Variável	N	%
Você conhece a grade de referência e contra-referência de urgência.		

Conheço a grade de referência e contra referência porque trabalho em outros locais e desconheço existência de protocolos no serviço	5	12,2
Conheço a grade de referência e contra referência aprendi no dia -a-dia no serviço desconheço a existência de protocolos no serviço	27	65,8
Nunca procurei saber porque é responsabilidade do médico	4	9,8
Fui informado da grade de referência e contra referência no treinamento	1	2,4
	4	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Na sua percepção o acesso ao APH, na cidade do Recife, com dois números distintos 192 e 193 causa confusão à população na hora de acionar? E causa transtorno na organização da rede de saúde?</b>		
Causa confusão na cabeça da população na hora de acionar	19	46,3
Não causa confusão na cabeça da população na hora de acionar	7	17,1
até bom ter disponível dois serviços para acionar	10	24,4
Deveria ter um único número para os dois serviços para evitar saída dupla	2	4,9
Causa transtorno a organização do serviço	33	80,5
Não causa transtorno a organização do serviço	1	2,4
Causa confusão, mas com o serviço do CIODS interligado com o SAMU melhorou muito	17	41,5
Não causa confusão. Pois um serviço ajuda o outro	3	7,3
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>		
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	

(2) Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra -se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

A maioria (65,8%) afirmou que conhece a grade de referência e contra referência, mas que aprendeu no dia-a-dia no serviço, entretanto todos desconhecem o protocolo no serviço.

Na sua percepção o acesso ao APH, na cidade do Recife, com dois números distintos 192 e 193 causa confusão à população na hora de acionar? E causa transtorno na organização da rede de saúde?” as respostas mais frequentes foram: “Causa transtorno a organização do serviço”, referida por 80,5% da amostra, “Causa confusão na cabeça da população na hora de acionar” (46,3%), “Causa confusão, mas com o serviço do CIODS interligado com o SAMU melhorou muito” (41,5%), “Não causa confusão na cabeça da população na hora de acionar. A

população acha até bom ter disponível dois serviços para acionar” (24,4%) e “Não causa confusão na cabeça da população na hora de acionar”, (17,1%).

#### 4.4.3. Componente educação permanente

**Tabela 14 – Avaliação das questões 8 e 9 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais do SAMU.**

• No início das suas atividades no SAMU você recebeu a certificação para trabalhar no Núcleo de Educação Permanente? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação?		
- Não	9	21,9
- Não fiz curso para iniciar minhas atividades. Era telefonista e, há 5 meses criaram o operador de frota. Aproveitaram do quadro já que conhecíamos como a central funciona	3	7,3
- Sim	1	2,4
- Recebi treinamentos isolados de 30 a 40 horas promovidas pelo NEU antes de iniciar minhas atividades no APH móvel	9	21,9
- Recebi treinamentos isolados de 30 a 40 horas promovidas pelo corpo de bombeiros	6	14,6
- Recebi treinamentos isolados de 30 a 40 horas promovidas por outras instituições	1	2,4
- Recebi treinamentos conforme legislação vigente na época realizado pela UPE	10	24,4
- Aprendi observando o trabalho de uma funcionaria	5	12,2
- Recebi o curso de operador de frota	3	7,3
<b>BASE <sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

• Escolas de nível médio ou superior utilizam o SAMU com campo de prática?		
- Sim, sempre vejo alunos por aqui	32	78,0
- Não	1	2,4
- Não sei informar	1	2,4
- Acho importante que os alunos saibam como funciona o APH móvel	1	2,4
- Acho importante, que os alunos saibam como funciona o APH móvel, no nosso serviço os alunos de medicina ficam muito soltos já que ficam sem preceptores	6	14,6
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

(3) Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra -se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

As três respostas mais frequentes para a questão: “No início das suas atividades no SAMU você recebeu a certificação para trabalhar pelo Núcleo de Educação Permanente? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação?”, foram: “Recebi treinamentos conforme legislação vigente na época realizado pela UPE” citada por 10 (24,4%) pesquisados, “Recebi treinamentos isolados de 30 a 40 horas promovidas pelo NEU antes de iniciar minhas atividades no APH móvel” (21,9%) e os que responderam “Não” (21,9%).

Questionados se escolas de nível médio ou superior utilizam o SAMU com campo de prática, a maioria (78,0%) respondeu afirmativamente e 14,6% responderam “Que acha importante que os alunos saibam como funciona o APH móvel, mas no nosso serviço os alunos de medicina ficam muito soltos já que ficam sem preceptores (Tabela 14).

4.5 Avaliar o processo de trabalho do serviço (Terceiro objetivo):

4.5.1. Componente gestão de informação

**Tabela 15 – Avaliação das questões 10 e 11 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.**

Variável	n	%
<b>• Existe Comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com outros serviços Como?</b>		
- Existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com outros serviços	2	4,9
- Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com outros serviços através do NEP	22	53,7
- Existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com outros serviços através da central de leitos do Estado	10	24,4
- Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com outros serviços através da central de leitos do Estado	2	4,9
- A comunicação realizada pelo SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife é com o corpo de bombeiros – CIODS	21	51,2
- A comunicação que existe do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com os serviços é realizada diretamente com a emergência no qual receberá o paciente	21	51,2
- Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com os serviços (unidade de urgência ou emergência) que receberá o paciente	12	29,3
- Existe comunicação SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com a policia Rodoviária Federal de PE para remoção das vitimas graves em via rodovias	3	7,3
- Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com a policia Rodoviária Federal de Pernambuco para remoção das vitimas graves em via rodovias	4	9,8
- Outro canal de comunicação do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com os serviços deveria ser através do Comitê Estadual de Emergência e Urgência	6	14,6
- Deveria ter comunicação diária do SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife com a emergência dos hospitais ou policlinicas que receberão as vitimas, com o corpo de bombeiros, defesa civil, INFRAERO, Policia Rodoviária Federal de Pernambuco e Comitê de Estadual de Urgência e Emergência	1	2,4
- Existe comunicação com a CTTU	2	4,9
<b>BASE <sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>• O que você acha da mudança do SAMU Recife para SAMU Metropolitano? O que mudou na sua concepção?</b>		
<b>A.</b> Acho que não teve mudança nenhuma	8	19,5
<b>B.</b> Acho que o serviço cresceu muito e uma parte maior da população está recebendo esse tipo de atendimento, mas nos não estávamos preparados para esse crescimento	9	21,9
<b>C.</b> Acho que foi bom, com o SAMU metropolitano ganhamos uma nova sede melhor	5	12,2
<b>D.</b> Eu desconheço o SAMU/metropolitano	3	7,3
<b>E.</b> Acho que foi bom para a população, para agente não mudou nada	2	4,9
<b>F.</b> Acho que o serviço cresceu muito e é excelente para a população	18	43,9
<b>G.</b> O convenio da policia rodoviária federal com O SAMU é visto mais como uma esperança do que uma melhora no serviço	2	4,9

H.Descentralização das viaturas que compõe o SAMU metropolitano	1	2,4
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

(1) – Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

As respostas mais freqüentes para a questão: “Existe comunicação do SAMU/Metropolitano – SAMU/Recife com a rede assistencial de saúde e com outras instituições. Como? As respostas foram: “Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano (53,7%), “A comunicação realizada pelo SAMU/Metropolitano é com o corpo de bombeiros” (51,2%) e “A comunicação que existe do SAMU/Metropolitano com os serviços é realizada diretamente com a emergência no qual receberá o paciente (51,2%), “Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano com os serviços (unidade de urgência ou emergência) que receberá o paciente” (29,3%) e “Existe comunicação do SAMU/Metropolitano com outros serviços através da central de leitos do estado” (24,4%). As demais respostas tiveram freqüências que variaram de 1 a 6 conforme resultados contidos

Os avanços do APH móvel na cidade do Recife mais citados foram: “Maior número de viaturas com no SAMU/Recife com criação do SAMU/Metropolitano” (51,2%), “Nova sede para acomodação da equipe” (51,2%), “Transformação do SOS para SAMU deixando de atender apenas as emergências cínicas e atendendo todos os tipos de emergência” (36,6%) e “Melhor qualificação do atendimento realizado pelo SAMU” (26,8%). As demais respostas tiveram freqüências variaram de 2 a 4 pesquisados. Os entraves mais citados foram: “As macas do SAMU/Recife que ficam presas nas grandes emergências do estado inviabilizando a viatura para prestar outro atendimento” (82,9%), “Falta de receptividade das policlínicas e da rede hospitalar no acolhimento das urgências e emergências trazidas pelo SAMU. A gente na maioria das vezes faz tudo para o paciente ficar na emergência” (48,8%), “Falta de materiais e equipamentos imprescindíveis para o atendimento tais como: viaturas, máquina para realizar glicemia, colar cervical de vários tamanhos, e falta de KED nas viaturas de SBV” (39,0%), “Falta de treinamento dos funcionários” (21,9%) e “Déficit de profissionais (19,5%), conforme resultados apresentados na Tabela 15.

## 4.5.2. Componente assistência a saúde

Tabela 16 – Avaliação das questões 12 e 13 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.

<b>- Você seria capaz de descrever por ordem decrescente quais são as principais causas de pedido de ajuda ao SAMU?</b>		
Por ordem seria: <b>Trauma</b> – acidente de moto, atropelamento, agressão por arma branca e de fogo; <b>Emergências Clínicas</b> – mal súbito hipertensão e desmaio;	38	92,7
<b>- Remoções Inter-hospitalares</b>		
Por ordem seria: <b>Emergências Clínicas</b> – mal súbito hipertensão e desmaio; <b>Trauma</b> - Acidente de moto, atropelamento, agressão por arma branca e de fogo; <b>Remoções Inter-hospitalares</b>	3	7,3
<b>TOTAL</b>		
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>		
<b>Variável</b>		
<b>• Os medicamentos padronizados pela Portaria e Serviço são conferidos diariamente?</b>	N	%
A.São conferidos diariamente	33	80,5
B.Não são conferidos diariamente	2	4,9
C.Não sei informar	6	14,6
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>- Sabe informar se mantém sempre a cota?</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
Mantém a cota	19	46,3
Não mantém a cota	3	7,3
Só não mantém a cota quando esta faltando medicamento ou tem material faltando ou	13	31,7
Quebrado aqui no SAMU Recife		
O carro de apoio é bem conferido e mantém a cota. Pois, este veículo é responsabilidade do enfermeiro conferi-lo		
<b>TOTAL</b>		
<b>- E você acha que esses serviços das unidades de saúde da família, postos de saúde, unidades não hospitalares trabalham interligados com o SAMU? Explique.</b>	N	%
Não acho que o SAMU trabalha interligado com os outros serviços e nem os outros	33	80,5
serviços trabalham interligados com o SAMU	2	4,9
Acho que não trabalha interligado	6	14,6
Acho que não trabalha interligado, porque as policlínicas e os grandes hospitais veem o SAMU como um serviço que traz mais vítimas para eles atenderem	41	100,0
Acho que não trabalham interligados por problemas na rede e por falta de informação	19	46,3

do SAMU/Metropolitano com os hospitais,falta de comunicação com dos médicos do	3	7,3
SAMU na hora de encaminhar o paciente a unidade emergência fixa	13	31,7
Não sabe responder		
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>		
<b>TOTAL</b>		
<b>Variável</b>		
<b>• Como você avalia o tempo médio de resposta total do seu serviço? Está dentro da média nacional?</b>		
Acho bom o tempo, pois o nosso deve está abaixo de 10 minutos	17	41,5
Acho razoável o tempo, pois o nosso deve estar a baixo de 10 a 20 minutos	23	56,1
Poderia melhorar, se tivesse mais médicos na central de regulação, pois por horário fica apenas um por baia. Então quando tem 2 ligações para atender demora	1	2,4
Acho que esta dentro da media nacional	24	58,5
Acho que não esta dentro da media nacional	5	12,2
Não sei informar se esta dentro da média nacional	8	19,5
Para a aeronave o tempo é 5 minutos está bom	3	7,3
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

(4) – Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra -se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Na Tabela 16 questionados se seriam capazes de descrever por ordem decrescente quais são as principais causas de pedido de ajuda ao SAMU, a maioria (92,7%) considerou: Por ordem seria: **Trauma** – acidente de moto, atropelamento, agressão por arma branca e de fogo; **Emergências clínicas** – mal súbito hipertensão e desmaio; **Remoções Inter-hospitalares** (Tabela 13).

Da Tabela 16, destaca-se que: para a questão “Os medicamentos padronizados pela Portaria e Serviço são conferidos diariamente?”, a maioria (82,9%) respondeu afirmativamente à questão e 14,6% não soube informar. Um pouco menos da metade (46,9%) avaliam que a cota dos medicamentos é m antida e 31,7% avalia que só não mantém a cota quando está faltando algum medicamento e algum material está faltando ou quebrado.

Questionados se avaliam que os serviços trabalham interligados com o SAMU, as duas respostas mais freqüentes, foram: “Não acho que o SAMU trabalha interligado com os outros serviços e nem os outros serviços trabalham interligados

com o SAMU” com 36,6%, “Acho que não trabalha interligado” (31,7%) e acho que não trabalha interligado, porque as policlínicas e os grandes hospitais ve m o SAMU como um serviço que traz mais vítimas para eles atenderem (19,5%). Em relação à questão:

As três respostas mais freqüentes para a questão “Como você avalia o tempo médio de resposta total do seu serviço? Está dentro da média nacional?”, foram: “Acho que esta dentro da media nacional” (58,5%), “Acho razoável o tempo, pois o nosso deve estar a baixo de 10 a 20 minutos” (56,1%) e “Acho bom o tempo, pois o nosso deve está abaixo de 10 minutos” (41,5%).

#### 4.5.3 Componente educação permanente

**Tabela 17 – Avaliação das questões 15, 16, 17 e 18 contidas no formulário para as entrevistas com os profissionais que trabalham no SAMU.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso você tenha mais de 2 anos de desenvolvendo suas atividades responda: Você já fez o curso de re-certificação? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação?</li> </ul>		
- Não tenho mais de 2 anos exercendo atividades no SAMU	12	29,3
- Tenho mais de 2 anos exercendo atividades no SAMU e fiz o curso de re-certificação	1	2,4
- Tenho mais de 2 anos exercendo atividades no SAMU, mas não fiz o curso de re-certificação	30	73,2
<b>BASE <sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos cursos no ano de 2006 o NEP do SAMU/Recife realizou na forma de treinamento. Na sua área de atuação.</li> </ul>		
- Sim	6	14,6
- Não	6	14,6
- Na minha área não realizei nenhum curso	8	19,5
- Recebi treinamentos na minha área e 20 a 30 horas promovidas pelo NEU tais como:		
-ACLS	3	7,3
- PALS	3	7,3
- Ventilação mecânica	4	9,8
- Imobilização, remoção e transporte	9	21,9
- Curso de regulação médica	8	19,5
- Curso de assistência ao parto	10	24,4
- Curso de exame físico	3	7,3
- Treinamento aéreo	1	2,4
- Curso de operador de frota	3	7,3

- Curso de atendimento ao paciente psiquiátrico	1	2,4
- Curso de atendimento ao queimado	1	2,4
- Curso de atendimento ao público	5	12,2
<b>BASE <sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	
<b>• O que você acha da Portaria Ministerial 2048/02 quanto à normatização de normas e critérios de funcionamento do APH móvel foi um avanço no Brasil?</b>		
- SIM	20	48,8
- NÃO	21	51,2
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>
<b>BASE <sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

Na tabela 17 quanto a questão Caso você tenha mais de 2 anos de desenvolvendo suas atividades responda: Você já fez o curso de re-certificação? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação? A maioria dos entrevistados (73,2%) afirmou ter mais de 2 anos exercendo atividades no SAMU, mas não fez o curso de re-certificação, 29,3% não tinham mais de dois anos exercendo atividades no SAMU e apenas um pesquisado com mais de dois anos tinha o curso de re-certificação.

Em relação à questão Quantos cursos no ano de 2006 o NEP do SAMU/Recife realizou na forma de treinamento. Na sua área de atuação. As respostas mais frequentes foram: “Curso de assistência ao parto” (24,4%), “Imobilização, remoção e transporte” (21,9%), “Curso de regulação médica” (19,5%), “Nenhum curso na área” (19,5%), 14,6% que responderam “Sim” sem especificar o curso e 14,6% que responderam “Não”.

Ainda na tabela 17 destaca-se que: 48,8% da amostra afirmou que a Portaria Ministerial 2048/02 foi um avanço do APH no Brasil e os 51,2% restante que não foi um avanço.

**Tabela 18 – Avaliação dos avanços e entraves do APH móvel desde SOS/Recife a SAMU/Metropolitano na visão dos profissionais que estão atuando no serviço .**

<b>Quais os entraves do APH móvel na Cidade do Recife (PONTOS NEGATIVOS)</b>		
- Falta de informação da população em como usar esse serviço, pois, solicita muitas vezes o atendimento do SAMU para remoção de pacientes crônicos por falta de condições financeiras do usuário.	11	26,8
- Falta de materiais e equipamentos imprescindíveis para o atendimento tais como: viaturas, máquina para realizar glicemia, colar cervical de vários tamanhos, e falta de KED nas viaturas de SBV	16	39,0

- As macas do SAMU/Recife que ficam presas nas grandes emergências do estado inviabilizando a viatura e a equipe de prestar outro atendimento	34	82,9
- Déficit de profissionais	8	19,5
- Falta de receptividade das policlínicas e da rede hospitalar no acolhimento das urgências e emergências trazidas pelo SAMU. A gente na maioria das vezes faz tudo para o paciente ficar na emergência	20	48,8
- Falta de treinamento dos funcionários	9	21,9
- Dificuldade de comunicação entre a rede hospitalar e o SAMU	3	7,3
- Falta de comunicação da rede hospitalar com o SAMU informando quais os serviços e as especialidades medicas que estão funcionando no plantão,	4	9,8
- Desorganização da rede de referência e contra -Referencia	5	12,2
- A quantidade de trote, realizadas por crianças e adultos.	3	7,3
- Falta de comunicação do SAMU com a rede	4	9,8
- Ambulâncias antigas e quebram muito e demoram muito no conserto	6	14,6
- Deveria ter acomodação para telefonista e operador de frota	3	7,3
- Deveria ter um Programa de humanização para os profissionais que trabalham na Central de Regulação Medica de Urgência, pois, aqui é muito estressante, para quem trabalha na central de	3	7,3
- Ausência efetiva de uma política na área de atenção as urgências e emergências	1	2,4
- Falta de comunicação com a base da Policia Rodoviária Federal e ausência do Médico e da Enfermeira na aeronave	1	2,4
- A não utilização das 30 horas do convenio com Policia Rodoviária Federal e o SAMU para transporte aéreo	1	2,4
- Sistema de comunicação ruim (rádio e telefones celulares)	4	9,8
- A central de Regulação Médica de Urgências deveria ser descentralizada por SAMU Metropolitano Recife, SAMU metropolitano Sul e Norte, bem, como as bases das viaturas.	1	2,4
<b>BASE<sup>(1)</sup></b>	<b>41</b>	

(1) – Devido ao fato de um mesmo profissional ter citado mais de uma alternativa, registra -se a base para o cálculo dos percentuais e não

Na tabela 18 em relação aos avanços (pontos positivos) do APH Móvel desde do SOS/Recife passando pelo SAMU/Recife até SAMU/Metropolitano, os profissionais do SAMU responderam: 51,2 % relatou que com a criação do SAMU/Metropolitano aumentou-se o número de viaturas, 51,2% responderam como ponto positivo a nova sede, 36,6% responderam que a transformação do SOS/Recife em SAMU deixou de atender apenas as emergências clinicas e passando a atender todos os tipos de emergências, 26,8 % responderam como ponto positivo melhor qualificação dos profissionais, 9,8 % responderam que o serviço de telefone melhorou bastante em relação ao antigo SAMU/Recife, 9,8% responderam como ponto positivo maior número de pessoas recebendo esse tipo de atendimento pré -hospitalar móvel, 9,8% responderam como ponto positivo maior ser um observatório de sistemas de saúde através dos dados gerados trabalhar a promoção e a prevenção, 7.3% responderam como ponto positivo a diminuição dos agravos, principalmente as

vitimas de trauma e 4.9% responderam como ponto positivo o convenio do SAMU com a Policia Rodoviária Federal para a utilização de 30 horas de vôo para atender as vitimas nas principais rodovias do Estado .

Em relação aos entraves (pontos negativos) 82,9% responderam como ponto negativo as macas do SAMU/Recife que ficam presas nas grades emergências do Estado inviabilizando a viatura e a equipe de prestar outro atendimento, 48,8% responderam como ponto negativo a falta de receptividade das policlínicas e da rede hospitalar no acolhimento das urgências e emergências trazidas pelo SAMU “ a gente na maioria das vezes faz tudo para o paciente ficar na emergência, 39% responderam a falta de matérias e equipamentos imprescindíveis para o atendimento como: viaturas, maquinas para realizar glicemia, colar cervical de vários tamanhos e falta de KED nas viaturas de SBV, 26,8 responderam falta de informação da população em como usar o serviço, pois, solicita muitas vezes o atendimento do SAMU para remoção de pacientes crônicos por falta de condições financeiras do usuário. 21,9 responderam como ponto negativo falta de treinamento dos funcionários, 19,5 % responderam déficit de profissionais, 14,6 responderam ambulâncias antigas, quebram muito e demoram muito no conserto, 12,2 desorganização na rede de referência e contra-referência, 9,8% responderam como ponto negativo a falta de comunicação da rede hospitalar com o SAMU informando quais os serviços e as especialidades medicas que estão funcionando no plantão, 9,8% responderam que o sistema de comunicação é ruim em relação a radio e telefones celulares e 9,8% responderam como ponto negativo a falta de comunicação do SAMU com a rede assistencial, 7,3% responderam como ponto negativo a quantidade de trotes realizados por crianças e adultos; 7,3% responderam como ponto negativo a dificuldade de comunicação entre a rede hospitalar; 7,3% responderam como ponto negativo que deveria ter acomodação para telefonistas e operadores de frota e 7,3% responderam que deveria ter um Programa de humanização para os profissionais que trabalham na Central De Regulação Medica de Urgência, pois, aqui é muito estressante, 2,4% dos profissionais responderam como ponto negativo a ausência de uma Política na área de atenção as urgências emergências, 2,4% responderam como ponto negativo a falta de comunicação com a base da Policia Rodoviária Federal e a ausência do Médico e da Enfermeira na aeronave, 2,4% responderam como ponto negativo a

não utilização das 30 horas do Convenio com PRF e o SAMU/Metropolitano par a transporte aéreo e 2,4% responderam como ponto negativo que a central de Regulação Médica de Urgências deveria ser descentralizada por SAMU Metropolitano Recife, SAMU metropolitano Sul e Norte, bem, como as bases das viaturas.

#### 4.6 Análise do grau de implantação (Quarto objetivo):

Conforme definimos para avaliarmos o grau de implantação do atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife/SAMU será utilizada a pontuação obtida pelos índices de avaliação do SAMU por item e no geral que classificará o grau de implantação.

**Tabela 19 - Índices de avaliação do SAMU por item e no geral**

ESTRUTURA	Índice
Ambulância de Transporte tipo A	0,0000
Ambulância de Suporte básico de vida tipo B	0,6102
Ambulância de Resgate tipo C	0,0000
Ambulância de suporte Avançados de vida tipo D	0,7163
Ambulância de transporte aéreo tipo E	0,6383
Ambulância do tipo F(Embarcações)	0,0000
Medicamentos nas ambulâncias tipo B	0,6207
Medicamentos de ambulâncias tipo D	0,6099
Medicamentos nas ambulâncias tipo E	0,7021
Medicamentos no carro de apoio rápido	0,3008
Profissionais existentes no serviço tripulação das viaturas	0,7777
Organização dos serviços.	0,0000
Cursos de certificação para os profissionais que iniciaram suas atividades no APH móvel	0,5000
Sistema de gestão de informação	1,0000
<b>Média dos índices de estrutura</b>	<b>0,4626</b>
PROCESSO	Índice
Capacidade de atendimento das ambulâncias existentes em relação a população	1,0000
Número e Percentual de atendimento registrado na regulação médica do SAMU segundo origem e motivo	

Número e Percentual de atendimentos registrados no Central de Regulação médica segundo origem e o motivo por destrito.	1,0000
Ações realizadas pelo NEU	0,0000
Cursos de re-certificação	0,0000
Sistema de gestão de informação.	0,6000
Média dos índices de processo	0,5200
Índice final – Média de todos os itens	0,4777

---

Observa-se que o índice final expresso em termos percentuais foi de **47,88%** numa medida que varia de 0 a 100%.

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do sistema municipal público de atendimento pré-hospitalar móvel, na cidade do Recife (Objetivo 1):

Considerando o tipo de atendimento realizado pelo SOS -Recife como o primeiro serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, Público Municipal da cidade do Recife. Observa-se que essa estrutura sofreu várias mudanças no perfil de atendimento da população e na estrutura organizacional. Desde da implantação do SOS/Recife, passando pelo SAMU/Recife até chegar ao SAMU/Metr opolitano. É importante destacar, existem recursos humanos trabalhando no SAMU/Metropolitano que eram oriundos do SOS/Recife.

5.2 Avaliar a estrutura de funcionamento do SAMU/Recife (Objetivo 2)

Em relação ao Componente de **Gestão de informação** na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007, Observa-se que o SAMU/Recife ocupa a mesma estrutura física e de RH da central do SAMU/Metropolitano em relação à Regulação Médica de Urgências. Esta central dispõe de linhas telefônicas suficientes, para o acolhimento das chamadas com acesso gratuito a população através do número 192.

A Central de Regulação Médica de Urgências do SAMU/Metropolitano esta necessita de uma rede assistencial pactuada previamente regionalizado, hierarquizada e resolutiva que possa acolher todos pedidos de ajuda que ocorrem á central telefônica para realizar o atendimento e redirecionar os pacientes aos locais adequados á continuidade do tratamento através de um trabalho integrado (BRASIL, 2006).

Quanto ao sistema de transmissão radiofônico do SAMU/Recife não disponha de um sistema de rádio eficiente na sua estrutura. O problema foi minimizado pelo serviço acrescentando ao sistema de radiofônicos o uso de celulares nas viaturas, possibilitando assim uma comunicação mais nítida com a Central de Regulação de Urgências.

Segundo Perez; Martinez, (1999) Os serviços de telecomunicações estão encarregados de fazerem chegar à informação radiofônica ao SAMU como a melhor eficiência possível. Eles devem considerar o SAMU como uma central onde é necessário proteger ao máximo de toda a interferência que ameaça suas funções, assim como é realizado para outras centrais prioritárias (polícia, bombeiros, etc.), além disso, deve trazer os benefícios e vantagens que possuem estas redes de segurança quanto ao planejamento das tarifas. A chamada através do número telefônico de urgência não deve ser cobrada da pessoa que chama e as cabinas públicas devem garantir o acesso ao SAMU sem moedas ou cartões.

Tanto as centrais telecomunicações como os centros de tratamento dos alarmes da polícia e dos bombeiros devem redirigir, retransmitir e se possível interconectar diretamente o solicitante, por um sistema de rebalanceamento do solicitante e, no sentido inverso, os SAMU são obrigados a realizar o alarme para àquelas coisas que são concernentes à polícia e aos bombeiros salvo as restrições impostas pelo segredo médico (PEREZ; MARTINEZ, 1999).

Concordamos com os autores que o serviço de telecomunicações do SAMU não deve sofrer interferências e devem ter acesso gratuito através do número 192.

Durante a pesquisa observou-se que a central do SAMU/Metropolitano dispõe de um sistema de gravação dos atendimentos.

Segundo o Manual e Normas técnicas da Regulação Médica das Urgências/Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitante, regulador e receptor no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico.

Os dados da Pesquisa realizada na estrutura do SAMURecife, demonstram que o serviço dispõe de sistema softwares para acolhimento das chamadas e monitoramento do atendimento.

Machado (2005) refere que o Sistema de Informação e Comunicação no Atendimento Pré-Hospitalar (SICAPH) visa o desenvolvimento de um sistema de informação de emergências médicas para pré-hospitalar, com o controle e triagem de chamados, despacho de ambulâncias e outras viaturas, manipulação de equipamentos de socorro e serviços realizados (DIAS et al, 2002).

Neste tipo de sistema, a informação é georeferenciada. As ferramentas de geoprocessamento facilitaram o gerenciamento do chamado, a localização das ocorrências, o envio de socorro necessário, e acompanhamento das viaturas e ocorrências, permitindo um suporte adequado para todos os tipos de informações e tomadas de decisões durante a ocorrência. (DIAS et al, 2002).

O serviço do SAMU/Recife na sua estrutura assegura guarda das fichas de atendimento dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integralidade e os mantém disponível em local de fácil acesso.

O Ministério da Saúde define no Manual da Regulação Médica de Urgência que as fichas de atendimento são document os equivalentes aos prontuários médicos de qualquer serviço de saúde. Inclusive devem ser guardadas em locais seguros como nas unidades hospitalares (Arquivo Médico) com acesso disponível (BRASIL, 2006).

Analisando o resultado das entrevistas dos funcionários do SAMU/Recife (tabela 11) em relação à média de chamada telefônicas nas 12 horas e ao número de atendimentos externos por plantão de 12 horas Observa-se que os profissionais que atuam no serviço não têm conhecimento do processo de trabalho, não consegue estabelecer nexos quanto ao número de chamada e quantos atendimentos são realizados por cada plantão. A comunicação interna é fragmentada. O pouco de se sabe esta relacionado ao trabalho de grupos específicos.

No Componente de **Assistência a Saúde** na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007,

O quadro 2 e as tabelas 1 e 2 registram uma média de 12 ambulâncias e 03 carros de apoio. Sendo 07 ambulâncias do tipo B, 03 ambulâncias do tipo D e 01 ambulância do tipo E., e não dispõe de ambulâncias dos tipos A, C e E. Estando todas as viaturas centralizadas no Pátio do SAMU/Recife localizado no Bairro da Boa Vista.

A Portaria 2048/02 recomenda que número de ambulâncias deva ser na proporção de um veículo de SBV para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e na proporção de um veículo de Suporte Avançado de Vida (SAV) para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes.

Considerando a população da cidade do Recife com 1.515.052 habitantes (IBGE, 2000). Utilizando uma média do intervalo para esta recomendação acima supra-citada. Teríamos uma proporção de um veículo de SBV para cada 125.000 habitantes e uma proporção de um veículo de SAV para cada 425.000 habitantes. Desta forma, o número de viaturas pela média do intervalo recomendado pela Portaria. Seria previsto para Recife **12** ambulâncias de SBV e **4** ambulâncias de SAV.

Gonçalves e Rodrigues (2001) colocam que o SAMU inicialmente pode ser estruturado com unidades de suporte básico para cada segmento da população de 80 a 100.000 habitantes, sendo que as unidades avançadas devem corresponder a 10% unidades de suporte básicas, havendo ainda 30% de viaturas de reserva. Utilizando uma média do intervalo de 90.000 habitantes, a cidade do Recife deveria ter 16 unidades de suporte básico (ambulâncias), mais 5 viaturas de reserva. E deveria ter 3 unidades de suporte avançado de vida (ambulâncias).

É importante destacar que a cidade do Recife possui 94 bairros, dividida espacialmente em 6 regiões político –administrativa chamados de Distritos Sanitários. Analisando o número de viaturas conforme a população dos distritos. Baseado na Portaria 2048/02 do MS e nas recomendações de Gonçalves e Rodrigues (2001). O número de viaturas por distritos sanitários deveriam ser:

Distrito Sanitário I com População: 77.607, composta por 11 bairros. Segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 01 ambulância de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria 01 ambulância de SBV.

Para o Distrito Sanitário II com População: 210 mil (IBGE, 2000), composta 18 bairros: segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 02 ambulâncias de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria 03 ambulâncias de SBV. Inclusive com viaturas de reserva.

Analisando o Distrito Sanitário III com População: 270 mil (IBGE, 2000); é composto por 12 bairros: segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 02 ambulâncias de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria 04 ambulâncias de SBV, inclusive com viaturas de reservas.

O Distrito Sanitário IV com População: 255 mil (IBGE, 2000); é composto por 29 bairros: segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 02 ambulâncias de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria se ter 04 ambulâncias de SBV, inclusive com viaturas de reservas.

Distrito Sanitário V com População: 237 mil (IBGE, 2000); é composto por 16 bairros: segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 02 ambulâncias de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria se ter 04 ambulâncias de SBV, inclusive com viaturas de reservas.

Distrito Sanitário VI com População: 368 mil (IBGE, 2000); é composto por 8 bairros: Segundo a Portaria 2048/02 este distrito deveria ter 03 ambulâncias de SBV. E utilizando a recomendação de Gonçalves e Rodrigues (2001), deveria se ter 05 ambulâncias de SBV, inclusive com viaturas de reservas.

Pela determinação da Portaria 2048/02 do MS, a distribuição de viaturas prevista por Distritos Sanitários seria: Distrito I (01 viatura de SBV); Distrito II (02 viaturas de SBV); Distrito III (02 viaturas de SBV); Distrito IV(02 viaturas de SBV); Distrito V (02 viaturas de SBV); Distrito VI (03 viaturas de SBV); Conforme orientação de Gonçalves e Rodrigues (2001) a distribuição de viaturas por distritos sanitários. Seria: Distrito I (01 viatura de SBV); Distrito II (03 viaturas de SBV);

Distrito III (04 viaturas de SBV); Distrito IV(04 viaturas de SBV); Distrito V (04 viaturas de SBV); Distrito VI (05 viaturas de SBV); Tendo as viaturas de SAV localizadas em distritos sanitários adstritos mais próximos e de fácil acesso entre eles.

Analisando a necessidade de viaturas na cidade do Recife em relação a área de cobertura por distrito sanitários baseado nas recomendações de Gonçalves e Rodrigues (2001). E comparando com o número de viaturas disponível no serviço de 31 dias. Detectou-se que o município de Recife possui déficit de ambulâncias para atender a demanda da população.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde através da Portaria 2048/02 o atendimento pré-hospitalar móvel, deve ser entendido como uma atribuição da área de saúde, sendo vinculado a uma central de Regulação Médica de Urgência, com equipe e a frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região. Considerando -se os aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxo habitualmente utilizado pela clientela.

O perfil epidemiológico da cidade do Recife, que apresenta perfis de nascimento e de mortalidade semelhante às outras metrópoles brasileiras. Como principal causa de morbi-mortalidade as doenças cardiovasculares, segunda o câncer e a terceira causa as causas externas. (RECIFE, 2006);

Souza, 1994 destaca dentre as capitais Brasileira, a situação de Recife, que vem apresentando as maiores taxas de elevação de mortalidade por causas externas, essas taxas tiveram uma elevação de 136,9%.

Diante disto, avaliando os aspectos populacionais, território, composição territorial, indicadores de saúde. Observa -se que o número de viaturas é menor que o recomendado para atender a demanda. Embora na cidade do Recife, existe um serviço Estadual de atendimento pré-hospitalar realizado pelo grupamento militar de bombeiros de Pernambuco destinado ao atendimento em via pública. O qual não procura saber o número de viaturas de SBV disponível no Grupamento de Bombeiros de Pernambuco pois, não foi objeto desse estudo.

Em relação ao número de ambulâncias de SAV, encontradas no serviço atende as exigências do MS e coincide com as orientações sugeridas pelos autores.

Observa-se que não há distribuição das viaturas de acordo com Distritos Sanitários da cidade do Recife. A centralização das viaturas no Pátio do SAMU/Recife possivelmente, aumenta o tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência. Todavia as informações que dispomos não nos permitem concluir esse fato. Acreditamos que este ponto merece análise posterior mais detalhada.

Com referência ao tipo de viaturas disponível no serviço registra-se a presença de ambulâncias do tipo B, tipo D e um carro de apoio para as saídas de médicos e enfermeiros nas intercorrências de vítimas graves, saindo junto com as viaturas do tipo D. Segundo orientação do MS através da Portaria 2048/02, o serviço pode dispor de veículos de intervenção rápida, são chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica que são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitem oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do tipo A, B, C e F. (BRASIL, 2002a)

Existe também, um helicóptero que pertence a Polícia Rodoviária Federal conveniado com SAMU/Metropolitano para utilização de 30 horas de vôos mensais que funciona como transporte aeromédico (viatura tipo E) destinados ao acolhimento atendimento e transferências de vítimas graves, principalmente nas rodovias do Estado de Pernambuco.

O serviço não dispõe de viaturas do tipo A (ambulâncias de transporte), tipo C (ambulâncias de resgate) e do tipo F (embarcações). (Quadro 2)

As ambulâncias de transporte são importantes para realização de remoções de pacientes sem risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. Evitando comprometer assim, as viaturas B e D. para saída eletivas.

Um ponto importante é que no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (capítulo IV), é garantido as transferências inter-hospitalares através do suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receber alta não apresentam

possibilidade de locomove-se por restrições clínicas ou não tenham autonomia de locomoção por limitações sócio-econômicas. (BRASIL, 2002a)

Como também é garantida a transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade. Ou transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade ambas as situações para elucidação diagnóstica, internação clínica ou cirúrgica ou unidades de terapia intensiva. Este transporte poderá ser aéreo, aquático ou terrestre de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso. (BRASIL, 2002a)

As viaturas tipo C (ambulâncias de resgate) estão ausentes no serviço. Nas ocorrências que necessitam desse tipo de veículo no SAMU/Recife, a regulação médica de urgência da central SAMU comunica-se com o SIODS e solicita ajuda ou pede para o Grupamento Militar de Bombeiros de Pernambuco, atender a ocorrência, desde que esse atendimento não necessite manobras invasivas. Ou saem viaturas do SAMU/Recife e do Bombeiro para a mesma ocorrência.

As ambulâncias tipo C são necessárias para o atendimento de vítimas em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e me alturas) e necessitam de profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida. (BRASIL, 2002a)

Este tipo de procedimento é permitido pelo Regulamento Técnico de Urgências e Emergências. E estão de acordo com a legislação vigente.

Quanto ao veículo do tipo F embarcação de transporte não existe este tipo de ambulância no SAMU/Recife. Mesmo a cidade possuindo uma área de praia de 8,6 km (RECIFE, 2007).

Ressaltamos que a cidade do Recife desde 1992, houve vários ataques de tubarão que segundo Melo (2006) atingiram 50 pessoas – entre surfistas, bodyboarders e banhistas – foram atacados, deixando um saldo de 19 mortos, 31 mutilados e uma onda de pânico entre a população que acabou rendendo ao Recife o título de capital brasileira dos tubarões.

Considerando que a maioria destes ataques de tubarões foi na Praia de Boa Viagem que pertence ao Distrito Sanitário IV. Este distrito é o mais populoso da cidade.

Refletindo sobre esses dados, entendemos que a cidade do Recife, necessita de embarcação de transporte tipo F. para atender as urgências na orla da cidade.

Com referência aos materiais e equipamentos normatizados e padronizados pelo MS através da Portaria 2048/02 ou pelo próprio SAMU/Recife encontramos:

Observa-se que existem itens normatizados e padronizados MS através da Portaria 2048/02 que **não** foram normatizados e padronizado pelo SAMU/Recife, exemplo nas viaturas tipo B imobilizador de coluna dorsal. Exemplo nas viaturas tipo E: cadeiras de rodas dobráveis, alimentador do respirador, ventiladores mecânicos de transporte, monitores cardioversor com marcapasso externo não invasivo, material para cricotireodostomia, circuito de respirador estéril de rese rva. (tabela 3 e quadro 3)

Verifica-se também, itens normatizados e padronizados pela MS que foram acatados pelo serviço e que não estavam presentes no momento da pesquisa. Estando ausente nas 8 viaturas do tipo B (tabela 3), nas 3 viaturas tipo D, (tabela 4) e na única viatura tipo E (quadro 3). E itens que foram normatizados e padronizados pelo próprio SAMU/Recife como no carro de apoio (quadro 5) que estavam ausentes. Devido à falta de material ou equipamento que se encontrava quebrado no serviço sem outro para repor. Em relação aos materiais descartáveis foi por falta na instituição.

Em relação aos medicamentos encontrados nas viaturas normatizados e padronizados pela MS, para as viaturas tipo D e tipo E (tabela 6 e quadro 5) verifica-se quanto ao tipo de medicamentos nas 03 viaturas de SAV e no helicóptero para transporte aeromédico estavam presentes esses tipos de medicamentos. A mesma situação ocorreu no carro de apoio rápido (tabela 8) e nas viaturas de SBV (tabela 7) os medicamentos normatizados e padronizados pelo SAMU/Recife, conforme orientação do MS estavam presentes.

O Ministério da Saúde através da Portaria 2048/02 procura uniformiza todos os materiais e equipamentos das viaturas de atendimento pré-hospitalar no Brasil. Segundo, o tipo de atendimento realizado para cada tipo de ambulâncias (BRASIL, 2002a).

Para analisamos esses variáveis recorreremos ao roteiro de padrões de conformidade utilizado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, para avaliar os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde. Estão definidos padrões de conformidade sentinelas. Esses padrões sentinelas sinalizam risco ou qualidade

Os padrões de conformidade sentinelas são classificados como: imprescindíveis (são padrões exigidos em normas e o não cumprimento destes acarreta riscos imediatos à saúde) necessitam de uma intervenção urgente, necessários (são padrões exigidos em normas e o não cumprimento destes acarreta riscos mediatos a saúde). E uma vez que não cumprido pelo serviço, é definido um prazo para adequação. Os padrões recomendáveis (não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço). Necessitam de uma intervenção urgente, necessários e recomendáveis.

Esse roteiro descreve como normas todas as legislações, manuais, portarias, resoluções e decretos em que o item for baseado. Somente os itens imprescindíveis e necessários têm referência normativa, visto que só eles estão descritos em normas.

Neste contexto, as limitações de equipamentos, materiais e medicamentos do SAMU/Recife, podem ser entendidas como ausência de padrões recomendáveis, acarretando apenas riscos mediatos.

Nas entrevistas realizadas com 41 profissionais que atuam no SAMU/Recife quanto ao acesso ao APH móvel, na cidade do Recife com dois números distintos 192 e 193. foi constatado nas respostas mais frequentes a questão que “Causa transtorno a Organização do serviço”.

Para organização de qualquer serviço é fundamental saber o que efetivamente o serviço produz (quais os procedimentos) e o que necessita para

produzir (insumos e matérias) e acompanhar o uso de cada insumo em cada procedimento. Essa deve ser preocupação do sistema de abastecimento. Se as informações sobre o uso dos materiais relacionados com a produção não forem claras para o sistema não haverá qualidade na gestão nas unidades de saúde

O SAMU brasileiro foi implantado no país, baseado no modelo Francês, segundo Rezende; Ludes A lei francesa decidiu, de maneira clara, em favor de centros de recepção de alerta distintos prevendo uma inter-conexão entre os dois.

Na França os centros de recepção e regulação dos chamados são dotados de um número único de chamados telefônico, o 15. “As instalações destes centros permitem transferência recíproca de chamados e de conferência telefônica”. A Legislação Francesa previu ainda que os centros de recepção dos chamados: nº 15 (SAMU) e nº 18 ( bombeiros) se mantêm informados das operações em curso. O centro 15 é imediatamente informado das chamadas recebidas pelo corpo de bombeiros e de socorro sob nº 18, caso de uma urgência que necessite de uma ação conjunta de meios médicos e meios de salvamento.

Para os autores Nischke, Martinez e Almoyna (1999), os profissionais de saúde que trabalham no atendimento no que diz respeito à saúde do indivíduo, os bombeiros e a polícia trabalham na segurança deste indivíduo, no seu resgate de situações ameaçadoras e na prevenção de situações que possam piorar sua segurança assim como aos demais a sua volta.

Concordamos parcialmente como modelo Francês, quanto à interconexão dos dois serviços SAMU e bombeiros, achamos fundamental, pois, um serviço complementa as ações do outro. Mas, quanto à existência no Brasil de dois serviços com acesso a números distintos 192 (SAMU) e 193 (bombeiros) causa confusão na população na hora de acionar os serviços de APH móvel. Desarticulando um pouco a política de atenção às urgências no sentido de ser um observatório das políticas de saúde capaz de orientar o planejamento de políticas. Dificultando assim, o acolhimento, redirecionamento dos pacientes quando estes são inseridos na rede pelo Bombeiro. Comprometendo o princípio do SUS de integralidade na assistência

Segundo Berwick (1994), a intervenção dos programas não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nestes serviços.

Entendemos quanto o número de viaturas, tipos de viaturas, materiais, equipamentos e medicamentos das ambulâncias não padronizados com o MS, bem como as deficiências, na estrutura organizacional do serviço, dificulta a realização das ações tanto para os profissionais que atuam no serviço como para cumprir os objetivos do Programa.

5.3 Verificação dos recursos humanos existente no serviço profissionais oriundos da saúde e não oriundos da saúde, tipo de contrato de trabalho dos profissionais oriundos e não oriundos da saúde, verificação da tripulação (Objetivo 2)

Em relação aos recursos humanos existente no SA MU/Recife (Quadro 6) Verificou-se em relação à escala de serviço, contrato e tempo do contrato de trabalho.

Observa-se a existência de profissionais oriundos da saúde e profissionais não oriundos da saúde. Em relação aos profissionais oriundos da saúde. Existe no serviço o coordenador Médico e o coordenador de Enfermagem que são diarista, A escala de plantão de Médicos e Enfermeiros são dois plantões de doze horas fixos semanais. Os Técnicos de Enfermagem tem escala de doze por sessenta horas semanais.

Quanto aos profissionais não oriundos da área de saúde temos 07 telefonistas e 02 controladores de frota por diaristas 6 horas no horário da manhã e 06 telefonista e o 01 controlador de frota por diaristas por 6 horas, no horário da tarde, 06 telefonistas e o 01 controlador de frota por diaristas por 8 horas, no horário da noite, permanecem essas escalas nos finais de semana, pois as folgas são alternadas durante semana e com rodízios nos finais de semana. Os condutores dos

veículos (ambulâncias) com escala de doze por trinta e seis. Exceto piloto da aeronave que é funcionário da Polícia Rodoviária Federal.

Observa-se quanto RH do serviço (Quadro 6), o número de profissionais é insuficiente em determinadas áreas de atuação, a maioria dos profissionais oriundos da área de saúde são funcionários públicos do município exceto médicos e a maioria dos profissionais não oriundos da saúde são contratos por tempo determinado ou terceirizado. O tempo médio de serviço na área de atendimento pré -hospitalar móvel é menor que 9 anos.

Conforme Ministério da Saúde para um bom funcionamento da central de regulação médica de urgências – central - SAMU e adequado controle da movimentação da frota, recomenda-se uma composição de uma equipe mínima dos postos de trabalho da equipe de regulação para cada central. Esta é baseada na área de cobertura populacional.

Analisando a Central de Regulação Médica de Urgência da Região Metropolitana do Recife que é composta de 11 municípios, com uma população estimada de 2.259.122 habitantes. Segundo o MS para cobertura de populações de 2.500.001 a 3.500,000 habitantes, o MS recomenda 5 médicos reguladores, 10 telefonistas (TARM) 03 operadores de frota no plantão diurno. E 2 médicos reguladores , 03 telefonistas (TARM) 02 operadores de frota no plantão noturno. devendo ser maior a medida em que a demanda evoluir e assim, exigir, pois todos chamados de socorro devem ser obrigatoriamente regulados por médico e não deve haver fila de espera para acolhimento das chamadas pelo TARM.

Quanto ao quantitativo mínimo dos postos de trabalho para central do SAMU/Metropolitano do Recife, observa-se que o quadro de RH é insuficientes para telefonistas, operadores de frota e principalmente para médicos. Pois, nestes serviços os médicos são reguladores e realiza funções intervencionistas.

Cabe informar que as atribuições dos médicos reguladores e médicos intervencionistas, são diferentes dentro do serviço de atendimento médico de urgência.

Um ponto de destaque na nossa pesquisa, diz respeito à não separação das atribuições do médico na central de regulação médica de urgência do SAMU/metropolitano. Pois, ora o médico é médico regulador do SAMU/Metropolitano ora é médico intervencionista do SAMU/Recife. Permanecem quatro médicos na regulação médica de urgências nas 24 horas Sendo distribuídos na baía do SAMU/Metropolitano norte, baía do SAMU/Metropolitano sul e baía do SAMU/Recife e um para saídas nas viaturas do SAMU/Recife.

As atribuições do **Médico regulador**, segundo o Ministério da Saúde, esse profissional tem com base nas informações colhidas do usuário, quando acionam a central de regulação, gerenciar, definir e operacionalizar os meios disponíveis e necessários para atender tais solicitações, utilizando protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde e do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. Enquanto que os **médicos intervencionistas** são responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte. (BRASIL, 2002a)

Ainda **quanto aos recursos humanos** desse serviço, chama-se a atenção o tipo de vínculo empregatício de alguns profissionais. Exemplo: médicos, telefonistas, radio - operadores e motoristas. Pois, possui contratos por tempo determinado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco ou por serviços terceirizados. Alguns autores tendem a considerar esses tipos de contratos como precários. A precariedade diz respeito à extensão temporal dos contratos por tempo determinado, implicando um menor número de direitos e benefícios, mas também ao fato de esses tipos de contratos terem duração curta ou bem delimitada no tempo, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador.

Esse sentimento de instabilidade do trabalhador gerado por este tipo de contrato faz com que esse profissional busque outras oportunidades e um emprego estável. Ocorrendo no futuro substituição destes profissionais, refletindo assim, em uma perda de mão de obra qualificada e na qualidade da assistência prestada no serviço.

Em relação a tripulação do SAMU/Recife observa-se que o serviço cumpre a determinação do MS em todas as viaturas. Exceto transporte aeromédico (ambulância Tipo E, Quadro 7).

No helicóptero da Polícia Rodoviária Federal que funciona como transporte aeromédico (viatura de tipo E), disponível para SAMU/Metropolitano só saem 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem e o 01 piloto este transporte não cumpre a determinação do MS.

Em relação a tripulação na visão dos 41 profissionais entrevistados que trabalham no SAMU/Recife o número de profissionais **NÃO** atendem a legislação, pois nas viaturas de SBV deveria sair com 2 técnicos de enfermagem e o condutor, já que nas viaturas de suporte avançado de vida saem 5 pessoas para atender a vítima (01 motorista e 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem da ambulância tipo D mais 01 médico, 01 Enfermeiro e 01 motorista do carro de apoio).

A Resolução do CFM nº 1.596/2000 estabelece que o transporte aeromédico deva ser subordinado a autoridade técnica de um diretor médico.

E o transporte dos pacientes deve ser realizado por profissionais da área de saúde: Auxiliar/Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro, ambos com habilitado às ações de sua competência no atendimento pré-hospitalar e aeromédico. E um profissional Médico habilitado ao exercício medicina pré-hospitalar, compondo obrigatoriamente a equipe de resgate e de transporte inter-hospitalar aeromédico.

Na tripulação do SAMU/Recife, existem alguns profissionais que receberam treinamento com carga horária e grades de temas semelhante às preconizadas pelas Portarias nº. 824/1990 GM, Resolução CFM 1.596/00, na sua área de atuação. E outros profissionais não receberam.

Segundo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência entende que os profissionais que venham atuar como tripulação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação Permanente em Urgências.

Quanto à **tripulação** não concordamos com as afirmações feitas pelos profissionais do serviço. Pois, em relação à preconização do MS as ambulâncias do SAMU/Recife as viaturas do tipo B e D atendem a preconização do MS. Exceto as viaturas tipo E. acreditamos ser imprescindível a presença de um Médico e um Enfermeiro nesta viatura.

5.4 Verificação da organização do serviço e existência das grades de referência e contra-referência, fluxo de atendimento e protocolos.

Quanto à existência de grade de referência e contra-referência, fluxo de atendimento e protocolos de atendimento do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007. Observou a inexistência de protocolos das diversas áreas de atuação, ausência de padronização de procedimentos, inexistência de manual de normas e rotinas. As grades de referência e contra-referência não são detalhadas, e não dispõem de quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço e não demonstram a capacidade instalada da rede para os profissionais que atuam no serviço.

As entrevistados dos 41 profissionais SAMU/Recife (Tabela 11). Quanto ao conhecimento da grade de referência e contra-referência realizada com 41 profissionais entrevistados do SAMU/Recife confirmam os dados quanto a organização do serviço.

Verificou-se na pesquisa que não existe plano de manejo das situações complexas, envolvendo acidentes com múltiplas vitima e planos de catástrofe ainda estão sendo construídos.

Segundo a Portaria 1864/03 do Ministério da Saúde os Planos de Atenção Integral às urgências deverão conter as grades de referência e contra-referência por especialidades na área de atuação envolvendo os serviços do sistema de saúde.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, orienta que a assistência as vitima de acidentes e violências devem orientar-se por normas específicas sobre o tratamento das vitimas de acidentes e violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidencias clinicas e epidemiológicas, revistos periodicamente a amplamente divulgados junto aos profissionais (BRASIL, 2001).

Entendemos que o atendimento pré-hospitalar móvel necessita de protocolos de padronização dos procedimentos para controle dos processos envolvidos neste tipo de assistência devido às particularidades dess as atividades tais como: atendimento fora do ambiente hospitalar, interfaces múltiplas dos profissionais com familiares e com outras instituições de saúde. Pois, “uma organização tem o domínio tecnológico sobre o processo quando possui um sistema estabelecido e a garantia de que o que está sendo executado pelas pessoas corresponde ao que está registrado no sistema.”

### **Resultado do Componente Educação Permanente: (Objetivo II )**

No Componente Educação Permanente na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007, as variáveis analisadas foram: Verificação das atividades do núcleo de urgência e emergência quanto a programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região; Capacitar os recursos humanos da atenção pré-hospitalar – unidades básicas de saúde, unidades de saúde da familia, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências e ambulatório s de especialidades; atenção pós-hospitalar – internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção a saúde; Verificação das grades de temas, conteúdos e carga horária dos cursos de certificação para os profissionais que irão atuar no APH móvel; utilização do campo SAMU pelas escolas de nível médio e superior.

O quadro 9 revela quanto à verificação dos objetivos operacionais e das atividades do Núcleo de Educação em Urgência segundo orientação da Portaria

2048/02 GM, que os objetivos propostos pela Portaria não estão sendo atendidos. Porém, é preciso esclarecer que ainda, não foi constituído o núcleo de educação em urgência preconizado pela portaria em vigência.

Um ponto a ser destacado é que no Plano Estadual de Atenção as Urgências em Pernambuco só existe Conselho Gestor de Urgências. Ainda não foi formado o Núcleo de Educação em Urgência. O serviço do SAMU/Recife possui um Núcleo de Educação Permanente destinado a capacitações e treinamento e educação em serviço local.

Analisando o resultado das entrevistas com os profissionais do SAMU/Recife, quanto à pergunta, No início das suas atividades no SAMU você recebeu a certificação para trabalhar na área de APH móvel? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação. As três respostas mais frequentes para a questão: “Recebi treinamentos conforme legislação vigente na época realizado pela UPE” citada por 10 (24,4%) pesquisados, “Recebi treinamentos isolados de 30 a 40 horas promovidas pelo NEU antes de iniciar minhas atividades no APH móvel” (21,9%) e os que responderam “Não” (21,9%).

Ainda no Quadro 10, responderam quanto a qualificação dos profissionais novatos para implantação do SAMU/Metropolitano 61% responderam “Acho que os novatos receberam qualificação mínima para iniciar as atividades” 2,4% responderam que: “Acho que os novatos não receberam qualificação mínima para iniciar as atividades” 29,3 Não sabe informar se eles tiveram treinamento mínimo.

É importante destacar que mesmo sem sido constituído o NEU, o serviço do SAMU/Recife através do NEP esteve sempre preocupado com a capacitação e formação dos profissionais. Pois, todos os funcionários antes de atuarem no serviço receberam treinamento mínimo na área de imobilização e transporte.

Observa-se quanto à verificação da estrutura dos cursos de certificação em relação as grade de temas, conteúdos e carga horária realizado pelo NEU, ou outras instituições ou pelo NEP (serviço de educação continuada do SAMU/Recife). Observa-se que algumas categorias profissionais tais como motoristas, técnico de

enfermagem realizaram o curso antes de atuar no atendimento pré-hospitalar com carga horária compatível com a legislação vigente na época.

As capacitações destes profissionais realizadas UPE, atendiam a legislação vigente na época, conforme conteúdos carga horária mínima. Esse curso de formação foi organizado para implantação do SOS Recife.

Em relação às capacitações, posteriores essas foram realizadas carga horárias menores e com conteúdo direcionado para o atendimento pré-hospitalar na área de trauma e suporte avançado de vida. Principalmente na transformação do SOS/Recife em SAMU/Recife com foco de atuação em via pública atendendo as intercorrências de trauma. Em 2006, o SAMU/Recife transforma-se em SAMU/Metropolitano. Estes cursos esses ministrados por bombeiros e alguns profissionais do próprio serviço que tinham realizados cursos anteriores. Observamos bem, isso nas respostas dos profissionais do SAMU/Recife entrevistados na pesquisa.

Verificando o resultado das entrevistas com os profissionais do SAMU/Recife, quanto à utilização do campo do SAMU/Recife como campo de prática pelas escolas de nível médio ou superior utiliza o SAMU com campo de prática, a maioria (78,0%) respondeu afirmativamente e 14,6% responderam “Que acha importante que os alunos saibam como funciona o APH móvel, mas no nosso serviço os alunos de medicina ficam muito soltos já que ficam sem preceptores” (Tabela 14).

O Ministério da Saúde através da Portaria 2048/02, no capítulo VII, reconhece que as urgências não se constituem especialidade médica e de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito a capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel. (BRASIL, 2002a)

Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para área, com programas, conteúdos e carga horária diversificada, sem a adequada integração com a realidade e as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2002a)

Cabe ressaltar que a orientação para capacitação dos profissionais (certificação) que iram atuar no atendimento pré-hospitalar móvel com conteúdo estabelecido, carga horária mínima para as diversas áreas estão estabelecida nas Portarias nº824/99, Resolução do CFM nº 1.596/2000. São normas estabelecidas antes do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência.

Entendemos que a formação de RH na era de saúde. A abertura de campo de estagio do SAMU/Recife para os cursos de graduação é uma ação importante para melhorar a formação profissional especialmente na área de atendimento pré-hospitalar móvel.

Em relação aos cursos de certificação para os profissionais que irão atuar no APH móvel, os cursos realizados não atende as exigências do MS quanto a grade de temas, carga horária mínima. Embora é importante registrar a preocupação desse serviço nessa área.

### **Avaliar o Processo de Trabalho do Serviço ( Objetivo 3) :**

#### **Resultado do Componente Gestão de Informação. (Objetivo 3)**

No Componente de **Gestão de informação** na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007, as variáveis analisadas foram: avaliar o monitoramento e acompanhamento do atendimento até o encerramento do caso. Inclusive de forma dinâmica e sistematizada no processo de trabalho; avaliar a comunicação do SAMU/Recife com os serviços de saúde e de segurança e salvamento (Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito); fichas de atendimento dos pacientes preenchidas corretamente; Cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados pelo SAMU/Recife encaminha aos órgãos competentes; Articula e discute com outras instituições os indicadores de saúde produzidos pelo serviço;

O Quadro 11 descreve o sistema de informação do SAMU/Recife. Existe no SAMU/Recife o monitoramento e acompanhamento do atendimento até o encerramento do caso. Inclusive de forma dinâmica e sistematizada no processo de trabalho.

A comunicação e a informação do APH móvel (SAMU) fragmentada com a rede assistencial e com outras instituições (Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito. Observa-se que a comunicação e a informação é pouco freqüente e muitas vezes não existe;

Quanto ao resultado das entrevistas com 41 profissionais que atuam no SAMU/Recife quanto a comunicação com os serviços da área de saúde e outras instituições sugere que a comunicação é fragmentada e habitualmente pouco comum. Verifica-se nas respostas para a questão: Existe comunicação do SAMU Metropolitano – SAMU/RECIFE com outros serviços. Como? “A comunicação realizada pelo SAMU/Metropolitano é com o corpo de bombeiros” (51,2%) e “A comunicação que existe do SAMU/Metropolitano com os serviços é realizada diretamente com a emergência no qual receberá o paciente (51,2%), “Não existe comunicação do SAMU/Metropolitano com os serviços (unidade de urgência ou emergência) que receberá o paciente” (29,3%) e “Existe comunicação do SAMU/Metropolitano com outros serviços através da central de leitos do estado” (24,4%). As demais respostas tiveram freqüências que variaram de 1 a 6 conforme resultados contidos na Tabela 15.

Diante do resultado das entrevistas dos profissionais que atuam no SAMU/Metropolitano - SAMU/Recife nota-se concluir existe uma limitação quanto à comunicação e informação com os outros serviços. Essa falha de possivelmente repercutirá no atendimento e no redirecionamento dos pacientes aos locais adequados à continuidade de seu tratamento. Provavelmente, provocando um acolhimento inadequado dos pacientes dentro da rede assistencial. Resultando numa dificuldade de integração da central SAMU com a rede assistencial.

As fichas de atendimento dos pacientes não são preenchidas corretamente. Não conseguimos realizar a avaliação do nível de preenchimento das fichas de atendimentos no SAMU/Recife ora por não ter todas as fichas dos atendimentos

realizados nos dias da pesquisa. Ora porque as que existiam estavam em folhas de papel ofício normal com registro sucinto dos atendimentos SAMU/Recife.

As fichas de atendimento são consideradas documentos equivalentes aos prontuários médicos, quando devidamente preenchidos estes documentos servem, inclusive, de proteção aos envolvidos no atendimento, essas informações podem ser solicitadas para fins judiciais a qualquer momento. (BRASIL, 2006).

Em relação ao serviço do SAMU/Recife se cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados e encaminha aos órgãos competentes observa-se que os indicadores de saúde são construídos e divulgados, porém, **NÃO** articula e discute com outras instituições esses indicadores produzidos pelo SAMU/Recife para o enfrentamento dos problemas na área de urgências e emergências (Quadro 11).

A dificuldade de articular e discutir esses indicadores de saúde com outras instituições para o enfrentamento dos problemas na área de atenção às urgências e emergências regionais, talvez seja, porque os profissionais do serviço e das outras instituições não possuem formação profissional na área APH móvel, não foram capacitados e treinados para essa prática e também, não há espaço e interesse político-administrativo para estabelecer essa integração entre os gestores municipais e estaduais.

Minayo (2007) retrata CLAVES quanto ao processo de implantação da *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências* no Sistema Único de Saúde (SUS). CLAVES mostram que há gargalos importantes na articulação intra e intersetorial no que tange à política, à gestão, aos recursos humanos necessários e à prestação de serviços pré-hospitalares, hospitalares e de reabilitação. Também existem problemas quanto às iniciativas de redução de violências e acidentes. Mesmo no caso de programas e serviços onde há competência humana e condições materiais, tudo é absolutamente insuficiente para responder às demandas.

Em relação à mudança do SAMU/Recife para SAMU/Metropolitano observa-se que “Acho que o serviço cresceu muito e é excelente para a população” (43,9%), seguida de: “Acho que o serviço cresceu muito e uma parte maior da população está recebendo esse tipo de atendimento, mas nós não estávamos

preparados para esse crescimento” (21,9%) e “acho que não teve mudança nenhuma” (19,5%), Acho que foi bom, com o SAMU metropolitano ganhamos um a nova sede melhor 12,2% Eu desconheço o SAMU/metropolitano 7,3% (Tabela 15).

Observa-se nas afirmações dos profissionais como esta mudança na estrutura organizacional do SAMU/Recife para SAMU/Metropolitano se deu sem participação dos atores que já atuavam no serviço. Percebe-se isso, na fala de alguns profissionais “Eu desconheço o SAMU/metropolitano” .

Entendemos no processo de gestão de informação existem falhas internas verificadas no preenchimento inadequado das fichas de atendimento, limitação externa observadas na comunicação com serviços de saúde e de apoio a rede SAMU, dificuldade de trabalhar a partir indicadores de saúde produzidos pelo serviço com outras instituições planejamento de políticas intra -setoriais e inter-setoriais das buscando ações mais efetivas dentro do principio de integralidade da assistência valorizando e envolvendo ações desde promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde.

### **Componente Assistência a Saúde (Objetivo 3):**

Em relação ao Componente **ASSISTÊNCIA A SAÚDE** na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007

Analisando o número de atendimentos realizados pelo SAMU/Recife com o número de ambulâncias disponível no SAMU/Recife no período da pesquisa em relação a área de cobertura populacional. Levando em consideração o percentual de cobertura de 07 veículos tipo B (SBV) para um grupo populacional de 875.000 de habitantes, enquanto que o número de 03 ambulâncias tipo D (SAV) deram cobertura proporcional a um grupo populacional de 1.275,000 habitantes.

Possivelmente, as deficiências na estrutura quanto ao número de viaturas tipo B, forçou a liberação das viaturas tipo D a atender as ocorrências de suporte básico de vida, já que o carro de apoio junto a uma viatura de SBV poderia funcionar em caso de necessidade como viatura tipo D. possibilitando atender a demanda Embora os dados apresentados nesta pesquisa, não informam o grau das emergências atendidas pelo serviço, também, não se sabe informar quantos

atendimentos em via publica o corpo de bombeiros de Pernambuco atendeu nesse período.

Na tabela 09 - Observa-se que a maior incidência de atendimentos, segundo origem da chamada foi à via domiciliar por motivo clinico, A segunda maior incidência a origem da chamada por via publica por motivo de causas externas. E a terceira maior incidência segundo origem da chamada as remoções. E quarto lugar a incidência por origem das chamadas foram os trotes em quarto lugar. A quinta maior incidência por motivos de chamadas foi obstétrica e a sexta maior incidência por motivos de chamadas foram os eventos.

O resultado das entrevistas com os profissionais que atuam no serviço coincide com os indicadores de saúde oficiais gerados pelo serviço de Epidemiologia do SAMU/Recife.

Possivelmente, o serviço tem uma deficiência interna na comunicação e na informação interna.

Os dados encontrados no município de Recife, comparando com outros municípios brasileiros são semelhantes quanto à origem do chamado. Segundo Ferraz (2004) em Ribeirão Preto ocorre predominância de atendimentos realizados em domicílios seguida pelas oriundas em via Publica. Analisando os dados de Campinas –SP em abril de 2003, configura-se o mesmo cenário, primeiro os atendimentos por origem foi domicilio em segundo lugar em via publica.

Como explicar um número maior de atendimentos clínicos, tanto em via domiciliar como em via publica. Isso sem duvida merece estudos posteriores. Mas cabem algumas reflexões: Quantos desses atendimentos foram realmente casos de urgências? E como os outros serviços como pré-hospitalar fixo, rede hospitalar, pós-hospitalar estão assumido o seu papel na assistência e nas resolubilidades das emergências e urgências dentro de uma rede hierarquizada e regionalizada.

O Ministério da Saúde no manual de Regulação Médica de Urgência no Capitulo II, sobre: Como está a Atenção das Urgências nesse Cenário? Faz dentre outras algumas leituras do panorama nacional em relação à rede assistencial:

E o modelo assistencial no Brasil ainda é fortemente centrado na oferta e na influência do mercado em serviços de alta tecnologia por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial de saúde pública voltada para as ações preferencialmente “preventivas e programáticas” em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadro agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção;

Insuficiência de porta de entrada para os casos agudos de média complexidade: tendo a rede de atenção estruturada em dois extremos, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações de pouco resolutiva e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a tensão integral a saúde, afetando a atenção as urgências.

Observa-se em todo território nacional uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funciona 24 horas, montadas apenas para dar vazão a demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente colhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnóstico e terapêuticos, essenciais a resolução dos casos de maior complexidade e á estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida” (BRASIL, 2006)

Na Tabela 9 analisa-se o número de chamados ou de atividades realizadas pelo SAMU Recife por distrito e no grupo total por mês no período de outubro de 2006 a 01/2007. Desta tabela destaca-se que: no período analisado e em cada mês as maiores freqüências percentuais de atividades realizadas ocorreram nos distritos III, VI e II estes que apresentaram as maiores médias do número de casos. Em relação ao mês, as maiores freqüências de atendimentos ocorreram nos meses 12/2006 e 02/2007.

Analisando a capacidade física instalada dos Distritos Sanitários. Observa-se que no Distrito Sanitário III, com população: 270 mil (IBGE, 2000); é composto por 29 bairros. Dispondo das seguintes unidades de saúde 4 policlínicas, 01 hospital pediátrico, 01 ambulatório especializado da mulher (unidade especializada de referência) , 07 unidades de saúde tradicionais, 03 CAPS, 02 academia da cidade e 21 Unidades de Saúde da Família.

Seguindo do Distrito Sanitário VI, com população: 368 mil (IBGE, 2000) é composto por 8 bairros: sendo o Distrito Sanitário mais populoso e onde esta localizada a praia onde houve os ataques de tubarão (Boa Viagem) Dispondo das seguintes unidades de saúde: 02 Policlínicas, 06 unidades de saúde tradicionais, 03 CAPS, 01 casa de apoio, 01 residência terapêutica feminina, 03 academias da cidade e 26 unidades de saúde da família.

O Distrito Sanitário II, com população: 210 mil (IBGE, 2000), é composto por 18 bairros. Dispondo das seguintes unidades de saúde 01 policlínicas, 01 unidade de referência (unidade integral de saúde), 02 unidade de saúde tradicional, 03 CAPS, 16 Unidades de saúde da família, 02 residências terapêutica de saúde mental (Masculino e Feminino), 01 casa de apoio;

As maiores frequências percentuais dos atendimentos realizados pelo SAMU/Recife ocorreram nos distritos III, VI e II. Nota-se que existem distritos que podem absorver a demanda e outros não têm limitação na capacidade instalada para acolher as urgências e emergências quanto ao número de policlínicas abertas 24 horas no seu território. Observa-se o Distrito Sanitário III possui: 4 policlínicas e hospital pediátrico, o Distrito Sanitário VI possui: tem apenas, 02 policlínicas, sendo inclusive, o distrito mais populoso e o Distrito Sanitário II possui apenas, 01 policlínicas para atender a demanda das urgências e emergências. Além de outras unidades de saúde.

O Governo de Pernambuco aprovou a lei seca (a lei seca restringe a venda de bebidas alcoólicas em áreas de elevada incidência de homicídios) como uma das medidas de combate à criminalidade no Estado através da Portaria GAB/SDS nº 1165, publicada hoje (19/09/06), no Diário Oficial do Estado, acrescenta cerca de 80 localidades da RMR na Região Especial de Defesa Social - REDS da Lei Seca.

Comparando as áreas definidas pela Secretaria de Defesa Civil do Estado de Pernambuco como Regiões Especiais de Defesa Social - Rede Especial de Defesa Social/REDS através da Portaria GAB/SDS nº 1165, publicada hoje (19/09/06), no Diário Oficial do Estado. Observa-se que as áreas de REDS correspondem aos três Distritos Sanitários de maiores frequências percentuais dos atendimentos realizados pelo SAMU/Recife, no período da pesquisa.

O resultado das entrevistas dos profissionais do serviço quanto à interligação do SAMU com a rede assistencial corroboram o fato. (tabela 4.7.5A)

Cabe uma reflexão até que ponto o serviço da central SAMU, mesmo com sua importância inquestionável no acolhimento, estabilização e transferência de vítimas graves as unidades de Urgência. Será que esse serviço está acolhendo as urgências da rede assistencial. Suprindo assim, a ausência e falhas da atenção básica e da média complexidade no acolhimento das pequenas, médias e grandes emergências. Esse questionamento merece estudos posteriores.

Na visão dos profissionais que atuam no serviço quanto a avaliação do tempo médio de resposta total do seu serviço foi de 10 a 20 minutos. (tabela 4.7.5a) Sendo considerado um tempo médio resposta bom.

Segundo o *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, na maioria das comunidades urbanas dos EUA, o acesso ao Centro de Trauma nível I e II deve ser possível dentro de 30 minutos a partir da ativação do Serviço Médico de Emergência. Além disso, de acordo com as normas desse mesmo comitê, o intervalo ideal para execução dos procedimentos no local do evento é de 20 minutos.

Observa-se uma variação na quantidade de drogas encontradas nas viaturas (tabelas 5 e 6; Quadro 5 e tabela 7). Os tipos de medicamentos estão presentes nas viaturas, mas as cotas estabelecidas quanto a quantidades de medicamentos não correspondiam às cotas estabelecidas.

O Ministério da Saúde padroniza na Portaria 2048/02 a lista dos itens mínimos obrigatórios que deve constar em cada por tipo de veículos.

### **Componente Educação Permanente ( Objetivo 3) :**

Em relação ao **Componente Educação Permanente** na pesquisa realizada no SAMU/Recife, no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007,

No quadro 13 – Quanto as ações realizadas pelo Núcleo de Educação em Urgências ou pelo Núcleo de Educação Permanente (Serviço de Educação

Continuada) do SAMU/RECIFE, observa-se a ausência de congressos, fóruns e simulados interinstitucionais loco - regional.

Em relação à estrutura de cursos de re-certificação quanto as grades de temas, conteúdos e carga horária realizadas pelo NEU ou pelo NEP (Serviço de Educação Continuada) do SAMU/Recife ou em parceria com outras instituições. Observa-se que não se realiza cursos de re-certificação a cada 2 anos, (tabela 4.6B)

Segundo Sergio Timerman (2007) que trabalhou muitos anos em pronto socorro e, lidera debates e organizações internacionais de atendimento de urgência. relata:

Não suporto ver que os pronto-socorros Brasileiros são nicho de médicos mal preparados e mal remunerado. No País são pouquíssimos os pronto socorro nos quais os profissionais recebem treinamento específico, que corresponde, na aviação aos exercícios de simulação feitos por pilotos. O mais comum é ser atendido por um medico recém formado e despreparado, que dá plantão apenas para complementar orçamento.

O Ministério da Saúde através Portaria 2048/02 reconhece que a relação à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente na área pré-hospitalar móvel. E orienta que se deve problematizar a realidade dos serviços e estabelecer nexos entre trabalho e educação com os profissionais de urgência. (BRASIL, 2002a).

Em entrevista realizada com 41 profissionais do SAMU/Recife em relação a capacitações, treinamentos e educação em serviço realizado pelo NEP do serviço. Verifica-se que as maiores freqüências quanto a capacitações e treinamentos corresponderam aos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, com 8 profissionais de cada categoria, seguida de 6 médicos, 5 telefonistas, 5 motoristas e três rádios operadores. As demais categorias apresentadas na tabela tiveram freqüências de um profissional cada.

Observa-se que essas capacitações e treinamentos foram dentro de um foco técnico. Reconhecemos que seja importante capacitar e atualizar os profissionais na

área técnica. Mas é fundamental que os treinamentos devam promover uma análise crítica e reflexiva da atuação profissional no contexto da sua prática.

O Ministério da Saúde reconhece as deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal: Os pronto-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes e com informalidade na contratação recursos humanos termina se alojando profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade avançada que nelas se encontram uma das poucas opções de complementação salarial. (BRASIL, 2002a)

Segundo Portaria nº198/GM/MS, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Precisa-se, propiciar nos cursos pontuais a implementação e a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização. (BRASIL, 2004b).

Comparando os dados das tabelas 14 e 17 com os dados com as entrevistas realizadas com 41 profissionais do SAMU/Recife podemos concluir que as ações realizadas na área de educação permanente não contemplam as determinações da legislação vigente quanto a re-certificação de profissionais do APH móvel, os treinamentos que houve como são direcionadas para capacitação técnica do profissionais do próprio serviço.

Entendemos que o atendimento Pré-hospitalar Móvel, é um dos componentes da Política Estadual de Atenção as Urgências. Portanto, necessita de capacitações e treinamentos devem ser realizados envolvendo os profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar. buscando discutir e refletir os problemas de saúde na área de urgência dentro de uma lógica loco-regional.. Inclusive envolvendo a sociedade e outras instituições que não pertence área de saúde.

O resultado das entrevistas com profissionais que atuam no serviço na tabela 17 quanto ao conhecimento da Portaria 2048/02 do Ministério da Saúde confirmam as afirmações feita pela autora.

A tabela 18 quanto a aos avanços (pontos positivos) e entraves ( pontos negativos) do APH móvel desde da implantação SOS/Recife, passando pelo SAMU/Recife até SAMU/metropolitano na percepção dos profissionais que atuam no serviço. Reforçam as afirmações feitas pela autora, quanto a implantação e o desenvolvimento do APH móvel municipal na cidade do Recife.

#### 5.5 Análise do grau de implantação (Objetivo 4)

Pelo índice final expresso em termos percentuais de **47,88%** numa medida que varia de 0 a 100%. O serviço tem um grau de implantação III devido ao número de itens estabelecido na pesquisa está abaixo de 55% tendo um conceito de inadequado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de avaliação do SAMU/Recife torna-se imperativo contextualizar a implantação para compreender a dinâmica deste serviço. Ressalta-se que o Serviço Público Municipal de APH móvel da cidade do Recife foi implantado como SOS/Recife na ausência de diretrizes nacionais, na época destinado ao atendimento clínico domiciliar, posteriormente transformou-se em SAMU/Recife para acolher todos os tipos de urgências tanto em via pública e domiciliar depois transforma-se em SAMU/Metropolitano, onde aumentou-se a área de abrangência para 13 municípios da região metropolitana do Recife.

Dentro deste contexto observa-se que a estrutura organizacional do serviço sofreu várias transformações no seu perfil de atendimento ao longo dos anos e continuou atendendo a população na área de urgências e consolidando sua importância diante da sociedade Pernambucana. Possivelmente sem tempo e condições para readequar-se as novas demandas.

A partir dos resultados encontrados através dos instrumentos utilizados nas visitas de seguimento para avaliação da estrutura e do processo de funcionamento do SAMU/Recife, somado aos resultados das entrevistas realizadas com os profissionais que atuam no serviço pode-se inferir que o serviço apresenta deficiências importantes na estrutura no componente assistência à saúde (frota de veículos, materiais, equipamentos e medicamentos das viaturas, tripulação) e no componente educação permanente (ausência de cursos de certificação) e em relação ao processo de funcionamento nos componentes de sistema de informação (falhas na comunicação com os serviços de saúde e de apoio, falta de discussão com a rede de saúde e com outras instituições sobre os indicadores de saúde produzidos pelo serviço), no componente assistência à saúde (déficit de recursos humanos em determinadas áreas, centralização das viaturas não atendendo as demandas dos distritos sanitários) e no componente educação permanente (ausência de cursos de re-certificação e ausência de programa de educação continuada intra e intersectorial, bem como na educação em saúde).

Cabe ressaltar que o município de Recife realizou algumas capacitações e treinamentos no seu serviço focado no aspecto técnico direcionado para algumas categorias profissionais. Embora seja importante capacitar e atualizar os profissionais na área técnica. Mas é fundamental que os treinamentos devam promover uma análise crítica e reflexiva da atuação profissional no contexto da sua prática.

Entre os achados deste estudo, alguns corroboram aspectos já levantados pelo MS, em relação a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL2004b)

Ressalta-se que mesmo com as deficiências na estrutura e no processo de trabalho é inquestionável a importância desse serviço na redução da morbimortalidade na área de urgência e emergências.

É importante destacar que o sistema integral de atenção às urgências deve compreender desde a Atenção Primária à Saúde até a Terapia Intensiva e a Reabilitação, envolvendo as situações com múltiplas vítimas e ainda as situações de catástrofe.

Portanto, a inadequação na estrutura e no processo de funcionamento do SAMU/Metropolitano deve-se a falta de integração das três esferas de governo para a implantação efetiva da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

A nível Estadual a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco deve implantar o Núcleo de Educação Permanente nesta área, desenvolver uma política de recursos humanos para os profissionais que trabalham na área de urgência e emergência. Promover ações intra e intersetoriais nesta área.

Torna-se imperativo afirmar que as centrais/SAMU do país devem receber apoio da esfera federal, estadual e municipais para desenvolver as ações propostas pelo programa. Evitando assim, que no país esse serviço sejam mais uma medida intervencionista ou de ambulancioterapia (transporte de vítimas) implantada como Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Uma vez que os indicadores de saúde produzidos por estes serviços não são discutidos na atenção básica, na média complexidade e alta complexidade. Somado às deficiências estruturais destes serviços que acolhem as pequenas e médias urgências. É importante que em cada esfera do governo através dos seus serviços reconheçam o seu papel nesta política.

## REFERENCIAS

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação de enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, p. 723 – 740, 1997.

BIROLINI, Dario. Cirurgia de emergência com teste de autoavaliação. In: PAIVA, L. E. **Aspectos Psicológicos e a atuação do psicólogo no Pronto - Socorro Cirúrgico**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 9-11.

BOSSAERT, L. L. The complexity of comparing different sem systems: survey of SEM systems in Europe. **Annals of Emergency Medicine**, [S.I.], v. 122, p. 125, 1993.

BRASIL. **Portaria nº 2329/GM de 9 de junho de 1998**: Programa de Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2923.htm> >Acesso em: 02 março de 2005.

BRASIL. **Portaria nº 824/GM de 24 de junho de 1999**: Normatização do Atendimento Pré-hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0824.html>>Acesso em: 03 maio de 2004.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.596/00**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2000a. Disponível: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1671\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1671_2003.htm) >Acesso em 03 maio de 2004

BRASIL. **Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-737.htm>>. Acesso em: 3 maio 2004.

BRASIL. **Portaria nº 814/GM de 01 de junho de 2001**. Regulação Médica das Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-814.htm>>. Acesso em: 21 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências SAMU 192. **Portaria nº 2.048/GM de 05 de novembro de 2002**: Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. Disponível: [http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/portaria\\_ms\\_gm\\_2048\\_02.doc](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/portaria_ms_gm_2048_02.doc) >. Acesso em 20 de maio de 2005.

BRASIL. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS, 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível:

[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_noassus.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_noassus.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2224/GM, de 5 de dezembro de 2002** : Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível: <http://dtr2004.saude.gov.br/sas> > Acesso 20 de março de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências SAMU 192. **Portaria nº 1.864/GM de 5 de dezembro de 2003** . Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. p. 13– 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências SAMU 192. **Portaria nº 1.884/GM de 29 de setembro de 2003** . Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. p. 43–236.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. p.1 -69

BRASIL. **Portaria nº 5.055/GM de 27 de abril de 2004**: Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível: [http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/decreto\\_5055.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/decreto_5055.pdf). Acesso em: 18 nov. 2005.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004** . Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. [http://www.saude.sc.gov.br/admin\\_ses/diretoria\\_desenv\\_humano/educacaoopermanente/PORTARIA%20198.doc](http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/educacaoopermanente/PORTARIA%20198.doc) . Acesso em 02 de maio de 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.929/GM de 15 de setembro de 2004** : Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/portaria1929.pdf>> Acesso 22 de outubro de 2006.

BRASIL. **Portaria nº 2.657/GM de 16 de dezembro de 2004** . Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/portaria2657.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).p. 5 -118

Committee on trauma of the American College of Surgeons. **Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient** . Bull Am Coll surg 1986; 71: 1-56.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p 29 – 47.

CORTES, Celina; TARANTINO Mônica. O que os Médicos odeiam nos hospitais. **Isto é**, São Paulo, ano 30, n. 1952, p. 82 – 5.28, mar.2007,

DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations In\_\_\_\_\_; **Quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration, 1980. p. 8 -10

]

GIGLIO, J. A. **Urgência e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GONDIM, J.R. **Aspectos éticos da Assistência a situações de emergências e urgências**. [s.l.:s.n], 2003. Disponível em: <<http://www.urfs.br/hcpa/gppg/pré-hos.htm#política>>. Acesso em: 20 ago. 2002.

GONDIM, J.R. **Atendimento Pré-hospitalar**. [s.l.:s.n], 2003. Disponível em: <<http://www.urfs.br/hcpa/gppg/atend-pré-hos.htm>>. Acesso em: 20 jul.2005.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação de programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.341-53, 1999.

\_\_\_\_\_. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 1.ed. Salvador: Fiocruz Rio de Janeiro: 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICAS – IBGE. **Dados estatísticos**. (2000). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estatistica/arquivo/população.Xls>>. Acesso em: 22 de outubro de 2006.

JACQUEMOT, A. Qu'est - ce qu'une urgence? Quelques reflexions sur les definitions biomédicales de l'urgence medicale. In: BE RNABÉ, J; CONFIANT, R. **Desales Credes Aux societes plurielles**: (DIV). Petit : Boun Ibis Rouge, 2000.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

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

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 5ed. São Paulo: 2002

MARTINEZ–ALMOYNA, M; NITSCHKE, C.A.S. **Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência** – SAMU. São Paulo: [s.n], 1998.

MELO, J. Pernambuco: 50ataques e inúmeros danos. **JC On-line**, Recife, 27 jul. 2006. Disponível em:

<[http://www2.uol.com.br/JC/sites/tubarao/materia\\_abertura.htm](http://www2.uol.com.br/JC/sites/tubarao/materia_abertura.htm)> Acesso em: 10 abr. 2007.

MINAYO, M. C. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco,2000. p195 -246.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23,, n. 1, 2007. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2007000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000100001&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X.. Acesso em: 26 mar. 2007.

NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviço de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, sup. 2, p.4-5, 1996.

PATTON, M. Q. "Evaluation, Knowledge management, best practices, and high quality lessons learned". **American Journal o Evaluation**, [2004.], n.3, p. 2,

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução nº 323 de 29 de junho de 2005** . Recife: 2005

PINHEIRO, R; MATOS, R. et al. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: HUCITEC, 2004.

RECIFE. Secretaria de Planejamento Urbano e Ambiental. Consórcio PROCENGE/ACQUA-PLAN, 1990. **Plano Diretor de Desenvolvimento da Cidade do Recife**: A Formação Política e Cultural da Cidade do Recife. Recife: 1990.CONSÓRCIO PROCENGE/ACQUA -PLAN.1990.

RECIFE. **Ações do Serviço de Atendimento Médico de Urgência** . [s.n.t.]. Disponível: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/samu.php> > acesso em 12 de janeiro de 2007.

RECIFE. **Plano Municipal de Recife**. Recife: [s.d.]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/perfil.php>> acesso em: 12 de janeiro de 2007.

RICHARDSON, J.R. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989. p30-39.

ROSENBERG, M. L.; CARROLL, P. W.; POWELL, K. E. Let's be clear: violence is a public health problem. **Journal of the American Medical Association** , Chicago, v.267, n.22, p.3071 – 3072, 1992.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 5, 7, 9, 12.

ROCHA, S., 1994. Governabilidade e Pobreza: O Desafio dos Números. In: SEMINÁRIO GOVERNABILIDADE E POBREZA, 1994, Rio de Janeiro. **Seminário Governabilidade e Pobreza**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994. (mimeo.)

SANTOS, J.S. Da fundação e Hospital das clínicas à criação da unidade de Emergência e sua transformação em modelo Nacional de atenção às urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, p.403-418, 2002.

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referencia; as Políticas nacionais de atenção e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.498-515, abr./dez. 2003

SÃO PAULO. **Bombeiros Emergência. Projeto Resgate. São Paulo** : 2006.  
Disponível em: <http://www.bombeirosemergencia.com.br/projetoresgate.htm> >  
Acesso em 22 de fevereiro de 2007.

SOUZA, E. R. 1994. **Homicídios no Brasil**: O Grande Vilão da Saúde Pública na década de 80. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.10, (suplemento 1), p.45-60, 1994.

UCHIMURA, Y.K.; BOSI, M.L.M. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**: a polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde - resgatando a subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

## APÊNDICE



Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva – NESC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública



## TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

**Título:** Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife.

Instituição responsável: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Científica “Avaliação da implantação e do desenvolvimento do Sistema Público de Atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife”, cujo objetivo é avaliar a implantação e o desenvolvimento do sistema público de atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Recife. A partir do ponto de vista dos profissionais que atuam no SAMU/Recife. Serão investigadas as possíveis dificuldades encontradas e os avanços encontrados desde a implantação aos dias atuais, Busca-se saber qual é o nível de implantação segundo a legislação vigente.

Sua participação é livre e espontânea, não havendo á sua pessoa nenhum tipo de prejuízo ou dano físico ou psíquico em relação á instituição na qual tr abalha, em relação a pesquisadora, nem em relação á instituição responsável pelo estudo.

O instrumento para a coleta de dados será uma entrevista individual através de um questionário semi-estruturado. A sua identidade não será revelada durante a rea lização da pesquisa, nem no momento da divulgação dos dados. Nomeando -se apenas o cargo e a função (se for o caso) que ocupa. Solicitamos sua autorização, tanto para gravamos a

entrevista em fita K-7, como para divulgarmos os resultados da pesquisa em congreso e publicações científicas de um modo geral.

A importância de sua colaboração consiste no fato de que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, particularmente no que se refere ao atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU/RECIFE), considerado um dos componentes da Atenção as Urgências e Emergências.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá entrar em contato com a autora da pesquisa, ADRIANA CONRADO DE ALMEIDA (081 -88223887), pelo endereço: Departamento de saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sito á AV. Professor Moraes Rego, S/N, cidade Universitária, Telefone (081) 21012506.

Eu \_\_\_\_\_

Atesto ter recebido as orientações sobre a referida pesquisa e concordo em participar da mesma, onde assino esse termo em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador e tenho ciência de que poderei deixar de participar da mesma sem nenhum prejuízo a minha pessoa. Minha participação é voluntária e tenho conhecimento de que não haverá nenhum tipo de pagamento e/ou ressarcimento de despesas por minha participação.

Cargo \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

**APÊNDICE:****1. Instrumentos para avaliar o Componente Gestão de informação .****1.1 Verificação do sistema de informação disponível no SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

<b>Estrutura</b>		
<b>Variável</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
- Existem disponível linhas telefônicas suficientes com o acesso gratuito a população através do número 192		
- Possui sistema de gravação dos atendimentos realizados pela regulação médica de urgência		
- Possui sistema softwares para acolhimento das chamadas e monitoramento do atendimento.		
- Assegura guarda das fichas de atendimento dos prontuários no que se refere a confidencial idade e integralidade e os mantém disponível em local de fácil acesso		

**2. Instrumentos para avaliar o Componente Assistência a Saúde:**

**APÊNDICE 2.1 Verificação do número e do tipo de ambulância disponível no pátio SAMU/Recife e em condições para realizar atendimento, período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

<b>Tipo de ambulância/Veículo</b>	<b>Número existentes no SAMU</b>
Ambulância de insumos – Tipo A	
Ambulância de Suporte Básico de Vida - (SAV) – Tipo B	
Ambulância de Resgate – Tipo C	
Ambulância de Suporte Avançado de Vida (SAV) – Tipo D	
Ambulância do tipo E (Helicóptero)	
Ambulância do tipo F (Embarcações)	
Carro de apoio	
<b>TOTAL</b>	

**APÊNDICE 2.2 Número de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (Tipo B) observadas no Pátio SAMU/Recife em 31 dias, no período de outubro/2006 a janeiro 2007**

<b>Número de ambulâncias observadas por dia</b>	<b>Número de dias</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>		

**APÊNDICE 2.3 verificação do número de ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (Tipo D) observada no Pátio SAMU/Recife em 31 dias dos meses de outubro/2006 a janeiro 2007**

Número de ambulâncias observadas por dia	Número de dias	
	N	%
<b>TOTAL</b>		

**APÊNDICE 2.4 Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo MS na Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

<b>Ambulância de Suporte Básico do tipo B</b>	
01 – sinalizador óptico e acústico	
02 – equipamento de rádio comunicação fixo e móvel	
03 – macas articuladas e com rodas	
04 – suporte para soro	
05 – Instalação de rede de oxigênio com cilindros	
06 - válvulas	
07 - monômetro em local de fácil visualização e régua com dupla escala	
08 – Oxigênio com regua tripla ( alimentação do respirador, fluxômetro e umidificador de oxigênio e aspirador)	
09 – manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação	
10 – cilindro de oxigênio portátil com válvula	
11- maleta de urgência Contendo:	
- (estetoscópio adulto e infantil	
- ressuscitador manual adulto/infantil	
- cânulas orofaríngeas de tamanhos variados	
- luvas descartáveis	
- tesoura reta com ponta romba	
- esparadrapo	
- esfigmômetro adulto/infantil	
- atadura de 15 cm	
- compressas cirúrgicas estéreis	
- pacotes de gaze estéril	
- protetores para queimaduras e eviscerados	
- cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos	
12 – maleta de parto Contendo:	
- luvas cirúrgicas	
- clamps umbilicais	
- estilete estéril para corte do cordão	
- saco plástico para placenta	
- cobertor	
- compressas cirúrgicas e gaze estéreis	
- braceletes de identificação	
13 – suporte para soro	
14 – prancha curta e longa para imobilização de coluna	
15 – talas de imobilização de membros	
16 – conjunto de colares cervicais	
17 – colete de imobilizador dorsal	
18 – frasco de soro fisiológico e ringer lactato	
19 – bandagens triangulares	
20 - cobertores	
21 – coletes refletivos para tripulação	
22- lanterna de mão	
23 – óculos, máscaras, e aventais de proteção	
24 – maleta com medicamentos a serem definidas em protocolos pelos serviços	
25 – material mínimo de salvamento terrestre, aquático e em alturas	
26 – maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0.8 Kg	
27- fias e cones de sinalizadores para isolamento de áreas/ compartimento isolado para sua guarda,	
28 – assegurar espaço de vítimas de , no mínimo 8 metros cúbicos	

**APÊNDICE 2.5 Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo MS na Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

SERVIÇO	
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU	DATA _____
CÓDIGO*	
<b>Ambulância de Suporte Avançado do tipo D</b>	
01 – sinalizador óptico e acústico	
02 – equipamento de rádio comunicação fixo ffixo e móvel	
03 – macas articuladas e com rodas	
04 – dois suporte para soro	
05 – cadeiras de rodas dobráveis	
06 – instalação de rede portátil de oxigênio permita ventilação mecânica por 2 horas	
08 – Oxigênio com régua tripla ( alimentação do respirador, fluxômetro e umidificador de oxigênio e	
09 – manômetros e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação	
10 – cilindros de oxigênio portátil com valvula	
11 – ventiladores mecânico de transporte	
12 – oxímetro não invasivo portátil	
13 – monitores cardioversor com marcapasso externo não invasivo	
14 – bombas de infusão com bateria e equipo	
15 – maleta de vias aéreas Contendo:	
- mascarar laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos	
- cateteres de aspiração	
- adaptadores para cânulas	
- cateteres nasais	
- seringa de 20 ml	
- ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório	
- sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos	
- luvas de procedimentos;	
- mascarar para o ressuscitador infantil/adulto	
- lliocaína geléia e spray	
- cadarços para fixação de cânula	
- laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâ minas	
- estetoscópio	
- esfigmonômetro adulto/infantil	
- cânulas orofaríngeas adulto/infantil	
- fios-guia para intubação	
- pinça de Magyl	
- cânula para traqueotomia	
- material para cricotirodostomia	
16 – conjuntos de drenagem torácica	
17 – maletas de acesso venoso	
18 – gazes estéreis	
19 – esparadrapo	
20 – material para punção de vários tamanhos incluído agulhas metálicas, plásticas e agulhas punção óssea	
21 – garrote	
22- equipo de macro e microgotas	
23 – cateteres específicos para dissecação de veias de tamanho adulto e infantil	
24– tesoura	
25 – cortadores de soro	
26 – lâminas de bisturi	
27 – seringas de vários tamanhos	
28 – torneirinhas de vários tamanhos	
29 – equipo de infusão três vias	
30 – frascos de soros: fisiológico; glicosado a 5% e !0% e ringer lactato	

31 – sondas vesicais e nasogastricas	
32 – eletrodos descartáveis	
33 – equipos para drogas fotossensíveis e equipo de bomba de infusão	
34 – óculos, máscaras e aventais para proteção da equipe	
35 – cobertor ou filme metálico para conservação do calor	
36- campo fenestrado	
36 – almotolias com anti-sépticos	
37 – conjuntos de colares cervicais	
38 – pranchas longas para imobilização da coluna	
39 – atendimento neonatal:	
- mínimas duas incubadoras de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo	
- incubadora apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas dentro da ambulância	
- respirador e equipamento adequados para recém-natos	

**APÊNDICE 2.6 Verificação materiais e equipamentos obrigatórios nas viaturas do tipo E segundo MS na Portaria 2048/02 encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

### **APÊNDICE 2.7 AMBULÂNCIA TIPO E - AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO**

<i>SERVIÇO</i>	
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU	
DATA _____	
<i>CÓDIGO*</i>	
<b>AERONAVE DE TRANSPORTE MÉDICO TIPO E</b>	
01 – aeronave de asas rotativas (helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário secundário	
02 – conjunto aeromédico( homologado pelo departamento de aviação civil – DAC)	
03 – macas ou incubadora	
04 – cilindros de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas e secundário 4 horas	
05 – Oxigênio com régua tripla ( alimentação do respirador, fluxômetro e umidificador de oxigênio e aspirador)	
06 – instalação de rede portátil de oxigênio permita ventilação mecânica por 2 horas	
08 – suportes para fixação de equipamentos médicos	
09 – equipamentos médicos fixos:	
- monitores cardioversor com bateria para 2 horas -13 –com marcapasso externo não invasivo	
- oxímetro não invasivo portátil	
- bombas de infusão com bateria e equipo	
- prancha longa para imobilização da coluna	
10 – equipamentos médicos móveis –cânulas de vias aéreas	
- mascaras laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos	
- cateteres de aspiração	
- adaptadores para cânulas	
- cateteres nasais	
- seringa de 20 ml	
- ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório	
- sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos	
- luvas de procedimentos;	
- mascaras para o ressuscitador infantil/adulto	
- lidoína geléia e spray	

- cadarços para fixação de cânula	
- laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâ minas	
- estetoscópio	
- esfigmonômetro adulto/infantil	
- cânulas orofaríngeas adulto/infantil	
- fios-guia para intubação	
- pinça de Magyl	
- cânula para traqueotomia	
- material para cricotirodostomia	
11 - equipamentos médicos móveis conjunto de drenagem torácica	
12 – maletas de acesso venoso	
13 – talas de fixação do braço	
14 – luvas estéreis	
15 – recipiente de algodão com anti-séptico	
16 – pacotes de gaze estéril	
17 – esparadrapo	
18 – material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metlicas, plásticas e agulhas especiais	
19 – garrote	
20 – equipo macro e microgotas	
21 – cateteres específicos para dessecção de veias em adultos/infantis	
22 - tesoura	
23 - pinça de kocher	
24 – cortadores de soro	
25 – laminas de bisturi	
26 – seringas de vários tamanhos	
27 - torneirinhas três vias	
28 – equipo de infusão polivias	
29 – frasco de solução salina, glicosada e ringer lactato para infusão endovenosa.	
30 – caixas de pequena cirurgia	
32 – maleta de parto contendo:	
- luvas cirúrgicas	
- clamps umbilicais	
- estilete estéril para corte do cordão	
- saco plástico para placenta	
- cobertor	
- compressas cirúrgicas e gaze estéreis	
- braceletes de identificação	
33 - sondas vesicais e coletores de urina descartáveis	
34 – equipo para drogas fotossensíveis	
34 – óculos, máscaras e aventais para proteção da equipe.	
35 – protetores para ecviscer\ação ou queimaduras	
36 – espátulas de madeira	
36 – sondas nasogastricas	
37 – eletrodos descartáveis	
38 – equipos de bomba de infusão	
39 – circuitos de respiradores	
40 – campos fenestrados	
41 – almotolias de anti-sépticos	
42 - conjuntos de colares cervicais	
43 – equipamento de proteção individual: mascara, óculos luvas	
44. colete imobilizador dorsal	
45 – cilindros de oxigênio portátil com válvulas	
46 – manômetros e fluxômetro com mascara e chicote para oxigen ação	
47 – bandagens triangulares	
48 – talas para imobilização de membros	
48 – coletes reflexivos para a tripulação	
50 – lanterna e mão	

**APÊNDICE 2.8 Verificação materiais e equipamentos do carro de apoio padronizado pelo SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

CARRO DE APOIO RAPIDO	carro apoio Rápido				TOTAL	
	Sim		Não			
1-Sinalizador óptico e acústico						
2-Equipamento de rádio comunicação, fixo e móvel						
3..Mascaras laríngea e cânulas endotraqueais de vários tamanhos						
4..Cateteres de aspiração						
5.Cateteres nasais						
7.Seringa de 20 ml						
8.Ressuscitador manual adulto/infantil com reservat.						
9.Sondas de aspiração traqueal de vários tamanhos						
10.Luvas de procedimentos						
11.mascaras para o ressuscitados adulto						
12.Lidocaína geléia						
13.Lidocaína spray						
14.Cadarços para fixação de cânula						
15.Laringoscópio adulto com conjunto de lâminas						
16.Estetoscópio						
17.Esfigmonômetro adulto						
18.Cânulas orofaríngeas adulto						
19.Fios-guia para intubação						
20.Pinça de Magyl						
21.Bisturi descartável						
22.Bisturi descartável						
23..Cânula para traqueostomia						
24.Conjuntos de drenagem torácica						
25..Aglulhas plásticas						
26.Aglulhas punção óssea						
27.Garrote						
28.Equipo de macrogotas						
29.Seringas de vários tamanhos						
30.Torneiras de 3 vias						

31.EQUIPO DE INFUSÃO 3 VIAS						
32.FRASCOS DE SOROS:						
33.SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
34.RINGER LACTADO						
35.SORO GLICOSADO A 5% E 10%						
36.CAIXA COMPLETA DE PEQUENA CIRURGIA						
37. J.CATETERES ESPECÍFICOS PARA DISSECÇÃO DE VEIAS DE TAMANHO ADULTO						
38.EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO À EQUIPE DE SALVAMENTO:						
1.ÓCULOS						
2.MÁSCARAS						
39-MALETA DE PARTO:						
40-SONDAS VESICAIS						
41-COLETORES DE URINA						

**APÊNDICE 2.9 Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo B segundo a Portaria 2048/02 GM e segundo padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

Medicamentos padronizados pelo SAMU	Tipo B				TOTAL	
	Sim		Não			
1-AAS	10 comprimidos					
2-Captopril 25 mg	10 comprimidos					
3-Isordil 5 mg	10 comprimidos					
4-Água destilada	10 comprimidos					
5-Aminofilina	3 ampolas					
6-Bicarbonato	3 ampolas					
7-Hiocina	3 ampolas					
8- Ampilictil	2 ampolas					
9-Fenotoina	2 ampolas					
10-Diazepan	3 ampolas					
11-Prometazina	2 ampolas					
12-Dipirona	5 ampolas					
13-Furosemida	5 ampolas					
14-Glicose a 50%	10 ampolas					
15-Hidrocortizona	3 ampolas					

**APÊNDICE 2.10 Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo D segundo a Portaria 2048/02 GM e pela padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

Medicamentos obrigatórios nas ambulâncias		Tipo D				TOTAL	
		Sim		Não			
unidades							
1.Lidocaína sem vasoconstrictor	01						
2.Epinefrina	15						
3.Atropina	10						
4.Dopamina	03						
5.Aminofilina	02						
6.Dobutamina	03						
7.Hidrocortizona	03						
8.Glicose a 50%	10						
9.Psicotrópicos: Hidantoína	03						
10.Psicotrópicos: Meperidina							
11.Analgesia: Fentanil	03						
12.Analgesia: Ketalar	03						
13.Analgesia: Quecilin	03						
14.Água destilada	10						
15.Dipirona comprimido	10						
16.Soro fisiológico 0,9%	10						
17.Soro glicosado 5%	10						
18.Metroclorpramida	03						
19.Hiocina	03						
20.Dinitrato de isossorbitol 5mg	06						
21.Furosemida	03						
22.Amiodarona	03						
23.Lanosídeo C	03						
24.Glucanato de cálcio	03						
25.Fenergam	03						
26.Cetoprofeno	03						
27.Diazepan ampola	05						
28.Ramitidina ampola	10						
29.Bicarbonato de sódio	02						

30.fenitoína	01						
31.Dipirona ampola	02						
32.Succinil Colin	01						
33.Dexametazona	03						
34.Sulfato de salbutamol	01						
35.AAS comprimido	06						
36.Captopril 25 mg	06						
37.Haldol	02						
38.Monitol	02						
39.Dormonid ampola	02						
40.amplictil ampola	02						
41.Isordil 5 mg comprimido	10						
42.Heparina Frasco ampola	01						
43.Vitamina K ampola	03						
44.Hiocina ampola	03						
45.Paracetamol comprimido	03						
46.Atrovent	01						
47.Berotec	01						

**APÊNDICE 2.11 Verificação dos medicamentos obrigatórios nas viaturas do tipo E segundo a Portaria 2048/02 GM e pela padronização do serviço encontrados nas ambulâncias do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

Suporte avançado	Tipo E	
	Sim	Não
22.Amiodarona		
23.Lanosídeo C		
24.Glucanato de cálcio		
25.Fenergan		
26.Cetoprofeno		
27.Diazepan		
28.Ramitidina		
29.Bicarbonato de sódio		
30.Ipraneo		

31.Fenoterol		
32.Succinil Colin		
33.Dexametazona		
34.Sulfato de salbutamol		
35.AAS		
36.Captopril		
37.Haldol		
38.Monitol		
39.Dormaned		
40.Clorprazina		
41.Isordil		
42.Heparena		
43.Vitamina K		
44.Profenid		
45.Paracetamol		
46.Adravent		
47.Berotec		

**APÊNDICE 2.12 Verificação dos medicamentos obrigatórios no carro de apoio rápido segundo a padronização do SAMU/Recife no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;**

Medicamentos no carro de apoio rápido	Apoio rápido		TOTAL
	Sim	Não	
1.Lidocaína sem vasoconstrictor 03			
2.Epinefrina 15			
3.Atropina 10			
4.Dopamina 05			
5.Aminofilina 03			
6.Dobutamina 02			
7.Hidrocortizona 03			
8.Glicose a 50% 10			
9.diazepam 03			
10.haloperidol 02			

11. fenitoina	02						
12. ampicilil	02						
13. midazolam (dormonid)	02						
14.Água destilada	10						
15.Dipirona	05						
16.Soro fisiológico 0,9%	05						
17.Soro glicosado 5%	03						
18.Metroclopramida	05						
19.Hiocina	03						
20.Dinitrato de isossorbitol	10						
21.Furosemida	05						
22.Amiodarona	03						
23.Lanosídeo C	03						
24.Glucanato de cálcio	03						
25.Fenergam	03						
26.Cetoprofeno	03						
27.Diazepan	03						
28.Ramitidina	03						
29.Bicarbonato de sódio	03						
30.Ipraneo	01						
31.Fenoterol	01						
32.Succinil Colin	02						
33.Dexametazona	03						
34.Sulfato de salbutamol	03						
35.AAS	03						
36.Captopril	03						
37.Haldol	03						
38.Monitol	03						
39.petamidina	03						
40. naloxana	03						

**APÊNDICE 2.13 Verificação dos recursos humanos existentes no SAMU/Recife no período de outubro 2006 a janeiro de 2007, escala de serviço, contrato e tempo do contrato de trabalho.**

Variável	Sim/Não	Escala <sup>(1)</sup>	Contrato <sup>(2)</sup>	Tempo do contrato	
				< 2 anos	> 2 anos
<b>• Profissionais não oriundos</b>					
<b>da saúde</b>					
- Telefonista					
- Rádio operador					
- Condutor de veículo de urgência					
- Condutor de veículo aéreo de urgência					
- Responsáveis pela segurança (PMs, rodoviários)					
- Bombeiros/socorristas					
<b>• Profissionais oriundos</b>					
<b>da saúde</b>					
- Coordenador médico					
- Coordenador de enfermagem					
- Médicos reguladores					
- Médicos intensivistas					
- Enfermeiros					
- Auxiliar ou técnico de enfermagem					

(1) – Escala: D = Diarista; P = Plantonista.

(2) – 1 = Contrato determinado (CLT); 2 = 2A – Contrato indeterminado (Estatuário) do quadro funcional e 2B – Contrato indeterminado (Estatuário) do quadro não funcional.

**APÊNDICE 2.14 Verificação da tripulação nas ambulâncias do SAMU /Recife como preconiza a Portaria 2048/02 no período de outubro 2006 a janeiro de 2007.**

Variável	Sim	Não
<b>• Tipo B</b>		
- Motorista		
- Técnico/Auxiliar de enfermagem		
<b>• Tipo D</b>		
- Motorista		
- Médico		
- Enfermeiro		
<b>• Tipo E</b>		
- Piloto		
- Médico		
- Enfermeiro		
- Técnico de enfermagem		

**APÊNDICE 2.15 Verificação da organização do serviço existência de grade de referência e contra-referência e protocolos de atendimento do SAMU/Recife o período de outubro de 2006 a janeiro de 2007.**

<b>Variável</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>• Organização dos serviços</b>		
<b>Protocolo</b>		
- existe protocolo de procedimentos para todos os profissionais que atuam no serviço e numa linguagem clara e direta e encontra -se disponível para os profissionais do serviço.		
- Os protocolos de procedimentos possuem cronograma de atualização dos mesmos		
<b>Referência e contra-referência às urgências e emergências</b>		
- Existem grades de referência e contra -referência detalhada, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados,bem como a especialidade de cada serviço, dentro de uma rede hierarquizada e regionalizada.		
- Essa Grades de referência e contra -referência mostram a cada instante, a condição de capacidade instalada e suas circunstâncias momentâneas e estão disponível e de fácil acesso aos médicos da regulação e demais profissionais do SAMU/Recife		
- Existe na regulação médica mapa do município de Recife, descrevendo a localização dos serviços de saúde,bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte público e privado de fácil acesso.		
Existe na regulação médica mapa do município de Recife e da região de cobertura do serviço, detalhando as estradas e principais vias de acesso.		
Existe agenda de eventos de riscos para cobertura a de atividades esportivas, sociais e culturais.		
Existe na central de regulação planilhas com as vagas/censos diários dos leitos disponibilizados pela central de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxilia res de diagnóstico.		
Possui manual de normas e rotinas de serviço		
Existe plano para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre os agentes públicos e privados responsáveis)		

### 3 Instrumentos para avaliar o Componente Educação Permanente.

#### APÊNDICE 3.1 Verificação dos objetivos operacionais e das atividades do núcleo de urgência e emergência segundo orientação da Portaria 2048/02 GM;

<b>NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>ATIVIDADES</b>		
Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região.		
Capacitar os recursos humanos da atenção pré-hospitalar – unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências e ambulatórios de especialidades; atenção pós-hospitalar – internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção a saúde.		
Realizar cursos de certificação para os profissionais que irão atuar no serviço e cursos de re-certificação a cada 2 anos para os profissionais que já atuam no SAMU/Recife. O Núcleo de Educação permanente possui laboratório para capacitação de recursos humanos na área de urgência e emergência		
Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência		
Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgência, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como a adesão as atividades de educação continuada.		

**APÊNDICE 3.2 Verificação das grades de temas, conteúdos e carga horária dos cursos de certificação para atuar na área de APH Móvel segundo orientação da Portaria 2048/02 GM;**

SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU		data:			
CÓDIGO*					
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</b>	Temas	Conteúdos	CARGA HORÁRIA	SIM	NÃO
	Sistema de saúde local e serviços relacionados	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	02 T		
	Serviço Pré-hospitalar Móvel	Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local  Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002  Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências  Conceitos de ética ligada ao APH	02 T		
	Central de regulação e equipamentos	Manejo de equipamento central de Urgência (rádio), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais.	02 T		
	Anatomia e fisiologia	Anatomia topográfica: noções gerais de anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano, em especial esquelético, cardíaco e respiratório	08 T 12 P		

	Cinemática do trauma	Exame de cena e mecanismo de lesões	03 T		
	Abordagem do paciente	Abordagem Primária e secundária de uma vítima, avaliação dos sinais vitais de vitima, pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura., escala de coma de glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada elo serviço local	08 T 12 P		
	Manejo de vias aéreas/ ressuscitação cardiopulmonar	Obstrução de vias aéreas, desobstrução de vias aéreas, sinais e sintomas de parada ardiordespiratória e cardíaca.  Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança  Materiais e equipamentos utilizados na parada ardiordespiratória e utilizados em oxigeno terapia	06 T 18 P		
	Biossegurança	Conhecer as principais doenças transmissíveis. Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções	02 T		
	Ferimentos, hemorragias, bandagens e choque	Tipos de ferimentos: hemorragias, choque, principalmente choque hipovolêmico, curativo e bandagens, técnica de suporte básico de vida para tratamento de suporte básico de vida do choque hipovolêmico.	04 T 06 P		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</b>	Trauma músculo esquelético e imobilizações	Trauma músculo esquelético e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas a imobilização de extremidades lesadas. Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas	02 T 10 P		
	Traumatismos específicos	Traumatismos cranioencefálico  Traumatismo raquimedular  Trauma torácico  Trauma abdominal  Trauma de face  Trauma na criança e na gestante  Agravos por eletricidade  queimaduras	12 T		
	Remoção de vítimas	Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes.  Técnicas de remoção de vítimas de acidentes, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos.  Técnicas relativas a remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral	04 T 30 P		
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança,</b>	Assistência ao parto e cuidados com o recém-nascido	Trabalho de parto – período expulsivo cuidado com o recém nascido	04 T		
	Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais	Reconhecimento e intervenção em situação de crise	02 T		

<b>bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</b>	Afogamento	Fisiologia e técnica de abordagem	02 T		
	Intoxicação Exógena	Atendimento inicial	02 T		
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</b>	Emergências clínicas	Atendimento inicial as emergências clínicas	06 T		

	Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes	Conceito, princípios de controle da cena do acidente, triagem, tratamento e transporte	02 T 02 P		
	Acidentes com produtos perigosos	Conceitos/legislação Princípios de atendimento	02 T		
	Estágios Hospitalares	Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade	12 P		
	Estágios em ambulâncias	Vivencia prática de atendimento	12 T		
	Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	04 T 06P		
<b>Modulo complementar</b>	Salvamento	Salvamento terrestre Salvamento em alturas Salvamento aquático Materiais e equipamentos			
Total			200		

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---

---

---

---

---

---

---

SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU data:					
CÓDIGO*					
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel:</b>  <b>Telefonistas – auxiliares de regi</b>	Temas	Conteúdos	Carga horaria	SIM	NÃO
	Introdução	Apresentação do programa e atividades de integração	06 T 08 P		
	Geografia e estrutura urbana da cidade	Apresentação da geografia e estrutura urbana da cidade			
	Sistema de saúde da rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde.	02 T 08 P		
	Serviço Pré-hospitalar Móvel	Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local  Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002  Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências  Conceitos de ética ligada ao APH	08 T 10 P		
	Papel do telefonista	Funções de telefonista	04 T		
	Auxiliar de regulação e de regulação e do radio operador	auxiliar de regulação médica e do radio operador.	10 P		

Total			56 h		
-------	--	--	------	--	--

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---

---

---

---

---

SERVIÇO						
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU			data:			
CÓDIGO *						
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Auxiliar ou Técnico de Enfermagem</b>	Temas	Conteúdos	Carga horaria	SIM	NÃO	
		Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	05 T		
			Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade			
			Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local			
			Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002			
			Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências			
			Conceitos de ética ligada ao APH			
Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.						

	Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	04 T 12 P		
		Doenças circulatórias agudas	04 T 08 P		
		Doenças metabólicas	02 T		
		Intoxicações exógenas	01 P		
	Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	04 T 06 P		
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave Trauma raquimedular Trauma de crânio Trauma torácico Trauma abdominal	12 T 40 P		
<b>Grades de temas, conteúdos e carga</b>	Temas	Conteúdos	Carga horaria		
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento, Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos			

<b>horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem</b>	Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	02 T 04 P		
	Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-mortem	02 T 04 P		
	Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais,  Materiais para imobilização e transporte	08 P		
	Estágios em ambulâncias	Vivencia prática de atendimento	24 P		
	Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	04 T 06 P		
	<b>Modulo complementar salvamento</b>	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre  Salvamento em alturas  Salvamento aquático  Materiais e equipamentos	10 t 20 P		
	<b>Total</b>			154 H	

CÓDIGO*		SERVIÇO		
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU		data		
	Temas	Conteúdos	Carga horaria	SIM
	Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	5 T	
		Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local.  Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002  Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências  Conceitos de ética ligada ao APH		
		Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.		
	Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	4 T  8 P	

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Enfermeiros</b>		Doenças circulatórias agudas	4 T 8 P	
		Doenças metabólicas	4 T	
		Intoxicações exógenas	4 P	
	Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	4 T 4 P	
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave  Trauma raquimedular  Trauma de crânio  Trauma torácico  Trauma abdominal	0 T 6 P	
	Temas	Conteúdos	Carga horaria	
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento,  Trauma na gestante  Lesões por eletricidade  Acidentes com múltiplas vítimas  Acidentes com produtos perigosos		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Enfermeiros</b>	Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	2 T 4 P	
	Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-mortem	2 T 2 P	
	Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais,  Materiais para imobilização e transporte	8 t	
	Estágios em ambulâncias	Vivencia prática de atendimento	4 P	
	Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	4 T 6 P	
	<b>Modulo complementar salvamento</b>	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre  Salvamento em alturas  Salvamento aquático  Materiais e equipamentos	0 T 0 P	
	<b>Total</b>		60 H	

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---



---

CÓDIGO*					
SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU				data	
	Temas	Conteúdos	Carga horaria		
	Sistema de saúde, atenção integral as urgências e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema único de saúde – SUS	5 T		
		Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002  Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências  Conceitos de ética ligada ao APH			
		Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde, perfil profissional.			
	Regulação médica das urgências	Histórico bases teóricas e éticas nosologias e avaliação de risco  Etapas da regulação protocolos	0 t  5 P		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Médicos</b>	Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes	Conceitos princípios de controle da cena, triagem, tratamento e transporte.	4 T 4 P		
	Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	4 T 8 P		
		Doenças circulatorias agudas	4 T 4 P		
		Doenças metabólicas	2 T 2 P		
		Intoxicações exógenas	2 T 2 P		
	Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	2 T 2 P		
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave	6 T 2 P		
		Trauma raquimedular			
		Trauma de crânio			
		Trauma torácico			
		Trauma abdominal			

<p style="text-align: center;"><b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Médicos</b></p>	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento,  Trauma na gestante  Lesões por eletricidade			
	Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	2 T		
	Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-mortem	2 T		
	Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais,  Materiais para imobilização e transporte	4 T		
	Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	4 T		
	Estágio em central de regulação	Vivência prática de atendimento	2 P		
	Estágios em ambulâncias	Vivência prática de atendimento	4 P		
	<b>Total</b>			20 h	

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---

---

---

---

---

---

**AVALIAR O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO  
(terceiro objetivo):**

***4 Instrumentos para avaliar o Componente Gestão de informação .***

**APÊNDICE 4.1** Verificação do sistema de comunicação e informação durante o processo de atendimento do SAMU/Recife No período de outubro de 2006 a janeiro de 2007;

Variável	Sim	Não	AS VEZES
<b>Processo</b>			
- Existem monitoramento e acompanhamento do atendimento realizado pelo SAMU/Recife até o encerramento do caso realizado pela central de regulação de urgência			
- Existe comunicação do SAMU/Recife com os serviços de segurança e salvamento (Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Defesa Civil, Polícia Civil, Militar, Polícia Federal e Guarda de Trânsito) e com a rede assistencial de saúde para realizar os atendimentos. E também, quanto a cobertura de eventos			
- Possui fichas de atendimento dos pacientes preenchidas corretamente			
- Cria, compara, analisa e divulga os atendimentos realizados pelo SAMU/ Recife e encaminha aos órgãos competentes;			

- Promove articulação e discussão dos indicadores de saúde produzidos pelo SAMU/Recife com outras instituições para o enfrentamento dos problemas na área de urgências e emergências.			
---	--	--	--

**APÊNDICE 4.2 Instrumentos para avaliar o Componente Assistência a Saúde:**

**Tabela 6.A – Número de viaturas no SAMU/Recife, outubro de 2006 a janeiro de 2007, disponível e número de atendimento realizado no período em relação a área de cobertura**

Tipo de	Núme	Número	Média do	Tot
ia	ro existente*	recomenda	intervalo	al
ambulânc		do pelo MS	recomenda	
SBV				
SAV				
TOTAL				

(\*) – Número de ambulância observado no pátio na maioria dos dias avaliados.

**5 Instrumentos para avaliar o Componente Educação Permanente:**

**APÊNDICE 5.1** verificação das ações realizadas pelo núcleo de educação ou do serviço de educação continuada do SAMU/RECIFE e das ações realizadas em 2006.

Variável	Sim	Não
<b>Ações realizadas</b>		
- Congresso, Fóruns, Jornadas ou encontros integrando os profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar discutindo os problemas da rede de saúde		
- Simulação de acidentes com múltiplas vítimas ou situações de catástrofe envolvendo profissionais do atendimento pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar, escolas de ensino superior e nível técnico, militares, policiais, bombeiros, setores que prestam socorro à população de caráter público, de abrangência municipal, regional ou estadual.		
Análise das áreas de risco e discussão em espaços interinstitucionais com intervenção positiva na incidência de agravos à saúde buscando desenvolver uma política intersetorial.		

**APÊNDICE 5.2 Verificação da estrutura dos cursos de re- certificação quanto as grades de temas, conteúdos e carga horária realizado pelo NEU ou pelo serviço de educação continuada do SAMU/Recife em parceria com outras instituições conforme orientação da portaria ministerial 2048/02.**

<b>SERVIÇO</b>					
<input type="checkbox"/> ESTADUAL		<input type="checkbox"/> MUNICIPAL/SAMU		<i>data:</i>	
<b>CÓDIGO*</b>					
	<b>Temas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>CARGA HORARIA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
	Sistema de saúde local e serviços relacionados	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	02 T		

<p>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</p>	<p><b>Serviço Pré-hospitalar Móvel</b></p>	<p>Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local</p> <p>Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002</p> <p>Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências</p> <p>Conceitos de ética ligada ao APH</p>	<p>02 T</p>		
	<p>Central de regulação e equipamentos</p>	<p>Manejo de equipamento central de Urgência (rádio), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais.</p>	<p>02 T</p>		
	<p>Anatomia e fisiologia</p>	<p>Anatomia topográfica: noções gerais de anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano, em especial esquelético, cardíaco e respiratório</p>	<p>08 T</p> <p>12 P</p>		

	<b>Cinemática do trauma</b>	<b>Exame de cena e mecanismo de lesões</b>	<b>03 T</b>		
	<b>Abordagem do paciente</b>	<b>Abordagem Primária e secundaria de uma vítima, avaliação dos sinais vitais de vítima, pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura., escala de coma de glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada elo serviço local</b>	<b>08 T</b> <b>12 P</b>		
	<b>Manejo de vias aéreas/ ressuscitação cardiopulmonar</b>	<b>Obstrução de vias aéreas, desobstrução de vias aéreas, sinais e sintomas de parada cardiorrespiratoria e cardíaca.</b>  <b>Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança</b>  <b>Materiais e equipamentos utilizados na parada cardiorrespiratoria e utilizados em oxigeno terapia</b>	<b>06 T</b> <b>18 P</b>		

	<b>Biossegurança</b>	<b>Conhecer as principais doenças transmissíveis. Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções</b>	<b>02 T</b>		
	<b>Ferimentos, hemorragias, bandagens e choque</b>	<b>Tipos de ferimentos: hemorragias, choque, principalmente choque hipovolêmico, curativo e bandagens, técnica de suporte básico de vida para tratamento de suporte básico de vida do choque hipovolêmico.</b>	<b>04 T</b> <b>06 P</b>		
	<b>Trauma músculo esquelético e imobilizações</b>	<b>Trauma músculo esquelético e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas a imobilização de extremidades lesadas. Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas</b>	<b>02 T</b> <b>10 P</b>		

<p>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</p>	<p>Traumatismos específicos</p>	<p>Traumatismos cranioencefalico</p> <p>Traumatismo raquimedular</p> <p>Trauma torácico</p> <p>Trauma abdominal</p> <p>Trauma de face</p> <p>Trauma na criança e na gestante</p> <p>Agravos por eletricidade</p> <p>queimaduras</p>	<p>12 T</p>		
---	---------------------------------	---	-------------	--	--

	<b>Remoção de vítimas</b>	<p><b>Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes.</b></p> <p><b>Técnicas de remoção de vítimas de acidentes, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos.</b></p> <p><b>Técnicas relativas a remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral</b></p>	<p><b>04 T</b></p> <p><b>30 P</b></p>		
	<b>Assistência ao parto e cuidados com o recém-nascido</b>	<b>Trabalho de parto – período expulsivo</b> <b>cuidado com o recém nascido</b>	<b>04 T</b>		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</b>	<b>Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais</b>	<b>Reconhecimento e intervenção em situação de crise</b>	<b>02 T</b>		
	<b>Afogamento</b>	<b>Fisiologia e técnica de abordagem</b>	<b>02 T</b>		
	<b>Intoxicação Exógena</b>	<b>Atendimento inicial</b>	<b>02 T</b>		
	<b>Emergências clínicas</b>	<b>Atendimento inicial as emergências clínicas</b>	<b>06 T</b>		

<p>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel da área de segurança, bombeiros e condutores de veículos de urgência tipo B, C e D</p>					
	<p>Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes</p>	<p>Conceito, princípios de controle da cena do acidente, triagem, tratamento e transporte</p>	<p>02 T 02 P</p>		
	<p>Acidentes com produtos perigosos</p>	<p>Conceitos/legislação Princípios de atendimento</p>	<p>02 T</p>		

	<b>Estágios Hospitalares</b>	<b>Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade</b>	<b>12 P</b>		
	<b>Estágios em ambulâncias</b>	<b>Vivencia prática de atendimento</b>	<b>12 T</b>		
	<b>Avaliação teórica e prática do curso</b>	<b>Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento</b>	<b>04 T 06P</b>		
<b>Modulo complementar</b>	<b>Salvamento</b>	<b>Salvamento terrestre Salvamento em alturas Salvamento aquático Materiais e equipamentos</b>			
<b>Total</b>			<b>200</b>		

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---



---



---



---

<p><b>SERVIÇO</b></p> <p>( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU                      <b>data:</b></p> <p><b>CÓDIGO*</b></p>					
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel:</b>	Temas	Conteúdos	Carga horaria	SIM	NÃO
	Introdução	Apresentação do programa e atividades de integração	6 T		
	Geografia e estrutura urbana da cidade	Apresentação da geografia e estrutura urbana da cidade	8 P		
	Sistema de saúde da rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde.	2 T 8 P		

<b>Telefonistas – auxiliares de regi</b>	Serviço Pré-hospitalar Móvel	Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local  Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002  Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências  Conceitos de ética ligada ao APH	8 T  0 P		
	Papel do telefonista  Auxiliar de regulação e de regulação e do radio operador	Funções de telefonista auxiliar de regulação médica e do radio operador.	4 T  0 P		
Total			6 h		

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---



---



---



---

SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU		data:			
CÓDIGO*					
	Temas	Conteúdos	Carga horária	SIM	NÃO
	Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	05 T		
		Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade			
		Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local			
		Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002			
		Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências			
		Conceitos de ética ligada ao APH			
		Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.			

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>	Urgências clínicas no paciente adulto	Sufrimento respiratório agudo	04 T		
			12 P		
	Doenças circulatórias agudas	Doenças circulatórias	04 T		
			08 P		
		Doenças metabólicas	02 T		
Intoxicações exógenas	01 P				
<b>Auxiliar ou Técnico de Enfermagem</b>	Urgências clínicas na criança	Sufrimento respiratório agudo	04 T		
			06 P		
	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave	12 T		
		Trauma raquimedular	40 P		
		Trauma de crânio			
		Trauma torácico			
		Trauma abdominal			
	Temas	Conteúdos	Carga horaria		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem</b>	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento,  Trauma na gestante  Lesões por eletricidade  Acidentes com múltiplas vítimas  Acidentes com produtos perigoso			
	Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	02 T  04 P		
	Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-morte	02 T  04 P		
	Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais,  Materiais para imobilização e transporte	08 P		
	Estágios em ambulâncias	Vivencia prática de atendimento	24 P		
	Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	04 T  06 P		

	<b>Modulo complementar salvamento</b>	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre Salvamento em alturas Salvamento aquático Materiais e equipamentos	10 t 20 P		
<b>Total</b>			154 H		

CÓDIGO*					
SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU		data			
Temas	Conteúdos	Carga horária	SIM	NÃO	
Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde integração do grupo	05 T			
	Histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Perfil profissional, apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel local				
	Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002				
	Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências				
	Conceitos de ética ligada ao APH				
	Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.				
Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	04 T			
		08 P			

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Enfermeiros</b>		Doenças circulatórias	04 T		
		agudas	08 P		
		Doenças metabólicas	04 T		
		Intoxicações exógenas	04 P		
	Urgências clínicas na criança	Sufrimento respiratório agudo	04 T		
Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave	10 T			
		Trauma raquimedular	26 P		
		Trauma de crânio			
		Trauma torácico			
		Trauma abdominal			
	Temas	Conteúdos	Carga horaria		

Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento,  Trauma na gestante  Lesões por eletricidade  Acidentes com múltiplas vítimas  Acidentes com produtos perigoso			
Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	02 T 04 P		
Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-mortem	02 T 02 P		
Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais,  Materiais para imobilização e transporte	08 t		
Estágios em ambulâncias	Vivência prática de atendimento	24 P		
Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	04 T 06 P		

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Enfermeiros</b>	<b>Modulo complementar</b>	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre	10 T		
	<b>salvamento</b>	Salvamento em alturas  Salvamento aquático  Materiais e equipamentos	20 P		
<b>Total</b>			160 H		

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---



---



---



---

CÓDIGO*					
SERVIÇO					
( ) ESTADUAL ( ) MUNICIPAL/SAMU		data			
	Temas	Conteúdos	Carga horaria		
	Sistema de saúde, atenção integral as urgências e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema único de saúde - SUS	05 T		
		Apresentação da portaria GM/MS nº2048 de 2002			
		Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e Emergências			
		Conceitos de ética ligada ao APH			
		Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde, perfil profissional.			

<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos profissionais oriundos da saúde:</b>  <b>Médicos</b>	Regulação médica das urgências	Histórico bases teóricas e éticas nosologias e avaliação de risco  Etapas da regulação protocolos	10 t  05 P		
	Acidentes com múltiplas vítimas e catástrofes	Conceitos princípios de controle da cena, triagem, tratamento e transporte.	04 T  04 P		
	Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	04 T  08 P		
		Doenças circulatórias agudas	04 T  04 P		
		Doenças metabólicas	02 T  02 P		
		Intoxicações exógenas	02 T  02 P		
	Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	02 T  02 P		

	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial ao traumatizado grave Trauma raquimedular Trauma de crânio Trauma torácico Trauma abdominal	16 T 12 P		
<b>Grades de temas, conteúdos e carga horária mínima para a habilitação e certificação dos</b>	Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Trauma de extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, quase afogamento, Trauma na gestante Lesões por eletricidade			
	Urgências psiquiátricas	Psicoses, tentativas de suicídios, depressões, síndrome cerebrais orgânicas.	02 T 02 P		
	Urgências Obstétricas	Trabalho de parto normal, apresentações distócicas, hipertensão na gestante e suas complicações, hemorragias, abortamento, cesárea pós-mortem	02 T 02 P		
	Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, Materiais para imobilização e transporte	04 T		
	Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	04 T		
	Estágio em central de regulação	Vivencia prática de atendimento	12 P		

<b>profissionais oriundos da saúde:</b>	Estágios em ambulâncias	Vivencia prática de atendimento	24 P		
<b>Médicos</b>					
<b>Total</b>			120 h		

Especificar módulos realizados com respectiva carga horária:

---

---

---

---

## APÊNDICE 6 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SAMU/Metropolitano – SAMU/Recife

1. Aproximadamente qual é média de chamadas nas 12 horas? E quantos atendimentos externos são realizados por plantão de 12 horas pelo SAMU/Recife?

2. Quais os tipos de ambulâncias ou veículos utilizados pelo SAMU? Você saberia dizer quantas viaturas?

3. Em relação à tripulação (número e tipo profissionais que devam ter nas viaturas) você acha que serviço cumpre rigorosamente a legislação?

4. Qual o tipo de contrato empregatício você com o SAMU/metropolitano? Quanto tempo de atuação?

5. Na sua área de atuação, você acha o quantitativo de pessoal suficiente? E recebeu a qualificação mínima para atender a demanda? Explique.

6. Você conheceu como as grades de referência e contra-referência pactuada com SAMU?

7. Na sua percepção o acesso ao APH, na cidade do Recife, com dois números distintos 192 e 193 causa confusão a população na hora de Acionar? E causa transtorno na organização do serviço?

8. No início das suas atividades no SAMU você recebeu a certificação para trabalhar pelo Núcleo de Educação Permanente? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação?

9. As escolas de nível médio ou superior utilizam o SAMU como campo de pratica?

10. na sua opinião existe comunicação da central SAMU com a rede assistencial de saúde e com as instituições parceiras do serviço?

11. O que você acha da mudança do SAMU Recife para o SAMU Metropolitano? O que mudou na sua concepção?

12. Você seria capaz de descrever por ordem decrescente quais são as principais causas de pedido de ajuda ao SAMU?

13. Os medicamentos padronizados pela portaria e serviço são conferidos diariamente? Sabe informar se mantêm sempre a Cota?

14. Você acha que os serviços que as unidades de saúde da família, postos de saúde, unidades não hospitalares de urgências, rede hospitalar trabalham interligados com o SAMU? Por quê?

15. Caso você tenha mais de 2 anos desenvolvendo suas atividades no APH móvel. Responda: Você já fez o curso para a re -certificação? Qual a carga horária do Curso? E qual a instituição que realizou essa capacitação?

16. No ano de 2006, o NEP ou serviço de Educação Continuada do SAMU/Metropolitano realizou treinamento na sua área de atuação?

17. Você conhece a Portaria Ministerial 2048/02 quanto à normatização de normas e critérios de funcionamento do APH móvel no Brasil?

18. O SAMU já adaptou seu serviço às exigências da legislação atual? Como?

19. . Como você avaliar o tempo de médio de resposta total de seu serviço?Esta dentro da media nacional?

20. Quais os avanços e entraves do APH móvel na Cidade do Recife?