



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS V
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL JOÃO PESSOA**

JOÃO PESSOA
2015

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL JOÃO PESSOA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para o título de Especialista em Gestão em Saúde.

Área de concentração: Gestão Pública.

Orientador: Prof. Silene Lima Dourado Ximenes Santos

JOÃO PESSOA

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A347 p Almeida, Rosilene Alves de
Processo de trabalho em saúde na gerência do serviço de
atendimento móvel de urgência regional João Pessoa [manuscrito]
/ Rosilene Alves de Almeida. – 2015.
80p. : il. Color.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,
Técnico e Educação à Distância, 2015.

“Orientação: Profa. Ma. Silene Lima Dourado Ximenes
Santos, PROEAD”.

1. Gestão em Saúde. 2. Serviços de Saúde. 3. Socorro de
Urgência. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ROSILENE ALVES DE ALMEIDA

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA GERÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL JOÃO PESSOA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Área de concentração: Gestão Pública.

Aprovada em: 28/03/2015.

BANCA EXAMINADORA

Silene Lima Dourado Ximenes Santos

Prof. Msc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Mônica Simões

Prof. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões (Membro Examinador Interno)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Francilene Leite

Prof. Msc. Maria Francilene Leite (Membro Examinador Externo)
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

A todos que direta ou indiretamente contribuíram,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde, força, proteção e perseverança a mim concebidas;

Aos meus pais, Benedito Ferreira de Almeida (*in memoriam*) e Francisca Alves de Almeida, pela dedicação e esforço na minha formação pessoal e profissional;

Aos meus irmãos, Elisabete, Edcarlos, Rogério, Rosângela, Francisca, Rosimery e Petrônio, pelos momentos vivenciados junto a mim nesta e em outras caminhadas;

Aos sobrinhos Vitor, Vinícius, Maria Júlia, Rayssa, Pedro Gustavo, Renan, Enzo, Arthur e Isabela pelos momentos de descontração;

Ao companheiro Gutenberg Alves Pequeno pelo incentivo;

À orientadora Silene de Lima D. X. Santos pelo apoio e confiança concedidos;

Aos membros da banca pelas imensuráveis contribuições;

Aos gerentes e demais profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional João Pessoa pela colaboração e disponibilidade.

“Um verdadeiro Gestor precisa ter três habilidades:

Liderar pessoas com excelência;

Gerenciar processos com grande eficácia;

Planejar estratégias com forte visão de futuro”.

(Alfredo Martini Júnior)

RESUMO

Introdução: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um componente assistencial pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências, que objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde que possa levar a sofrimento, a sequela ou morte. Para atender às diversas demandas por assistência em saúde, o SAMU 192 funciona com uma gama de recursos e necessita de um esforço institucional coletivo, e um trabalho ordenado e sistematizado. Assim sendo, há a necessidade de compreender como se dá o processo de trabalho na gerência do SAMU de João Pessoa, considerando a articulação de seus componentes. **Objetivo:** descrever o processo de trabalho em na gerência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional João Pessoa. **Metodologia:** pesquisa descritivo-exploratória quantiquantitativa, realizada no SAMU 192 Regional de João Pessoa. A coleta de dados foi feita através da observação em lócus e da aplicação de um questionário semiestruturado aos gerentes do serviço, posteriormente foram analisados e discutidos à luz da literatura pertinente à temática. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo nº 0652/13 e CAAE 20490613.6.000.5188, sendo um recorte de um projeto maior intitulado “Avaliação do Desempenho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba”, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba. **Resultados:** o processo de trabalho no SAMU 192 Regional João Pessoa é gerenciado por uma equipe de coordenadores e supervisores que, em maior ou menor grau, contribuem direta e indiretamente para o andamento das atividades. As decisões e ações não são centralizadas. Como resultado os componentes do processo de trabalho se interrelacionam para atingir um objetivo comum. O serviço apresentou potencialidades (número suficiente de unidades de suporte básico e avançado de vida, a existência das bases descentralizadas, boa estrutura física e funcional da central de regulação, equipamentos de alto custo e capacidade tecnológica, proposta de implantação do Núcleo de Educação em Urgências, gerência descentralizada) e fragilidades (déficit de profissionais e veículo, bases descentralizadas com estruturas adaptadas, serviço não qualificado) no gerenciamento do processo de trabalho. **Conclusões:** os gerentes do SAMU 192 Regional João Pessoa trabalham no sentido de prover agentes (profissionais) e meios (recursos materiais e imateriais) para que, utilizando-se destes, consigam alterar o objeto (agravo), gerar um produto (efeitos) e alcançar a sua finalidade (saúde, vida, qualidade de vida). Nesse sentido, na gerência dos serviços de saúde reconhece-se a importância de gerentes capacitados para planejar, controlar e avaliar seus processos de trabalho.

Palavras-Chave: Administração de Serviços de Saúde. Fluxo de Trabalho. Socorro de Urgência.

ABSTRACT

Introduction: the Mobile Emergency Care Service (SAMU 192) is a mobile component of the pre-hospital care of the Emergency Care Network, which aims to arrive on time to the victim after a grievance to your health, that may cause suffering, sequel or death. To meet the various demands for health care, the SAMU 192 works with a range of features, requires a collective institutional effort and an orderly and systematic work. Therefore, there is urgent need of understand how does the process work in the management of in SAMU João Pessoa, considering the articulation of its components. **Objective:** to describe the work process in the management of the Mobile Emergency Care Service Regional João Pessoa. **Methodology:** descriptive-exploratory and quantiquaitative research held at SAMU 192 Regional João Pessoa. Data collection was carried out through observation in locus and with application of a semi-structured questionnaire to the managers of the service, who were analyzed and discussed in the light of the relevant literature to the theme. The research followed the ethical principles of Resolution No. 466/2012 of the National Health Council and was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal da Paraíba, under the Protocol 0652/13 and CAAE 20490613.6.000.5188. This study is a cutout of a larger project entitled "Evaluation of the Mobile Emergency Care Service performance in 1st Macro-region Health of Paraíba", funded to Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba. **Results:** the work process in the SAMU 192 Regional João Pessoa is managed by a team of coordinators and supervisors who, to a greater or lesser extent, contribute directly and indirectly to the progress of activities. The decisions and actions are not centralized. As a result the components of the work process interrelate to achieve a common result. The service were observed potentialities (enough number of basic and advanced life support units, the existence of decentralized bases, physical and functional structure good of medical regulation central, the use of equipment of high cost and technological capacity, implementation proposal of the education center in emergencies, management decentralized) and weaknesses (professionals and vehicle deficit, decentralized bases with adapted structures, unqualified service) in the management of the work process. **Conclusions:** the managers of SAMU 192 Regional Joao Pessoa work to provide agents (professional) and means (material and immaterial resources) so that, using these, able to change the object (grievance), generate a product (effects) and achieve their purpose (health, life, quality of life). So, in the management of health services facilities is recognized the importance of trained managers to plan, monitor and evaluate their work processes.

Keywords: Health Services Administration Workflow.. Emergency Relief.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Ambulância de Jean Dominique Lerrey	19
Figura 2 –	Primeira ambulância do Corpo de Bombeiros	22
Figura 3 –	Arquitetura de uma Base Descentralizada do SAMU 192	33
Figura 4 –	Veículos de Urgência utilizados pelo SAMU 192	33
Figura 5 –	Padronização de uniforme e veículos da marca SAMU 192	36
Figura 6 –	Representação gráfica do Processo de Trabalho em Saúde	38
Figura 7 –	Organograma 1 dos níveis hierárquicos do SAMU 192 Regional João Pessoa	58
Figura 8 –	Organograma 2 dos níveis hierárquicos do SAMU 192 Regional João Pessoa	58
Figura 9 –	Organograma 3 dos níveis hierárquicos do SAMU 192 Regional João Pessoa	59
Figura 10 –	Processo de trabalho e a interrelação entre seus componentes no SAMU 192 Regional João Pessoa	60

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 4.2.2.1 – Quantitativo real e ideal de cabines numa CRMU para 1.500.001 a 2.000.000 habitantes	48
Tabela 4.2.6.1 – Recursos Humanos do SAMU 192 Regional João Pessoa, 2015	56
Quadro 1 – Classificação, por porte, das Unidades de Pronto Atendimento 24h	25
Quadro 2 – Principais Portarias de Urgência e Emergências	30
Quadro 3 – Distribuição de profissionais conforme cada unidade móvel do SAMU	35
Quadro 4 – Municípios Sedes de Bases do SAMU 192 Regional João Pessoa	44
Quadro 5 – Bases Descentralizadas do SAMU 192 Regional João Pessoa e sua área de abrangência	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CB	Corpo de Bombeiros
CME	Central de Material Esterilizado
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRMU	Central de Regulação Médica das Urgências
DAC	Departamento de Aviação Civil
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DPRF	Departamento de Polícia Rodoviária Federal
HT	<i>Hand-Talk</i>
KED	<i>Kendrick Extrication Device</i>
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCRC	Parada Cardiorrespiratória e Cerebral
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
RO	Rádio-Operadores
RUE	Rede de Atenção às urgências
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEUE	Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMUR	Serviços Móveis de Urgência e Emergência e Reanimação

SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UR	Unidade de Resgate
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículos de Intervenção Rápida
WC	<i>Water Closed</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivo Geral	15
1.2	Objetivos Específicos	16
1.3	Justificativa	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Bases Históricas do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel	17
2.2	Legislação e Política de Atenção às Urgências	22
2.3	Descrevendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	30
2.4	Processo de Trabalho e Gerência em Saúde	35
3	METODOLOGIA	39
3.1	Tipo de Estudo	39
3.2	Local do Estudo	40
3.3	Coleta de Dados	40
3.4	Análise dos Dados	41
3.5	Considerações Éticas	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1	Histórico do SAMU 192 Regional João Pessoa	42
4.2	Estrutura Organizacional Física e Funcional do SAMU 192 Regional João Pessoa	43
4.2.1	<i>Bases Descentralizadas</i>	44
4.2.2	<i>Central de Regulação Médica das Urgências</i>	47
4.2.3	<i>Sistema de Comunicação</i>	48
4.2.4	<i>Sistema de Informação</i>	49
4.2.5	<i>Veículos de Urgência e Equipes</i>	50
4.2.6	<i>Estrutura Gerencial e Recursos Humanos: agentes do processo de trabalho</i>	53
4.2.7	<i>Processo de Trabalho e a Interrelação entre seus Elementos</i>	59

5 CONCLUSÃO 64

REFERÊNCIAS 66

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXOS

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Anuência para Coleta de Dados

**ANEXO C – Código Q, Alfabeto Fonético Internacional e Numérico
Sequencial**

1 INTRODUÇÃO

O socorro sistematizado emergencial prestado às vítimas de situações críticas teve suas bases alicerçadas durante a guerra civil americana, onde eram perdidas muitas vidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato. Foi identificada a necessidade de providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha. Alguns conceitos como segurança da cena, exame primário e a própria questão do transporte rápido, são oriundos dessa época (SILVA, 2010).

Tecnicamente, o marco da criação da ambulância projetada deve-se ao médico Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Necessitando estabelecer atendimento imediato, projetou Unidades de Transporte de feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras”. O aumento da velocidade deu-se pelo uso, inicialmente, de dois cavalos lado a lado e posteriormente perfilados, bem como madeira leve, rodas pequenas e teto arredondado para evitar retenção de água na madeira durante a chuva (SILVA, 2010).

“A partir de então, paramédicos e soldados, ao retornarem da guerra passaram a aperfeiçoar e a aplicar o conhecimento e a experiência adquiridos para o atendimento aos traumas, outrora frequentes na sociedade civil industrializada” (PHTLS, 2004). Tal iniciativa foi estendida até o século XIX, levando à criação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, para o atendimento rápido aos feridos, se destacando nas Guerras Mundiais do século XX (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Posteriormente, em 1965, na França, foi aprovado um Decreto criando os Serviços Móveis de Urgência e Emergência e Reanimação (SMUR) de base hospitalar e, posteriormente em 1968, foram criados os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para coordenar as atividades dos SMUR, incorporando uma Central de Regulação Médica de chamadas.

Conforme explicitado na Portaria nº 1.010/2012, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é conceituado como um componente assistencial pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências, cujo objetivo é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que

possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipes capacitadas (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o componente pré-hospitalar móvel, foi previsto pela Portaria 2.048/2002, porém, só foi instituído em 2003, por meio da Portaria 1.864/2003, através da implantação dos SAMU 192, suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, a partir de 100.000 habitantes (BRASIL, 2002; 2003a).

Para atender às diversas demandas por assistência em saúde, o serviço funciona com uma gama de recursos (humanos e materiais) para sua organização. Neste íterim, deve haver, majoritariamente, um esforço coletivo institucional, a ser desenvolvido com a divisão parcelar do trabalho para a organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Entende-se por trabalho, em geral, um “conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto” (FARIA et al., 2009, p. 34), trabalho este que deve ser ordenado e sistematizado, uma vez que a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (HORÁCIO et al, 2009), em especial do trabalho de equipes de urgência e emergência.

O processo de trabalho em saúde se dá através dos seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, os agentes e o produto, elementos que precisam ser examinados de forma articulada, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico (MENDES; GONÇALVES 1979, 1992 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Assim sendo, há a necessidade de compreender como se dá o processo de trabalho na gestão do SAMU 192 Regional João Pessoa, considerando a articulação de seus componentes.

1.1 Objetivo Geral

- ✓ Compreender o processo de trabalho em saúde na gerência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional de João Pessoa.

1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Apresentar a estrutura organizacional física e funcional do serviço;
- ✓ Delimitar o quantitativo de pessoal envolvido para suprir as demandas do serviço;
- ✓ Identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho;
- ✓ Definir a dinâmica do processo de trabalho em equipe para a gestão do serviço;
- ✓ Descrever o processo de trabalho na sua totalidade e a interrelação entre seus elementos.

1.3 Justificativa

Compreendendo que as ações e serviços de saúde requerem avaliações e análises para subsidiar gestores e técnicos no processo de tomada de decisão nas esferas governamentais, de acordo com a realidade local, este estudo se justifica pela necessidade de descrever como ocorre o processo de trabalho na gerência do SAMU para atender às diversas demandas urgentes.

Tem-se que a investigação de eventos possibilita uma avaliação no sentido de orientar para a necessidade de reestruturação, implementação de novas estratégias e, conseqüentemente, a melhoria das ações e serviços.

Nesse sentido, esta pesquisa se torna relevante na perspectiva de fornecer informações, bem como proporcionar uma base para decisões políticas por parte dos gerentes e gestores do município João Pessoa, no que se refere à redefinição de diretrizes, estratégias e objetivos para se efetivar, na prática cotidiana, a intenção da Política de Urgência e Emergência, por meio da aplicação de novos métodos de gerência.

O estudo permitirá a compreensão, por parte da população e demais atores envolvidos, de todo o percurso que permeia o atendimento a um chamado, no sentido da totalidade da gerência do processo de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Bases Históricas do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) pode ser definido como toda assistência realizada, direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar, com intuito de oferecer a melhor resposta a uma solicitação de ajuda, desde uma simples orientação médica até o envio de um veículo de emergência ao local da ocorrência para manutenção da vida e ou a redução de sequelas (OLIVEIRA, 2012).

Podendo, ainda, ser definido como:

O conjunto de procedimentos técnicos realizados no local da emergência/urgência e durante o transporte das vítimas até a chegada ao hospital de referência. Ele objetiva estabilizar as condições vitais, evitando a morbimortalidade, por meio de condutas adequadas durante a fase de estabilização e transporte (OLIVEIRA, 2012, p.13).

De tal forma, o APH é destinado ao atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas às causas externas (traumatismos, violências, suicídios) (BRASIL, 2003b). Há três princípios básicos a ser seguidos pelos profissionais que atuam no APH: chegar até a vítima o mais rápido possível; estabilizá-la no local, proporcionando de forma rápida e eficiente o restabelecimento de suas funções vitais; e transportá-la rapidamente ao hospital (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Os primórdios do APH têm suas bases históricas fortemente associadas às guerras e no decorrer dos séculos, vem evoluindo para atender às necessidades de saúde, ao oferecer os primeiros cuidados extra-hospitalares ao paciente até que ele adentre a um serviço de saúde para prosseguir com o tratamento definitivo (PHTLS, 2004). Foram as guerras que impulsionaram e aprimoraram os serviços de APH e resgate, diante da necessidade de atendimento rápido e eficaz (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Descreve a literatura que o APH tem seu berço no bojo dos campos de batalha da Europa e Guerra Civil Americana, para atender aos traumatizados pelos efeitos das guerras, fundamentado na necessidade de melhorar a sobrevivência dos soldados combatentes, os quais, quando feridos, eram abandonados à própria sorte (PHTLS, 2004).

Precisamente no século XVIII, no período Napoleônico, a fim de prevenir complicações, a atendimento às emergências/urgências começou a ser feito no local da ocorrência pelo médico Jean Dominique Larrey, e, posteriormente os soldados feridos eram transportados em carroças com tração animal (Figura 01), para serem melhor assistidos longe dos conflitos (RAMOS; SANNA, 2004).

Figura 1: Ambulância de Jean Dominique Larrey



Fonte: Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010.

Tecnicamente, o marco da criação da ambulância projetada deve-se ao médico Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Necessitando estabelecer atendimento imediato, projetou Unidades de Transporte de feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras” (Figura 01) (SILVA, 2010).

O aumento da velocidade deu-se pelo uso, inicialmente, de dois cavalos lado a lado e posteriormente perfilados, bem como da utilização de carroças de madeira

leve, rodas pequenas e teto arredondado para evitar retenção de água na madeira durante a chuva (SILVA, 2010).

A partir de então, paramédicos e soldados, ao retornarem da guerra passaram a aperfeiçoar e a aplicar o conhecimento e a experiência adquiridas para o atendimento aos traumas, outrora frequentes na sociedade civil industrializada (PHTLS, 2004). Tal iniciativa foi estendida até o século XIX, levando à criação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, para o atendimento rápido aos feridos, se destacando nas Guerras Mundiais do século XX (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Mais precisamente na França, em 1965, foi onde surgiram as primeiras iniciativas no sentido de implementar um sistema organizado, em que foram definidos critérios e normas sobre seu funcionamento, através da aprovação de um Decreto que criou o *Service Mobile d'Urgence et de Réanimation* (Serviços Móveis de Urgência e Emergência e Reanimação – SMUR) de base hospitalar. Posteriormente, em 1968, implementou-se o *Service d'Aide Médicale d'Urgence* (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) para coordenar as atividades dos SMUR, incorporando uma Central de Regulação Médica de chamadas (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Assim, na França foram regulamentadas por lei as noções fundamentais do atendimento médico urgente pré-hospitalar, definindo as atividades dos SAMU e SMUR no território francês, caracterizando-se por sua liberdade de resposta a um pedido de ajuda médica (MARTINEZ-ALMOYNA; NITSCHKE, 1999).

O Sistema dos SAMU franceses, que começou pela detecção das urgências necessitando de cuidados intensivos fora do hospital, teve de começar a regular a demanda à medida que iniciava sua oferta nos anos 60, e se estendeu às urgências de uma maneira geral e àquelas dos médicos generalistas e das ambulâncias de transporte urgente, nos anos 80 (MARTINEZ-ALMOYNA; NITSCHKE, 1999, Preâmbulo, p.XIV).

O modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Atualmente é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são avaliadas por um médico,

que define a resposta mais eficiente, de acordo com o tipo de agravo à saúde, maximizando os recursos disponíveis (SILVA et al, 2010).

Nos Estados Unidos o APH começou a se expandir em 1966, quando a segurança rodoviária desenvolveu um sistema de atendimento, para diminuir as estatísticas de morte por situações de urgência e emergência. Desta forma, em 1968 foi criado um número telefônico, 911, para atender aos chamados de emergência. A partir de então, os chamados de emergências médicas eram transmitidos aos profissionais da área que, enviavam o recurso adequado à cada situação (SILVA et al, 2010).

No serviço norte-americano, denominado Serviços Médicos de Emergências (*Emergency Medical Services*), as equipes são compostas por Técnicos em Emergências Médicas (*Emergency Medical Technicians*), ou paramédicos, habilitados em suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV), respectivamente. Inicialmente, o modelo norte-americano foi o predominante no Brasil, utilizado pelo Corpo de Bombeiros apenas para realizar medidas de SBV (FRANÇA; MARTINO, 2013)

“O modelo americano, que tem influência internacional, propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento. A intervenção é feita por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician*) e por paramédicos” (MACHADO; SALVADOR; O'DWYERI, 2011).

Acompanhando a tendência internacional de concentração populacional e de formação de complexos centros urbanos, também ocorreu a necessidade de implementar serviços para combater a morbimortalidade por trauma”, no Brasil (FRANÇA; MARTINO, 2013, p. 1228).

Assim, baseado na modalidade de atendimento de resgate francês, o APH brasileiro foi criado por anestesistas intensivistas e emergenciais, por isso, a influência do serviço francês, cujas equipes são compostas exclusivamente por profissionais de saúde, pode ser observada em algumas cidades brasileiras (FRANÇA; MARTINO, 2013).

No país, os primórdios do APH datam de 1893, com a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em via pública, no Rio de Janeiro, à época, a capital do país. Já no Estado de São Paulo, ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Pouco tempo depois, em 1899, o

Corpo de Bombeiros (CB) do Rio habilita a primeira ambulância (Figura 2), com tração animal (RAMOS; SANNA, 2005).

Figura 2: Primeira ambulância do Corpo de Bombeiros



Fonte: Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010.

A partir de 1900, com o surgimento dos primeiros modelos motorizados, principalmente após as experiências das I e II Grandes Guerras, as ambulâncias foram aprimoradas e melhor adequadas ao serviço, primeiramente pelas equipes especializadas como da Cruz Vermelha Internacional e depois assimiladas pelos serviços do Corpo de Bombeiros brasileiro (FERRARI, 2006 apud SILVA et al, 2010, p.575).

Outra iniciativa foi a instalação em São Paulo, em 1950, do SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, pelo Decreto Estadual nº 16.629/50, ficando a cargo do município o atendimento de urgência na cidade de São Paulo (RAMOS; SANNA, 2005).

Descreve a literatura que, na década de 1980, o “Grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros” e o “Projeto Resgate”, foram os pioneiros no APH no Rio de Janeiro e em São Paulo, respectivamente (FRANÇA; MARTINO, 2013).

Em São Paulo, por meio da Resolução nº 42 de 22 de maio de 1989 foi implementado o Projeto Resgate desenvolvido em conjunto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria de Segurança Pública (SSP) através do CB e

Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo (FRANÇA; MARTINO, 2013). De início, dispunha de viaturas de resgate (UR) tripuladas por bombeiros treinados e de viaturas de unidade de salvamento (USA), semelhantes a uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel, tripuladas por médicos e enfermeiras. Havia também helicópteros equipados e tripulados por pilotos, médico e enfermeiros (RAMOS; SANNA, 2005).

Atualmente o modelo de APH móvel vigente em quase todas as partes da sociedade ocidental tem sido inspirado na organização de origem americana e francesa. A primeira prioriza o atendimento feito por paramédicos (técnicos), enquanto a segunda adota a presença de médicos nas ambulâncias (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Visando a unificação da estrutura e melhora na assistência, o Ministério da Saúde (MS) optou pela implantação de um serviço com características do modelo francês, o SAMU, apesar da existência de várias experiências diferentes (RAMOS; SANNA, 2005). Assim, no Brasil, o SAMU 192 teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por uma solicitação do MS. Foi criado em 2003 e oficializado pelo MS por meio do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Martins e Prado (2003) afirmam que o modelo com maior predominância no Brasil é o norteamericano adotado pelos Corpos de Bombeiros Militares, mas, em várias cidades, foi adotado o modelo francês, com certas adaptações.

O atendimento pré-hospitalar se consolidou no Brasil a partir das normas estabelecidas em portarias ministeriais que culminaram com a implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências no país.

2.2 Legislação e Política de Atenção às Urgências

Entende-se como política de saúde a resposta social de uma organização diante das condições de saúde das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

No Brasil, a formulação da política de urgência aconteceu em um cenário de muita insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, suas filas e superlotação. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorria tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Embora as terminologias sejam aparentemente parecidas, urgências e emergências são conceituadas de forma diferentes. Conforme o MS, a Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto que, Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2014).

Considerando a demanda por serviços nesta área e a necessidade de aperfeiçoar, ampliar e reestruturar a rede assistencial de atenção às urgências e emergências, foi instituída, pelo Ministro da Saúde, a Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002, tendo em vista o impacto sobre o SUS e sobre a sociedade do aumento dos casos de acidentes e violência. Tal impacto pode ser medido observando-se o aumento dos gastos com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta permanência hospitalar deste perfil de pacientes, diminuindo em 30% no índice de anos potenciais de vida perdidos. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência (BRASIL, 2002).

Para atuar de forma eficaz, o MS propôs a implementação de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento no sentido de permitir uma melhor organização, articulação, definição de fluxos e referências, promovendo universalidade do acesso. Nesse escopo, foram estruturados os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (SEUE) para envolver toda a rede assistencial fixa e móvel, tendo como base o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002).

Com base na Portaria 2.048/2002, o elemento ordenador e orientador dos SEUE é a Regulação Médica das Urgências, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação para administrar leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações, atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica, assistência social, transporte

sanitário não urgente. As Centrais constituem, portanto, um complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos para garantia da resposta às necessidades do usuário (BRASIL, 2002).

Para atender às demandas urgentiais, a Rede de Atenção às Urgências (RUE) foi organizada em componentes pré-hospitalares fixos e móveis, hospitalares e pós-hospitalares.

O APH fixo corresponde à assistência prestada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ambulatórios Especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapia, Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) (BRASIL, 2002).

Quadro 1 – Classificação, por porte, das Unidades de Pronto Atendimento 24h

Porte	I	II	III
População da região de cobertura	50.000 a 75.000 habitantes	75.000 a 150.000 habitantes	150.000 a 350.000 habitantes
Número de atendimentos médicos em 24h	100 pacientes	300 pacientes	450 pacientes
Número de médicos por plantão	1 pediatra 1 clínico	2 pediatras 2 clínicos	3 pediatras 3 clínicos
Número de leitos de observação	6 leitos	12 leitos	18 leitos
Percentual de pacientes em observação	10%	10%	10%
Percentual de encaminhamentos para internação	3%	3%	3%

Fonte: Portaria MS 2.048/2002.

As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as UBSs e USFs e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, que atendem aos casos agudos de qualquer natureza, além dos casos de baixa complexidade e supre a ausência da rede básica à noite e nos finais de semana. Devem funcionar às 24h do dia, onde o paciente deve permanecer em observação por até 24h horas, quando este é liberado ou encaminhado para uma unidade de

internação (BRASIL, 2002). De acordo com a cobertura populacional, uma UPA pode ser de portes I, II ou III, conforme as especificidades elencadas no Quadro 1.

É por meio da Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011, que são redefinidas as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Posteriormente, em 04 de março de 2013, as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h são redefinidas pela Portaria nº 342 (BRASIL, 2013a), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, dispendo sobre incentivo financeiro de investimento e custeio mensal para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada).

O componente de APH móvel corresponde ao atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo a sua saúde. Para tanto, deve estar vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos para a necessidade da população (BRASIL, 2002). Tal componente foi instituído pela Portaria 1.864, de 29 de setembro de 2003 por intermédio da implantação dos SAMUs no Brasil, juntamente com suas Centrais de Regulação (Central SAMU 192), obedecendo à distribuição de um veículo de SBV para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de SAV para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes (BRASIL, 2003c). Adiante retomaremos essa discussão num seção específica.

Do componente hospitalar, são unidades hospitalares de atendimento em urgência e emergência: Unidades gerais – Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento em Urgência e Emergência tipos I (em hospitais gerais de pequeno porte; primeiro nível da média complexidade) e II (em hospitais gerais de médio porte, segundo nível da média complexidade); Unidades de Referência (instaladas em hospitais gerais ou especializados; de alta complexidade) – Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências tipos I, II e III (BRASIL, 2002).

No que se refere ao componente Pós-Hospitalar, estão inseridas: as Modalidades de Atenção Domiciliar, os Hospitais-Dia, os Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária. Ainda pouco desenvolvido e desconectado da rede de urgência, o componente pós-hospitalar atua contribuindo com a diminuição de leitos hospitalares, já que promove o retorno

o mais breve possível do paciente/vítima ao convívio dos familiares e da sociedade (DELLAGIUSTINA; NITSCHKE, 2011).

Constituem diretrizes do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III. Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV. Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- V. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Através da Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, com vistas a (BRASIL, 2003a):

- Garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas;
- Adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais;
- Desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde;
- Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório;
- Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência;
- Integrar o complexo regulador do SUS, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações;
- Qualificar a assistência e promover a capacitação continuada na Atenção às Urgências.

A portaria 1.863/2003 foi revogada pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, definindo como prioridades as linha de cuidado

cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica e, como diretrizes principais (BRASIL, 2011a):

- A ampliação do acesso;
- A regionalização do atendimento com articulação entre os pontos de atenção e acesso regulado;
- Organização de redes de saúde;
- Articulação interfederativa – atuação solidária, responsável e compartilhada;
- Regulação articulada com todos os pontos de atenção.

Conforme explicitado na Portaria 1.600/2011, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde - tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde;

II - Atenção Básica em Saúde - tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências - tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS;

IV - Sala de Estabilização - pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência

apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. As diretrizes e mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização da Rede de Atenção às Urgências foram definidos pela Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011;

V - Força Nacional de Saúde do SUS - objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas – objetiva estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

VII – Hospitalar - constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias, e;

VIII - Atenção Domiciliar - nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Diante da necessidade de melhorar a qualidade e a gestão da atenção prestada à população pelas portas de entrada hospitalares prioritárias da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, por intermédio da Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, foi implementado o Programa SOS Emergências. O Programa é uma ação estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS (BRASIL, 2012b).

São objetivos do Programa SOS Emergências:

I - estimular a organização e a implantação da RUE;

II - intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;

III - assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante;

IV - apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial; e

V - possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

No Quadro 2 a seguir, é apresentado um resumo das principais Portarias que vigoram no âmbito da Política Nacional de Urgência e Emergência no Brasil.

Quadro 2 – Principais portarias da área de Urgência e Emergência

Data	Portaria	Disposição
05/11/2002	2.048	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
29/09/2003	1.863	Institui a Política de Atenção às Urgências.
29/09/2003	1.864	Institui o componente pré-hospitalar móvel da política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do SAMU 192.
16/12/2004	2.657	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192.
08/12/2008	2.970	Instituiu diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192.
07/07/2011	1.600	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
24/08/2011	2.026	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
03/10/2011	2.338	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização da Rede de Atenção às Urgências.
07/11/2011	2.648	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h.
21/05/2012	1.010	Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
06/08/2012	1.663	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
04/03/2013	342	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

2.3 Descrevendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 5.055/2004, a ser implementado em todos os municípios e regiões do território nacional, visando à prestação de um atendimento de saúde de caráter emergencial e urgente, com maior grau de eficácia e efetividade, com acesso nacional pelo número 192 (BRASIL, 2004a).

Conforme disposto na Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, o SAMU 192:

É o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde [...] que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2012a);

O SAMU, no Brasil, propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

As Centrais de Regulação das Urgências são estruturas físicas constituídas por médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARMS) e rádio-operadores (RO) capacitados em regulação para atender aos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência (BRASIL, 2012a).

No desenvolvimento de suas funções, as Centrais de Regulação utilizam-se de ferramentas de regulação, tais como mapas que apontam a localização dos serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outros serviços móveis de urgência, como Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros; mapas com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso ao local; lista de telefones de todos os serviços de saúde e outros setores envolvidos na assistência à comunidade; grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços; mecanismos de

relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existiram ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários; diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência; g) agenda de eventos; planos para manejo de situações complexas (desastres, acidentes com múltiplas vítimas); manuais de normas e rotinas do serviço (BRASIL, 2004b).

De acordo com Silva (2010) a função básica do SAMU é responder de forma organizada, a fim de evitar o uso excessivo de recursos, a toda situação de urgência que necessite de meios médicos, desde o primeiro contato telefônico até a liberação das vítimas ou seus encaminhamentos hospitalares. O sistema deve determinar e desencadear a resposta mais adequada para o caso, assegurar a disponibilidade dos meios hospitalares, determinar o tipo de transporte exigido e preparar o acolhimento dos pacientes (TAKEDA et al, 2011).

Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária, 10 minutos, segundo convenção internacional, sendo o tempo-resposta também um indicador de avaliação do SAMU, devendo este ser o menor possível.

Nesse sentido, a distribuição dos veículos de urgências em Bases Descentralizadas tem sido utilizada como uma das estratégias para garantir um tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do SAMU 192 em municípios de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica. Dessa forma, deverão, portanto, estar estrategicamente localizadas nos municípios, de forma a contemplar os atendimentos da região com um tempo-resposta adequado e respeitando a ordenação dos fluxos das urgências através da grade de serviços regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013b).

As Bases Descentralizadas (Figura 3) deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecidas as diretrizes gerais de infraestrutura física estabelecidas em portaria específica (BRASIL, 2004b).

Figura 3 – Arquitetura de uma Base Descentralizada do SAMU 192



Fonte: Base Descentralizada/Programa Arquitetônico Mínimo, S/A.

No componente SAMU 192, há uma normalização para a composição das equipes de socorro, segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos: ambulâncias, ambulanchas, aeromédicos, veículos de tração 4x4, motolâncias, e Veículos de Intervenção Rápida (VIR) (Figura 4).

Figura 4 – Veículos de Urgência utilizados pelo SAMU 192



Fonte: Google Imagens, 2015.

Legenda: A – ambulância; B – ambulancha; C – aeromédico; D – veículo de tração 4x4; E – motolância.

Os VIRs, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica, são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer, quando da necessidade, suporte avançado de vida, indo

de encontro às ambulâncias do Tipo A, B, C e F (BRASIL, 2001). Os veículos de tração 4x4 são unidades apropriadas para atuar em terrenos de difícil acesso e de alagamentos.

Conforme discriminado na Portaria 2.048/2002 (BRASIL, 2002), no âmbito do APH móvel, as ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, sem potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (aquático, terrestre e em alturas);

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos;

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa¹ para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC);

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, com equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

Dentre outras observâncias, considerando a dificuldade de tráfego nos grandes centros urbanos, bem como territórios de difícil acesso para as ambulâncias, a necessidade da presença imediata de mais um profissional para auxiliar no atendimento prestado pelas equipes de USA ou USB, o MS publicou a Portaria nº 2.971, de 08 de dezembro de 2008, para instituiu o veículo motocicleta (motolância) como integrante da frota de intervenção do SAMU 192 para atender,

¹ A aeronave de asa rotativa de transporte médico e aeronave de asa fixa de transporte médico foram reclassificadas como Equipe Aeromédico (BRASIL, 2013b).

principalmente, às pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes - infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras) (BRASIL, 2008).

O Quadro 3 que se segue dispõe sobre o quantitativo ideal mínimo de profissionais para cada tipo de unidade móvel do SAMU:

Quadro 3 – Distribuição de profissionais conforme cada tipo unidade móvel do SAMU 192

Unidade Móvel	Condutor	Enfermeiro	Médico	Técnico em Enfermagem
Unidade de Suporte Básico	01	01	Não	Opcional
Unidade se Suporte Avançado	01	01	01	Opcional
Equipe Aeromédica	01	01	01	Opcional
Equipe Embarcação Básica	01	01	Não	Opcional
Equipe Embarcação Avançada	01	01	01	Opcional
Motolância	Não	01	Não	01
Veículo de Intervenção Rápida	01	01	01	Opcional

Fonte: BRASIL, 2002, adaptado pelo autor.

Diante da necessidade de (re)avaliar o desempenho do SAMU 192, foram definidos seus indicadores (BRASIL, 2012a):

- I – Número geral de ocorrências atendidas no período;
- II – Tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
- III – Identificação dos motivos dos chamados;
- IV – Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de USAs e USBs;
- V – Localização das ocorrências;
- VI – Idade e sexo dos pacientes atendidos;
- VII – Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
- VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e

IX - pacientes referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

O Manual de Identidade Visual do SAMU apresenta a marca SAMU, criando uma imagem corporativa do serviço em todo o Brasil. O Manual dispõe sobre a padronização de uniformes e veículos, com cores e letras características (vermelho e laranja panetone) tal como são mostrados na Figura 5 (MASTER COMUNICAÇÃO,S/A).

Figura 5 – Padronização de uniforme e veículos da marca SAMU 192



Fonte: Master Comunicação,S/A.

2.4 Processo de Trabalho e Gerência em Saúde

Entende-se por trabalho, em geral, um “conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto” (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009, p. 34). Este trabalho deve ser ordenado e sistematizado, uma vez que a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. Em resumo, o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais e realizamos o nosso trabalho é chamado de processo de trabalho (HORÁCIO et al, 2009).

Na atualidade o trabalho em saúde é, predominantemente, coletivo institucional, feito profissionalmente, com divisão de tarefas, organização e gestão do trabalho, para desenvolver uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional. Desse modo, os trabalhadores perdem a compreensão de sua totalidade, ficando o trabalho pensante restrito a um pequeno grupo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

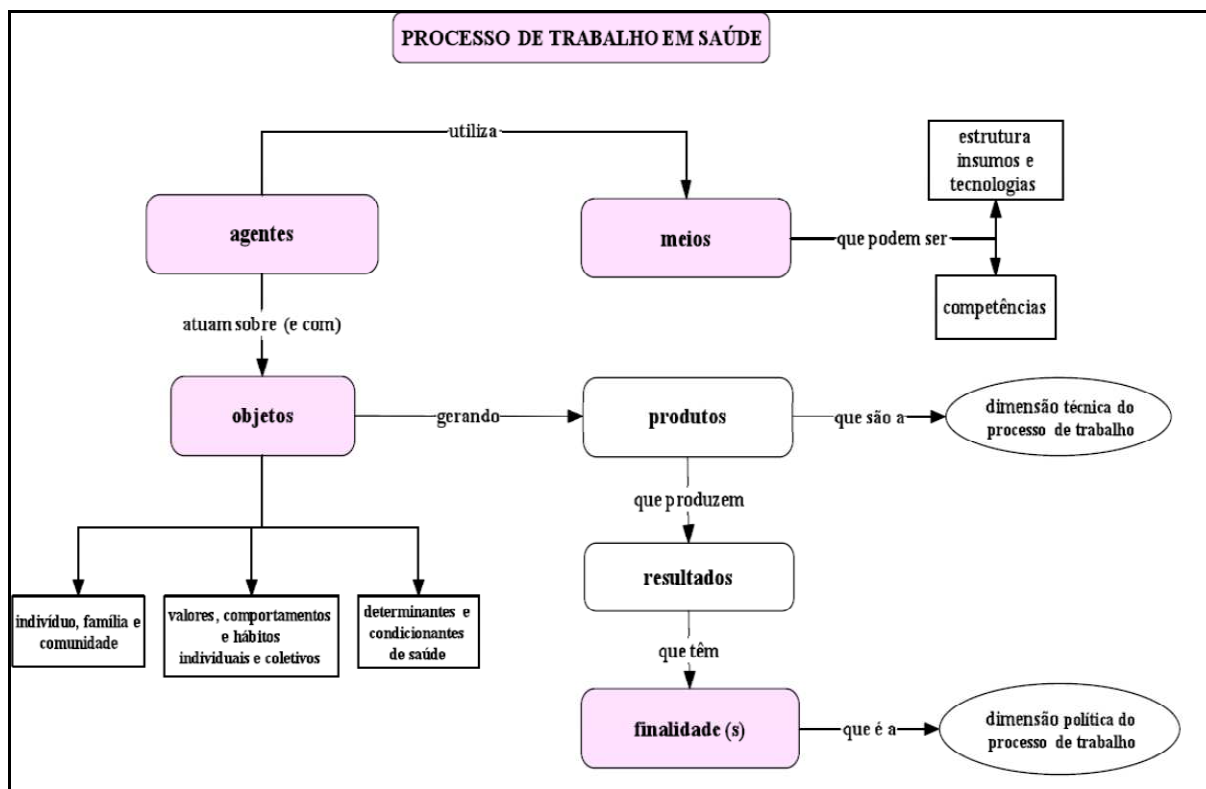
O processo de trabalho em saúde se dá através dos seguintes componentes: o objeto e o produto, os instrumentos ou meios de produção, as finalidades ou objetivos e os agentes ou sujeitos, que se articulam para configurar um dado processo de trabalho (MENDES; GONÇALVES 1979, 1992 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

As definições dos componentes do processo de trabalho estão mais voltadas para indústrias, comércio, mas, utilizando-se da compreensão de Horácio et al (2009), é possível conceituá-los e reportá-los para o campo da saúde:

- **Objeto e Produto:** o objeto é o foco das intervenções. No processo de trabalho em saúde o objeto se refere aos processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos ou comunidades, requerendo, para isso capacidades, habilidades e tecnologias específicas; o produto, então, é o efeito, preferencialmente positivo das intervenções sobre a saúde da pessoa;
- **Instrumentos ou Meios:** dizem respeito às ferramentas e estruturas físicas (máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações, ambiente), meios intangíveis ou imateriais (conhecimentos e habilidades utilizados no processo de trabalho) e as estruturas sociais (relações de poder e a remuneração do trabalho) que permitem que o trabalho se realize;
- **Finalidades ou Objetivos:** são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos indivíduos, definidas pelas equipes, gerentes, e sociedade, como o alívio da dor e sofrimento, recuperação da capacidade psicofisiológica, proteção e promoção da saúde.
- **Agentes ou Sujeitos:** são as pessoas, os executores das ações para intervir no objeto (indivíduo), selecionando os meios para alcançar os objetivos. Podem atuar de forma individual ou em equipe. O SUS é o agente institucional.

A Figura 6 representa graficamente a representação do processo de trabalho em saúde em saúde, segundo Horácio e autores (2009, p.45).

Figura 6: Representação gráfica do Processo de Trabalho em Saúde



Fonte: HORÁCIO et al, 2009, p.45.

Pode-se concluir que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana, sendo um trabalho da esfera da produção imaterial, que se completa no ato de sua realização, não tendo como resultado um produto material (PIRES 2000, p.85 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Para que o processo de trabalho em saúde caminhe no sentido de obter resultados positivos é de suma importância que sejam desenvolvidas ações de gerência e gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Para fins de esclarecimento, a Norma Operacional Básica (NOB), de 05 de novembro de 1996, deixa claro que há diferença entre gerência e gestão:

Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que

se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (BRASIL, 1996).

Seja gerente ou gestor, na saúde os modelos de gestão ainda são baseados na racionalidade técnico-burocrática, que se pautam por ordenações tempo-espaciais, muitas vezes regulados em protocolos de ação decididos verticalmente. Esses modelos de gestão optam por arranjos organizacionais em que cada um ocupa seu lugar, seu setor, para preencher os requisitos de seu papel e competências (FARIA; ARAUJO, 2010).

Do exposto, na saúde há um trabalho prescrito (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e um trabalho real que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores. Mas, tendo em vista a dinâmica do trabalho em saúde que envolve imprevisibilidades, pode-se intervir no indivíduo para além do que está normatizado e protocolado pela gestão, o que pode alterar uma ou todas as etapas do processo de trabalho (FARIA; ARAUJO, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Considerando os procedimentos técnicos e os objetivos, trata-se de uma pesquisa de campo conduzida por um estudo de base metodológica exploratório-descritiva de abordagens quantitativa e qualitativa.

A pesquisa de campo consiste na “observação dos fatos tal como ocorrem. Não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas” (RODRIGUES, 2007). É basicamente realizada por meio da observação direta e de entrevistas para captar as explicações e interpretações da realidade (GIL, 2009).

Segundo Terence e Filho (2006), o estudo quantitativo é um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que se preocupa em medir e analisar as relações causais entre as variáveis, permitindo a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente. Traduzem em números as opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados de maneira mais ampla (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Para Turato (2003) a abordagem qualitativa busca significados, representações psíquicas e sociais, simbolizações, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências e experiências de vida, sem se preocupar com generalizações populacionais.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema (GIL, 2009). Do ponto de vista científico, descrever é coletar dados ou informações que mostrem um evento, uma comunidade, um feito, contexto, situação ou um fenômeno. Assim, a pesquisa descritiva procura descrever ou especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Segundo Gil (2009) este é o objetivo primordial do estudo descritivo, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município João Pessoa, capital da Paraíba. A cidade está localizada na região do litoral Leste brasileiro, na porção mais oriental das Américas e é notável por seu clima intertropical quente e úmido. Cidade mais populosa do Estado, possui 723.515 habitantes disseminados em 211,474 Km² de área territorial, correspondendo a 19,20% da população do Estado, conforme o Censo 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional de João Pessoa, localizado à Rua Diórgenes Chianca, 1777, Bairro Água Fria.

3.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses novembro de 2014 a março de 2015 utilizando um instrumento previamente construído que contemplou as perguntas de interesse ao alcance dos objetivos. A coleta de dados foi feita por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas objetivas e subjetivas aos sujeitos do estudo, bem como da observação em lócus.

O questionário é um “instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p.100).

Sobre a infraestrutura física e funcional do serviço os dados foram abstraídos através da observação do pesquisador e complementados por informações obtidas pelos gerentes locais. Dados sobre o quantitativo de pessoas que compõem os recursos humanos foram fornecidos pelo serviço por um auxiliar administrativo.

Os gerentes que participaram do estudo foram: Coordenador Administrativo, Coordenador de Transportes, Assessor de Comunicação, Supervisor de Enfermagem, Coordenador/Supervisor de TARMs e ROs, Auxiliar administrativo. Também participou do estudo um gerente colaborador do Núcleo de Educação Permanente, que se encontra em processo de implantação.

Com base no material empírico, inferiu-se sobre a dinâmica do serviço e o processo de trabalho na gestão do SAMU 192 de João Pessoa.

3.4 Análise dos Dados

Após a coleta, os dados quantitativos foram digitados e organizados em planilhas do Microsoft Office Excel, versão 2014, onde foram consolidados em quadros e tabelas.

A Estatística Descritiva foi empregada para sumarizar os resultados, tendo em vista que ela possibilita reduzir os dados a proporções mais facilmente entendidas. Assim, os dados quantitativos foram apresentados em forma de proporção e organizados em quadros e tabelas para que sumarizarem os resultados do estudo.

Os dados empíricos fornecidos e os observacionais foram descritos e, posteriormente discutidos e confrontados com a literatura pertinente à temática, particularmente as Portarias do Ministério da Saúde, já que estudos a respeito dessa discussão são escassos.

3.5 Considerações Éticas

A pesquisa foi desenvolvida atendendo às normas das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, dispostas na resolução nº 466/2012, publicada no Diário Oficial da União em 13 de Junho de 2013.

Tal resolução “incorpora, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p.1-2).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo nº 0652/13 e CAAE 20490613.6.000.5188, sendo um recorte de um projeto maior intitulado “Avaliação do Desempenho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba”, aprovado e financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba (FAPESQ/PB).

Todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto no Apêndice B.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Histórico do SAMU 192 Regional João Pessoa

O SAMU 192 Regional João Pessoa foi habilitado no dia 20 de julho de 2004, pela Portaria Ministerial nº 1.473, para funcionar com 12 USBs e 03 USAs, aprovadas para João Pessoa e região metropolitana (BRASIL, 2004c). Iniciou o funcionamento no prédio do atual Batalhão de APH do Corpo de Bombeiros da Paraíba, atuando com 01 USA e 03 USBs e permanecendo neste local até o ano de 2006, quando no dia 07 de março foi inaugurada a atual instalação localizada na área interna do Centro Administrativo Municipal.

Ainda em 2004, por meio de um convênio entre o Ministério da Justiça e o MS, foram habilitadas 02 Unidades de Resgate e 01 helicóptero para transporte aeromédico, o qual operou até 2008, quando foi desvinculado do SAMU. Entre 2008 e 2009 foram habilitadas as 07 motolâncias.

Atualmente o serviço conta com 09 USBs, 03 USAs, 07 motolâncias e 02 Veículos de tração 4x4, e reabilitou o convênio entre o Ministério da Justiça e o MS, portanto, conta também com uma UR da Polícia Rodoviária Federal vinculada ao SAMU, assim como um helicóptero da Polícia Rodoviária Federal que, articulado ao SAMU, realiza resgates e transportes aeromédicos.

Contam os profissionais mais antigos do serviço que, à época, não havia bases descentralizadas de apoio para as equipes. As ambulâncias eram distribuídas nos bairros e as equipes ficavam estacionadas nas ruas, normalmente em baixo de árvores para aguardar os chamados daquela área de cobertura.

Considerando o princípio da regionalização, a Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU) do SAMU inicialmente, além de João Pessoa dava cobertura às cidades de Cabedelo, Bayeux, Conde e Santa Rita, mas atualmente cobre toda a 1ª Macrorregião de Saúde do Estado que corresponde a 04 das 16 Regiões de Saúde do Estado – 1ª, 2ª, 12ª e 14ª Regiões de Saúde, somando 64 municípios. Em vista disso, em qualquer um desses municípios os solicitantes que discarem o 192 entraram em contato diretamente com a CRMU em João Pessoa.

O SAMU 192 Regional João Pessoa é um serviço habilitado, ou seja, cumpre determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se apto ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo MS; porém, encontra-se em

processo de qualificação, com vistas a atender aos requisitos de qualificação estabelecidos pela Portaria 2.026/2011, passando a fazer jus a novos valores de custeio (BRASIL, 2011b).

4.2 Estrutura Organizacional Física e Funcional do SAMU 192 Regional João Pessoa

Quadro 4 – Municípios Sedes de Bases do SAMU 192 Regional João Pessoa

Município Sede	Área de Abrangência	USB	USA
Alhandra	Alhandra	01	01
Alagoinha	Alagoinha, Pilões, Mulungu e Cuitegi	01	-
Araruna	Araruna, Tacimba e Riachão	01	01
Bananeiras	Bananeiras e Dona Inês	01	-
Bayeux	Bayeux	01	-
Belém	Belém	01	-
Caaporã	Caaporã, Pitimbu e Cupiçura	01	01
Cabedelo	Cabedelo	01	-
Caiçara	Caiçara e Logradouro	01	-
Cacimba de Dentro	Cacimba de Dentro	01	-
Conde	Conde	01	-
Guarabira	Guarabira, Araçagi e Pilõesinhos	02	01
Gurinhém	Gurinhém e Caldas Brandão	01	-
Itabaiana	Itabaiana e São José dos Ramos	01	01
Itapororoca	Itapororoca e Capim	01	-
Jacaraú	Jacaraú, Pedro Régis e Cural de Cima	01	-
João Pessoa	João Pessoa	09	03
Juripiranga	Juripiranga, Pilar e São Miguel de Taipu	01	-
Lagoa de Dentro	Lagoa de Dentro, Duas Estradas, Sertãozinho, Pirpirituba e Serra da Raiz	01	-
Lucena	Lucena	01	-
Mataraca	Mataraca	01	-
Mamanguape	Mamanguape e Cuité de Mamanguape	01	01
Mogeiro	Mogeiro e Salgado de São Félix	01	-
Pedras de Fogo	Pedras de Fogo	01	-
Rio Tinto	Rio Tinto, Marcação e Baia da Traição	01	-
Sapé	Sapé, Mari, Riachão de Poço e Sobrado	01	01
Santa Rita	Santa Rita	01	-
Solânea	Solânea e Casserengue	01	01
Serraria	Serraria e Borborema	01	-

Fonte: SAMU 192 Regional João Pessoa, 2015.

Legenda: USB – Unidade de Suporte Básico; USA – Unidade de Suporte Avançado.

Para assistir os 1.826.460 habitantes dos 64 municípios que compõem a 1ª Macrorregião de Saúde, o serviço conta com 01 Base centralizada no município de João Pessoa, onde está instalada a CRMU, e outras 34 bases descentralizadas, das quais 05 estão distribuídas pelo município de João Pessoa.

No Quadro 4 são apresentados os municípios sedes e seus municípios de abrangência, bem como o número e o tipo de ambulâncias disponíveis à região de cobertura.

Esclarecendo que cada USB é suficiente para atender cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e uma USA para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes (BRASIL, 2003c). Assim, as USAs de João Pessoa dão cobertura à capital e a mais quatro municípios da região metropolitana, Bayeux, Cabedelo, Conde e Santa Rita, que compõem a Grande João Pessoa, estando portanto, em número suficiente para atender às demandas.

4.2.1 Bases Descentralizadas

A Base principal do SAMU 192 Regional João Pessoa, onde opera a CRMU está localizada em instalações próprias nas imediações internas do Centro Administrativo Municipal, no bairro Água Fria. Infraestruturadamente falando, atendendo aos pré-requisitos da Portaria conta com espaço amplo, climatizado e organizado composto por: CRMU, Farmácia, Almoxarifado, Recepção, uma sala ampla com WC (*Water Closed*) para a Coordenação Médica, Coordenação e Supervisão de Enfermagem e Direção Técnica, uma sala para a Coordenação Administrativa, uma sala para a Supervisão de Transportes e Assessoria de Comunicação, Sala de Estar, Sala de Reuniões e Capacitações, Setor de Alto Custo, Repouso masculino e feminino para níveis superior e médio com WCs, vestiários e armários, Copa e Refeitório, Sala da Supervisão de Enfermagem, Sala de Monitoramento de Câmeras, WCs Sociais masculino e feminino externos, Abrigo Coberto para os veículos de urgência, CME (Central de Material Esterilizado), Oficina Mecânica, Lava-jato, Sala para armazenamento de resíduos e Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

A Base Centralizada funciona como ponto de apoio para as trocas de equipes plantonistas, dando suporte para a realização de refeições, reposição de materiais,

coleta de resíduos comuns e infectantes, desinfecção concorrente e terminal, manutenção interna e lavagem das ambulâncias.

Em João Pessoa, as bases descentralizadas estão organizadas em estruturas internas ou anexas aos serviços de saúde ou da administração do município, ficando distribuídas em pontos estratégicos de apoio, a saber:

- *Base Descentralizada do Bairro Mangabeira*: está localizada no interior do prédio do Centro Atenção Integral em Saúde (CAIS) de Mangabeira, localizado Rua Romário C. Moraes. O espaço adaptado engloba um repouso e banheiro conjuntos para no máximo 06 profissionais, e as equipes podem realizar suas refeições durante o dia oferecidas no refeitório do serviço. Esta base está passando por um processo de reforma e ampliação.

- *Base Descentralizada do Bairro Valentina Figueiredo*: fica localizada nas imediações da UPA Célio Pires de Sá, à Rua Estevão Lopes Galvão, S/N, foi construída em 2014 especificamente para este fim, possuindo, portanto, estrutura própria e característica, tal como a mostrada anteriormente na figura 3, estando dividida em dois repousos com banheiros divididos por sexo e com capacidade para acolher 04 profissionais em cada um. As equipes que se descentralizam para esta base fazem suas refeições oferecidas no refeitório da UPA.

- *Base Descentralizada do Bairro Centro*: também foi construída em 2014 e tem estrutura arquitetônica de um ambiente próprio e característico para este fim nas imediações do Hospital Geral Municipal Santa Isabel, localizado à Rua Deputado Barreto Sobrinho, S/N; uma sala de estar e copa conjugada à sala, dois repousos com banheiros divididos por sexo e com capacidade para acolher 04 profissionais em cada um, uma sala de estar e copa conjugada à sala e depósito de material de limpeza.

- *Base Descentralizada do Bairro Cruz das Armas*: localiza-se na Avenida Cruz das Armas, em uma estrutura adaptada anexa à Unidade de Saúde da Família Integrada Cruz das Armas reformada para este fim. Possui um repouso conjunto com banheiro, com capacidade para o descanso de 06 profissionais. As equipes que se apoiam nesta base fazem todas as suas refeições no refeitório da Base Central, já que no serviço anexo não são oferecidas.

- *Base Descentralizada de Tambaú*: funciona em uma estrutura adaptada anexa à Subprefeitura Municipal de Tambaú, na Avenida Epitácio Pessoa. Tem dois repousos separados por sexo, um banheiro comum e uma sala de estar com copa

conjugada. Cada repouso tem capacidade para acolher 04 profissionais. As equipes que se apoiam nesta base também fazem todas as suas refeições no refeitório da Base Central, já que no serviço anexo não são oferecidas.

Cabe ressaltar que todas as bases são equipadas com aparelhos domésticos (micro-ondas, frigobar, sanduicheira, liquidificador, gel'água), eletroeletrônicos (televisão e DVD) e algumas como móveis de escritório (mesas, cadeiras, sofá e armários) e computador para uso dos profissionais. Também possuem garagens privativas cobertas para o estacionamento dos veículos de urgências.

Quadro 5 – Bases Descentralizadas do SAMU 192 Regional João Pessoa e sua área de abrangência

Bairro Sede	Bairros de Abrangência	USB	USA
Água Fria	Geisel, Água Fria, José Américo, Cidade dos Colibris, Esplanadas I e II, Costa e Silva, Cristo, Rangel, Jardim São Paulo, Anatólia, Bancários, Ernani Sátiro, Jardim Veneza, Vieira Diniz, Distrito Industrial, Indústrias, Cuiá, Castelo Branco I, II e III, Funcionários II a IV, Grotão, Colinas do Sul, João Paulo II.	03	01
Mangabeira	Mangabeira I a VIII, Jardim Cidade Universitária, Timbó, Penha, Seixas e Jacarapé	01	-
Cruz das Armas	Jaguaripe, Bairro dos Novais, Cruz das Armas, Funcionários I, Jardim Planalto, Alto do Mateus, Rua do Rio, Jardim Guaíba	01	-
Centro	Centro, Varadouro, Distrito dos Mecânicos, Róger, Tambiá, Padre Zé, Ipês, Jardim Treze de Maio, Torre, Bairro dos Estados, Ilha do Bispo	01	01
Tambaú	Brisamar, Miramar, São José, João Agripino, Pedro Gondim, Expedicionários, Tambauzinho, Cabo Branco, Manaíra, Jardim Oceania, Bessa, Aeroclube, Comunidade dos Ipês, Renascer II e III	01	01
Valentina de Figueiredo	Valentina I e II, Paratibe, Praia do Sol, Gramame, Mussumagro, Loteamento Parque do Sol.	02	-

Fonte: SAMU 192 Regional João Pessoa, 2015.

Legenda: USB – Unidade de Suporte Básico; USA – Unidade de Suporte Avançado.

No Quadro 5 é apresentada a área de cobertura de cada base descentralizada, especificando os bairros que elas abrangem, bem como a distribuição das ambulâncias por bases. Cada ambulância cumpre uma escala de três dias consecutivos em cada base, rodiziando em todas, exceto as USAs que fazem rodízio apenas nas bases de Tambaú, Centro e Água Fria.

Acrescenta-se que as motolâncias também são redirecionadas para as bases descentralizadas. Em número de sete, são formadas 03 equipes de dois ou três técnicos em enfermagem que sempre atuam juntos com material para assistência clínica e de traumatológica. Uma equipe de motolâncias fica na Base Centralizada e as demais se descentralizam para as bases de Mangabeira e de Cruz das Armas.

4.2.2 Central de Regulação Médica das Urgências

A CRMU Regional João Pessoa, cumprindo as conformidades da Portaria 2.657/2004 para dimensionamento técnico e estruturação física (BRASIL, 2004b), conta com uma sala climatizada e com isolamento acústico, com 12 estações de trabalho: 06 cabines para TARMs, 04 cabines para regulação médica e 02 cabines para RO, uma para destinada ao contato com as equipes de João Pessoa e região metropolitana, e a outra para o contato com os demais municípios interioranos que compõem a 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba.

Tabela 4.2.2.1 – Quantitativo real e ideal de cabines numa CRMU para 1.500.001 a 2.000.000 habitantes

Profissionais	MR		TARM		RO	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Real	04	04	04	05	02	02
Ideal	04	03	06	05	01	01

Fonte: SAMU 192 Regional João Pessoa; BRASIL, 2004b.

Legenda: MR – Médico Regulador; TARM – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica; RO – Rádio-operador

Segundo a Portaria supracitada, para assistir as urgências de um quantitativo de 1.500.001 a 2.000.000 habitantes 11 cabines seria o ideal: 04 para os MRs, 06

para os TARMs e 01 para os ROs, de modo que durante o dia as 11 estejam ocupadas e durante a noite apenas 09 (Tabela 3.2.1.1).

Em relação a essas determinações o município supera as expectativas, já que conta com uma cabine a mais para o RO, o que favorece uma comunicação mais rápida e maior capacidade para gerir a circulação dos veículos. Porém, atualmente está com déficit de TARMs operando, portanto, com 04 TARMs para o plantão diurno e 05 para o plantão noturno, o que pode ocasionar retardo do atendimento aos chamados.

A CRMU cumpre as exigências da Portaria 2.657/2004 (BRASIL, 2004b), no que se refere ao uso das seguintes Ferramentas de Regulação:

- a) Mapas digitais (GPS) e impressos com a localização dos serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, CB, Polícia Rodoviária e outros;
- b) Mapas com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;
- c) Listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região e de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;
- d) Mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários;
- e) Diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
- f) Agenda de eventos diários;
- g) Planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas (planos de desastre com protocolos; e
- h) Manuais de normas e rotinas do serviço.

Para além das exigências ministeriais, a CRMU possui um painel eletrônico onde é possível visualizar a situação, tempo real, de cada uma das unidades de suporte básico e avançado de toda a macrorregião.

4.2.3 Sistema de Comunicação

Para o atendimento aos chamados gerais estão disponíveis 06 linhas telefônicas de acesso gratuito pelo 192; outras duas linhas telefônicas, as chamadas

“linhas vermelhas” estão disponíveis na CRMU para o contato com os serviços de apoio e demais serviços referenciados que compõem a RUE.

Para cada viatura ou equipe de motolâncias é disponibilizado um aparelho de celular para o estabelecimento de contatos entre as equipes, MRs, TARMs e ROs. Tal equipamento fica sob a responsabilidade do médico (nas USAs), dos enfermeiros (nas USBs) e dos técnicos em enfermagem (nas motolâncias). Assim, ao avaliar a situação no local da ocorrência, todo o quadro de saúde é repassado, via celular, para o MR que se encontra na CRMU e este passa a dar as coordenadas à equipe para executar ou concluir os procedimentos e, quando da necessidade, define qual o serviço de referência que o paciente deverá ser encaminhado.

As comunicações também são feitas via rádio, onde é possível estabelecer contatos diretos com as equipes nas viaturas e nas bases descentralizadas. Além do sistema de rádio instalado em cada uma das ambulâncias, cada condutor socorrista tem em mãos um rádio transmissor portátil, também conhecido com rádio HT (*Hand-Talk*). Através do rádio são feitas as comunicações rápidas, utilizando-se a linguagem do Código Q, o número sequencial e o alfabeto fonético internacional (Anexo C).

Além do sistema de comunicação individualizado, na base centralizada há um sistema acústico de som ambiente que possibilita o acionamento imediato, rápido e simultâneo de todos os membros da equipe para as ocorrências.

Todas as ligações dos aparelhos telefônicos fixos e móveis são gravadas através de um sistema de gravação digital contínua, porém não há um sistema para a gravação das comunicações feitas via rádio.

4.2.4 Sistema de Informação

O SAMU 192 Regional João Pessoa possui um sistema informatizado para o registro e arquivamento de informações, o Sistema de Gerenciamento Modular de Regulação Médica, o qual é operado por TARMs, MRs, RO e pelo pessoal do SAME, através de senha individual de acesso. Assim, todas as informações registradas nos computadores das cabines pelos TARMs (protocolo, nome, grau de parentesco e contato do solicitante, endereço da ocorrência e pontos de referência, nome, idade e sexo do paciente, e natureza da ocorrência), MRs (sinais vitais,

prescrições, hipótese diagnóstica, gravidade presumida, tipo de atendimento e, tipo e quantidade de veículos liberados para o socorro) e RO (unidade acionada para o destino, registro dos horários de comunicação à equipe, de partida, chegada e saída do local e chegada da unidade ao destino final do paciente) são automaticamente arquivadas.

Todo o controle dos veículos de urgência é feito pelos ROs através desse sistema, onde ficam registrados o nome dos profissionais que tripularam cada unidade naquela ocorrência, bem como as unidades que estão em ocorrências, as que estão disponíveis, as que estão em manutenção, em desinfecção, sem maca, com a equipe em refeição ou inativa (baixada) seja por falta de profissionais ou problemas mecânicos mais complexos. Há ainda um sistema de monitoramento por GPS de todas as viaturas, que informa precisamente onde as mesmas se encontram.

A cada atendimento as equipes preenchem manualmente a ficha, as quais, ao final de cada plantão, são protocoladas e entregues para serem digitadas e arquivadas no SAME.

4.2.5 Veículos de Urgência e Equipes

As USBs e USAs do SAMU 192 Regional João Pessoa são veículos tipo Van adaptados e habilitados pela Vigilância Sanitária para assistência e remoção de pacientes. São veículos com lugares para 07 pessoas: 01 maca para o paciente, banco com 03 lugares, 01 cadeira giratória e 02 assentos na frente, todos com cintos de segurança; com espaço para comunicação e trânsito de profissionais entre a cabine e o compartimento traseiro.

Ambas as unidades são equipadas com ar comprimido, oxigênio em torpedos fixos e portáteis, cadeiras de rodas, materiais de trauma adulto e pediátrico (talas, colares cervicais, pranchas, colete imobilizador dorsal tipo KED – *Kendrick Extrication Device*) e clínico (bolsas de vias aéreas, de medicações, de materiais de sinais vitais e glicemia, materiais de cateterismo e DEA – Desfibrilador Externo Automático) e maca retrátil com colchão.

As USBs até meados de 2013 circulavam apenas com o técnico em enfermagem e o condutor socorrista, quando o enfermeiro passou a fazer parte da

equipe, atendendo os preceitos legais da legislação em enfermagem que dispõe que o técnico em enfermagem somente pode trabalhar sob a supervisão direta do enfermeiro. Atendem aos casos de baixa e média complexidade que não exijam o suporte avançado de vida e a necessidade de procedimentos médicos.

As USAs circulam com uma equipe composta por médico, enfermeiro e condutor socorrista e, além dos materiais acima citados também comporta materiais para o procedimento de via aérea avançada (intubação) com respirador portátil, materiais para pequenas cirurgias e suturas, equipamento para monitorização cardíaca e realização de eletrocardiograma, bomba de infusão, bomba não invasiva de suporte cardíaco – que também atende pelo nome Autopulse, e medicamentos para cuidados intensivos. São acionadas para atender aos casos graves de alta complexidade que exigem a presença do médico e de procedimentos invasivos avançados, principalmente de manutenção de vias aéreas.

A UR segue os mesmos padrões estruturais das ambulâncias supracitadas, equipada com os mesmos materiais contidos nas USBs, porém com diferencial de portar equipamentos para salvamento em altura e desencarceramento de vítimas, sendo conduzida por um Policial Rodoviário Federal, e tendo um enfermeiro e um técnico em enfermagem do SAMU para o socorro aos casos clínicos e traumáticos de baixa e média complexidade que ocorrem na BR 230 (do quilômetro 0 ao 113) e BR 101 (até a divisa da Paraíba com Rio Grande do Norte e Paraíba com Pernambuco).

Os veículos de tração 4x4 tipo Ford Ranger são montados conforme a necessidade do serviço, podendo ser uma USB ou uma USA, já que são veículos adaptados para operarem em condições especiais. Possuem as mesmas configurações estruturais das demais ambulâncias, porém em dimensões menores e com espaço apenas para comunicação entre a cabine e o compartimento traseiro.

Todas essas ambulâncias possuem compartimentos abertos e fechados para o armazenamento de materiais e equipamentos, e balcão para o preparo de medicações, cones, sirene e giroflex, algumas com ar refrigerado.

Conforme exigido pela Portaria nº 2.971/2008 (BRASIL, 2008), as motolâncias são motocicletas de 250 cilindradas com baú de carga, que comportam materiais básicos clínicos (DEA, material para venopunção e de manutenção de vias aéreas) e de traumas (colares cervicais e talas), de sinais vitais, glicemia e torpedo de oxigênio

portátil, além dos materiais básicos de consumo e equipamentos de proteção individual para o motociclista (capacete, joelheiras, cotoveleiras).

As motolâncias são acionadas para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos tempo-dependentes. Podem ser acionadas de forma isolada ou dando apoio a uma USA ou a uma USB. Circulam somente no plantão diurno (das 07:00 às 18:00) e em dias não chuvosos, são tripuladas por dois ou três técnicos em enfermagem, cada um em uma moto individualizada, mas há uma proposta de escalar enfermeiros para atuarem nesse tipo de veículo.

De acordo com MS, o quantitativo de motocicletas a ser distribuído deve acompanhar o número de ambulâncias habilitadas em cada serviço, preferencialmente, à proporção de uma motocicleta para cada USA e uma para cada duas USBs (BRASIL, 2008). Do exposto, o serviço está com déficit de uma motolância.

O helicóptero disponível, por ser adquirido através de convênio entre o MS e o Ministério da Justiça para integração operacional entre o Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF) e o SAMU 192 Regional João Pessoa, não é de uso exclusivo do SAMU.

Segundo reportagem do Diário Catarinense (PEREIRA, 2014), a cláusula primeira do convênio dispõe que o objetivo do convênio é:

Oferecer à sociedade serviço especializado de APH móvel e de resgate às vítimas de acidentes e demais urgências/emergências, com posterior encaminhamento, sob regulação médica do SAMU-192, à rede assistencial do SUS, minimizando as consequências advindas, inclusive óbitos e sequelas graves, [...] observadas as prioridades do DPRF pertinentes a apoio de saúde institucional e a dignatários, bem como outras ações advindas de suas atribuições constitucionais (PEREIRA, 2014, sp).

Há também veículos de apoio para uso dos gerentes, veículos tipo Combi para a coleta de materiais deixados pelas equipes nos serviços de saúde, e para distribuição de materiais, além de motos para estabelecer a correspondência por escrito entre o serviço e a SMS e demais serviços de interesse.

4.2.6 Estrutura Gerencial e Recursos Humanos: agentes do processo de trabalho

Para garantir o atendimento ininterrupto às urgências médicas, além dos recursos materiais, se faz necessário um quantitativo de pessoal para gerir e operacionalizar as atividades do serviço.

No que concerne ao gerenciamento do serviço, o SAMU 192 Regional João Pessoa supera as expectativas da Portaria 2.048/2002 (BRASIL, 2002) que exige apenas o coordenador geral do serviço, o responsável técnico médico e o responsável técnico de enfermagem.

No âmbito da gerência, abaixo são especificados os cargos e as atribuições de cada gerente:

- **Coordenador Geral:** gerencia o serviço prestando apoio logístico e o representa frente a outros órgãos da sociedade e do governo.
- **Diretor Técnico:** responde pelas atividades técnicas dos médicos reguladores de intervencionistas, dentre outras atividades não especificadas.
- **Chefe de Plantão:** é o médico responsável pela equipe de médicos durante o plantão específico, gerenciando as atividades do plantão dentro e fora da CRMU.
- **Coordenador de Enfermagem:** é o responsável técnico pelas ações dos profissionais de enfermagem e responde pelas demandas administrativas, processos e escalas de serviço, media conflitos, acolhe os profissionais e representa o serviço junto a outros órgãos, no âmbito da enfermagem.
- **Supervisor de Enfermagem:** supervisiona diretamente o andamento das atividades do plantão, atua na elaboração de impressos gerais (ofícios, convocações, comunicados), relatórios administrativos e coparticipa da elaboração de escalas de serviço e na mediação de conflitos entre os profissionais de enfermagem.
- **Enfermeiro-dia/noite:** é o responsável por receber os profissionais de enfermagem a cada troca de plantão, organizando e realocando as equipes nas viaturas, disponibiliza e controla materiais de alto-custo, quando necessário, informa ao RO o nome dos profissionais a tripular em cada unidade, além de mediar conflitos durante o plantão, reportando os casos ao coordenador de enfermagem, e realizar os registros pertinentes no livro administrativo de Enfermagem.

- **Coordenador Administrativo:** dá ciência às demais coordenações a respeito de documentos internos e externos (consolidados mensais, frequências) e tramitação de processos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), agiliza a manutenção da infraestrutura da base central e bases descentralizadas. É o responsável por administrar os funcionários da recepção, almoxarifado, o de monitorização de câmeras e o motoboy.
- **Assessor de Comunicação:** engloba a assessoria de imprensa, trabalhando diretamente com a sociedade, veículos de informação, campanhas educativas, palestras, emite pareceres e notas relacionadas à área.
- **Coordenador/Supervisor de ROs e TARMs:** supervisiona TARMs e ROs, administra o sistema de comunicação radiotelefônico, elabora escalas de serviços, administra conflitos, supervisiona a parte elétrica da CRMU.
- **Coordenador/Supervisor de Farmácia:** farmacêutico responsável pela gerência da farmácia, que faz o controle de medicamentos, estoque e pedidos, elaboração de escalas do setor.
- **Coordenador de Transportes:** coordena direta e indiretamente a frota de ambulâncias e motolâncias, elabora escalas de serviço dos condutores socorristas, formaliza contatos com as oficinas de manutenção, administra conflitos.
- **Supervisor de Transportes:** supervisiona a frota e o condutor-dia/noite, resolve problemas da mecânica interna ao serviço.
- **Condutor-dia/noite:** supervisiona a mecânica dos veículos, supervisiona diretamente os condutores durante o plantão.

No âmbito dos recursos humanos, são especificadas a formação profissional e as atribuições dos outros elementos inerentes ao processo de trabalho:

- **Médicos Reguladores:** são os responsáveis por avaliar e julgar a gravidade presumida da urgência, priorizando os casos. Registram os dados clínicos no sistema, decidem sobre a necessidade ou não do envio de ambulâncias, monitora e orienta o trabalho dos médicos intervencionistas e enfermeiros, define e contata o serviço de referência de acordo com o caso, informando as condições do paciente.
- **Médicos Intervencionistas:** são os médicos que, como o apoio do enfermeiro, assistem diretamente aos casos de emergência, sendo responsáveis por liderar a equipe que tripula a USA e por se comunicar com o MR do SAMU.

- **Enfermeiros:** são os responsáveis por assistir, com o apoio do técnico em enfermagem, diretamente aos casos de urgência e liderar o trabalho em equipe na USB, estabelecem contatos com o MR do SAMU e executa prescrições à distância.
- **Técnicos em Enfermagem:** são profissionais de nível médio que, sob a supervisão do enfermeiro (exceto nas motolâncias), realizam procedimentos invasivos e não invasivos, exceto os privativos do enfermeiro e executam a prescrição médica à distância.
- **Técnico em Enfermagem (desinfecção):** são os responsáveis por realizar a desinfecção concorrente das ambulâncias quando estas apresentam sujas por secreções corporais (sangue, vômito, urina, fezes) e desinfecção terminal, seguindo uma escala proposta pelo serviço; Na CME realizam limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais.
- **Coordenador do SAME/Estatístico:** responsável por gerir o sistema de informações do serviço, elaborar relatórios e planilhas estatísticas e coordenar o trabalho dos digitalizadores no SAME.
- **Digitalizadores:** recebem, digitam e arquivam as fichas de atendimento do SAMU 192 Regional João Pessoa.
- **Condutor Socorristas:** são profissionais de nível básico, médio ou superior com curso de socorrista, habilitados para conduzir veículos de emergência. Auxiliam na estabilização do paciente, realizando procedimentos não invasivos. Revisam a mecânica, elétrica e fontes de oxigênio e ar comprimido das ambulâncias a cada plantão e comunicam as alterações ao chefe imediato. São também responsáveis por conduzir o abastecimento e lavagem dos veículos, e por repor maca e pranchas.
- **Rádio-Operadores:** são profissionais de nível básico, médio ou superior habilitados para operar sistemas de radiocomunicação e a frota de veículos. São responsáveis por acionar a unidade mais próxima ao local, dando as orientações à equipe para chegar ao destino, atualizam o painel de informação da CRMU.
- **TARMs:** são profissionais de nível básico, médio ou superior habilitados para o atendimento e auxílio aos chamados. É o primeiro o contato do solicitante através do número 192, responsável por colher as informações pertinentes ao atendimento das vítimas e repassar a ligação para o MR. Também atendem aos chamados dos médicos intervencionistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem no local da ocorrência, estabelecendo o contato entre estes e o MR ou RO.

- **Almoxarife:** faz o controle de estoque e distribuição de materiais e insumos gerais necessários para a reposição e manutenção da central e bases descentralizadas.
- **Mecânico, Pintor e Eletricista:** fazem a manutenção dos equipamentos e materiais móveis e imóveis do serviço de acordo com sua habilidade profissional.
- **Motoboy:** faz a comunicação escrita entre o serviço, SMS e demais serviços que se interrelacionam com o SAMU e outras funções a pedido dos gerentes.
- **Apoio:** presta apoio ao serviço na coleta de materiais (macas, pranchas, colares, talas, lençóis) deixados pelas equipes nos hospitais, bem como no transporte de materiais para a manutenção do funcionamento do serviço e outros apoios.
- **Auxiliar Administrativo:** secretaria as coordenações, principalmente a administrativa.
- **Copeiras:** organiza e limpa a copa, e faz o controle e distribuição das refeições.
- **Operador de câmeras:** opera o sistema de câmeras instalado na central e garagem das ambulâncias.
- **Auxiliares de Limpeza:** profissionais da Empresa Adlim terceirizados pela SMS responsáveis pela limpeza e manutenção diária da Base Centralizada.
- **Seguranças:** profissionais da Empresa Kairós terceirizados pela SMS responsáveis pela garantia da segurança da Base Centralizada;
- **Lavador de Auto:** Realiza a lavagem externa dos veículos em geral.

Tabela 4.2.6.1 – Recursos Humanos do SAMU 192 Regional João Pessoa, 2015

Profissional	n	%	Profissional	n	%
Enfermeiros	69	21,6	Auxiliares de Farmácia	06	1,9
Estatístico	01	0,3	Condutores Socorristas	65	20,3
Farmacêuticos	03	0,9	Rádio-Operadores	05	1,6
Médicos	50	15,6	TARMS	28	8,8
Técnicos em Enfermagem	75	23,4	Outros	18	5,6

Fonte: SAMU 192 Regional João Pessoa, 2015.

Legenda: n – valor absoluto; % valor relativo; TARMS – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica.

O conjunto de atividades do serviço é movido por um quantitativo de 320 profissionais (Tabela 4.2.6.1) lotados na SMS em regime de plantão ou diarista, e 07

terceirizados, contratados para fazer a segurança (05) e a higienização da Base Centralizada (02), sendo 280 (87,5%) prestadores de serviço (contratados), 37 (11,6%) estatutários e 03 (0,9%) comissionados. Dentre os outros profissionais estão incluídos: 01 eletricista, 01 pintor, 01 mecânico, 01 motoboy, 02 auxiliares administrativos, 03 digitalizadores, 01 almoxarife, 05 copeiras, 02 técnicos de monitorização de câmeras e 01 apoio. A função de lavador de auto no momento encontra-se em aberto.

Para atender as necessidades do serviço e de funcionários, alguns dos profissionais trabalham com desvio de função.

Cumprindo aos preceitos legais da Portaria 1.864/2003 (BRASIL, 2003c) que institui o SAMU 192, suas CRMU e seus Núcleos de Educação em Urgência, encontra-se em processo de construção o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do serviço. Nas palavras do gerente colaborador:

O Núcleo de Treinamento iniciou seu processo de gestão em fevereiro de 2015, a partir de uma necessidade de organização de um plano de trabalho voltado para a promoção de educação em serviço e treinamento. Atualmente o núcleo é gestado por um colaborador doutor com o objetivo de, periodicamente, avaliar e treinar os funcionários do SAMU. [Já foi] iniciada a avaliação diagnóstica através da solicitação de currículos e discussões em serviço [como etapas para a iniciação do NEP].

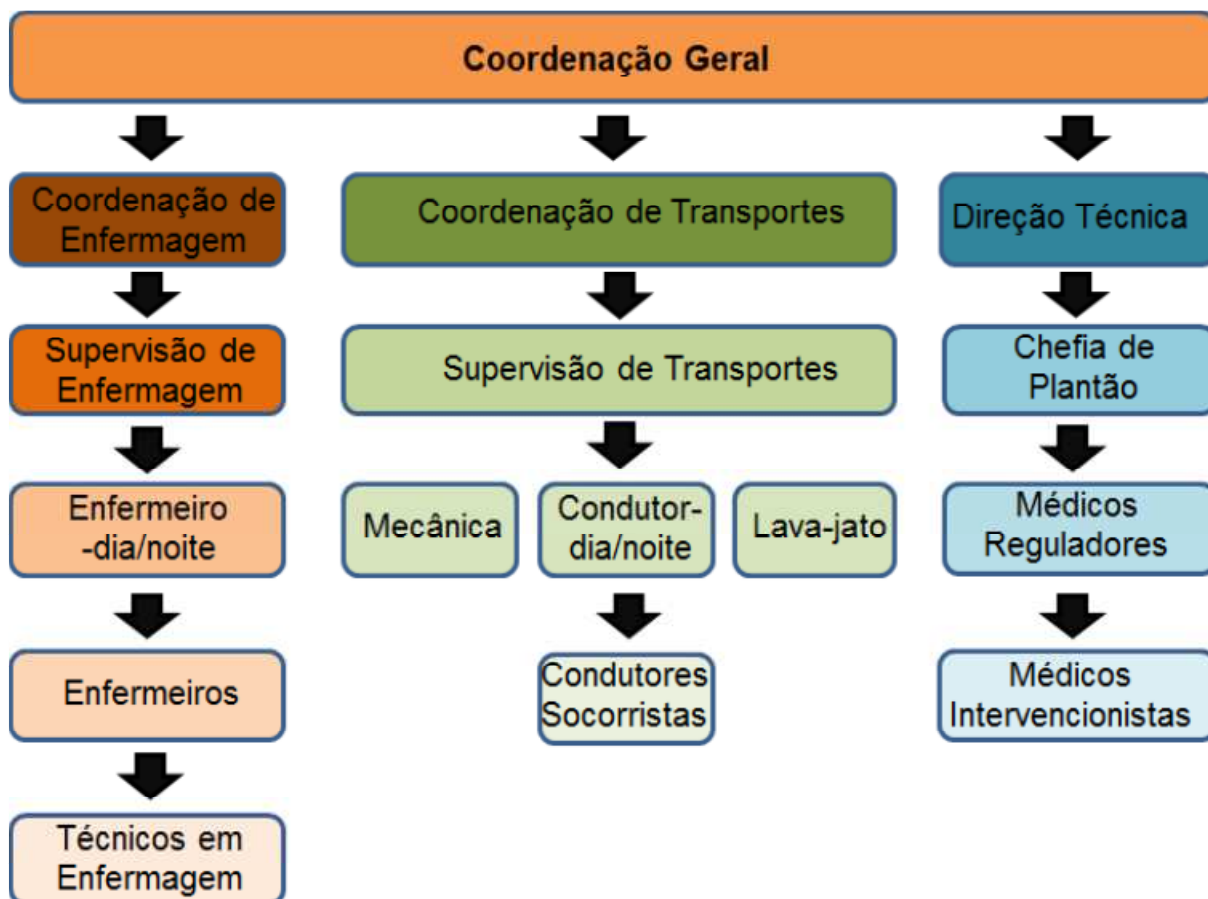
O NEP tem como objetivos operacionais: promover programas de educação e formação continuada através de treinamentos; capacitar os recursos humanos da atenção regional; estimular a criação de equipes de multiplicadores em cada região; desenvolver e aprimorar as políticas públicas de atenção às urgências; incorporar profissionais com experiência prática em urgência; certificar e recertificar a cada dois anos os profissionais atuantes, propor parâmetros para a progressão funcional (BRASIL, 2002).

No serviço há duas Comissões de Ética, a de Enfermagem e a Médica, representadas pelos profissionais do serviço, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais.

Conforme informado pelo serviço, não há um organograma definido dos níveis hierárquicos dentro da instituição, sendo somente informados organogramas

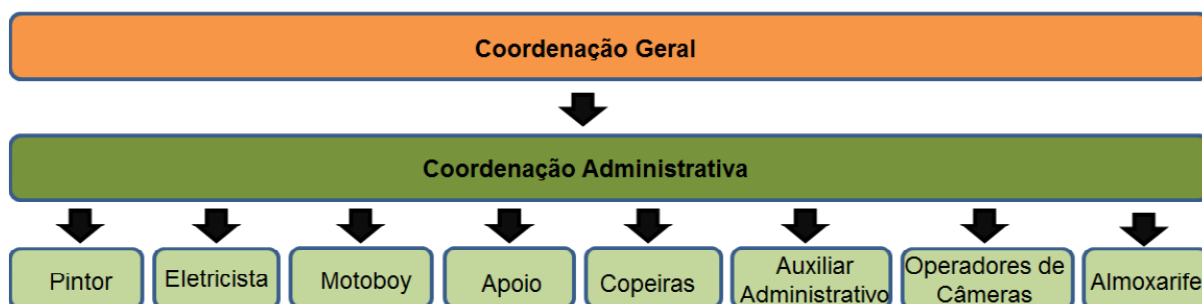
hierárquicos isolados dentro das especificidades, tal como mostrados nas Figuras 7, 8 e 9, organizados segundo a compreensão do autor.

Figura 7 – Organograma 1 dos níveis hierárquicos do SAMU 192 Regional João Pessoa



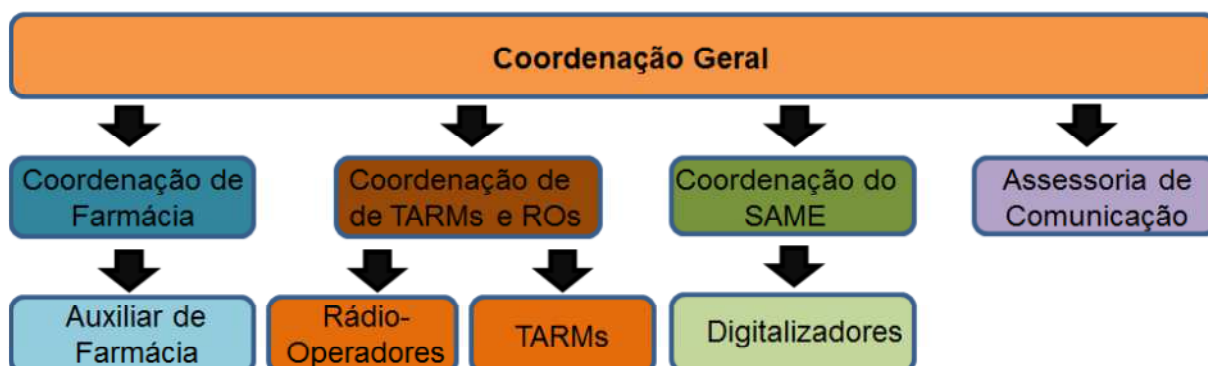
Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Figura 8 – Organograma 2 dos níveis hierárquicos do SAMU 192 Regional João Pessoa



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Figura 9 – Organograma 3 dos níveis hierárquicos (isolados) do SAMU 192 Regional João Pessoa



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

4.2.7 Processo de Trabalho e a Interrelação entre seus Elementos

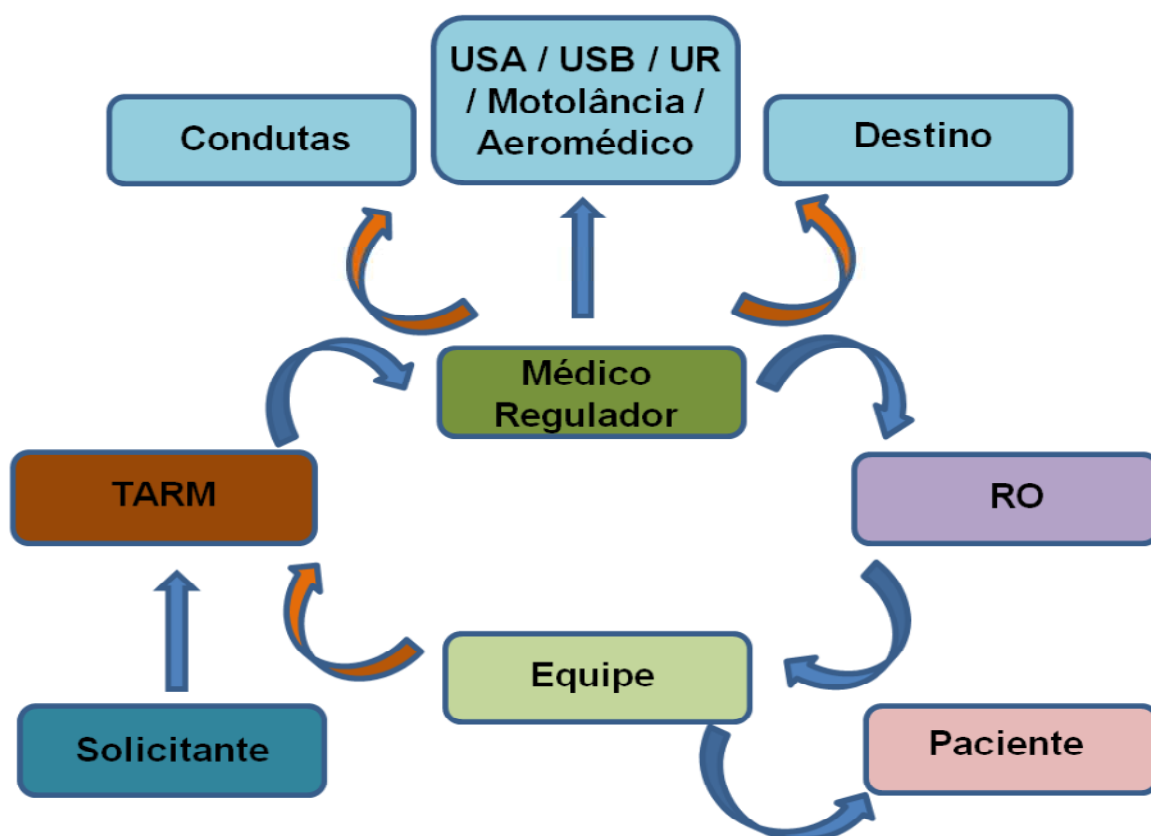
Para se efetivar na prática as ações e serviços do SAMU 192 Regional João Pessoa é essencial que haja um trabalho multidisciplinar que envolve todos os processos administrativos e recursos materiais e humanos descritos nas seções anteriores. São esses os componentes que movem o processo de trabalho (Figura 10), portanto, faz-se relevante descrever toda a dinâmica desse processo no atendimento a um chamado de urgência, identificando seus componentes: agentes, meios, objeto, produto, finalidades.

Na chegada ao plantão de 12 horas que se inicia às 07h:00min e às 19h:00min, a primeira diligência dos profissionais se apresentar ao seus respectivos chefes imediatos (chefe de plantão, enfermeiro-dia/noite, condutor dia/noite), informado a unidade que vai tripular, conforme a escala de serviço (meio).

Seguindo, os profissionais recebem o plantão daqueles que estão saindo, sendo as trocas feitas entre condutores, entre médicos, entre enfermeiros e entre técnicos em enfermagem, os quais informam as condições da ambulância ou motolância e repassam o aparelho de celular para o rendeiro. Todas as rendições de plantão são feitas na base central. Feito isto, a equipe inicia a conferência e reposição de materiais, limpeza e organização da unidade quando necessário, informando a RO se a mesma está ou não em condições de iniciar as atividades.

Ao acionar o SAMU pela linha 192 (meio) o primeiro contato do solicitante (agente) é com o TARM (agente), sendo gerado inicialmente um protocolo de atendimento através do sistema de informação (meio). Após colher as informações de pertinentes, a ligação é passada para o ramal (meio) do MR (agente). Este faz a triagem da situação, classificando a urgência (meio) e presumindo a gravidade (objeto) em leve, moderada e grave, indicando ou não a liberação de um ou mais veículos de urgência (meio), conforme a quantidade de vítimas e a gravidade das mesmas.

Figura 10 – Processo de trabalho e a interrelação entre seus componentes no SAMU 192 Regional João Pessoa



Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Legenda: USB – Unidade de Suporte Básico; USA – Unidade de Suporte Avançado; UR – Unidade de Resgate; TARM – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica; RO – Rádio-operador.

De acordo como o MS (BRASIL, 2006), a classificação facilita o estabelecimento de prioridades, sendo classificadas em: Nível 1- emergência ou urgência de prioridade absoluta, com risco de vida ou de perda funcional grave

imediate ou secundária; Nível 2 – urgência de prioridade moderada, com necessidade não imediata, mas dentro de poucas horas; Nível 3 – urgência de prioridade baixa, sem risco de vida ou perda de funções, que pode aguardar por várias horas; Nível 4 – urgência de prioridade mínima, cujas orientações são dadas pelo telefone.

Autorizada a liberação de uma unidade, o RO (agente) identifica em sua tela a prioridade da urgência e aciona a equipe (agente) pelo rádio, telefone ou megafone (meios). A partir daí, todo o percurso da unidade é monitorado pelo RO que registra no sistema os horários de saída da unidade para o local, de chegada ao local, de saída do local e de chegada ao destino final, quando o paciente tem indicação de ser removido para um hospital. Toda essa informação é passada pelo condutor via rádio.

Na ocasião de um chamado, as equipes podem estar na rua retornando de um atendimento, na base central ou nas bases descentralizadas (meios). Ciente do chamado, a equipe imediatamente se dirige à ambulância, motolância ou aeronave (meios) e solicita os detalhes da ocorrência: sobre onde e como chegar ao local, a natureza do chamado, número de vítimas, o número do protocolo e o nome do médico que regulou o chamado. O condutor então informa via rádio a saída da unidade para o local.

No local, o condutor informa pelo rádio ao RO a chegada da equipe. Seguindo, é feita a avaliação clínica e/ou traumática (meios) do paciente pelo médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem, dependendo da unidade, são disponibilizados os equipamentos e iniciados os procedimentos (meios). De posse dos dados da avaliação, o responsável pela equipe faz contato ou segunda regulação com a CRMU, através do 192, sendo atendido pelo TARM que passa a ligação para o MR. Todo o caso é repassado para o MR, incluindo os parâmetros vitais e glicemia (meios), os procedimentos já realizados e as medicações (meios) já administradas, uma vez que há protocolos clínicos e de trauma que as equipes podem executar sem a prévia autorização do MR, conforme a urgência do paciente e o grau de risco de morte ou sequelas. Dependendo da necessidade, a equipe também pode fazer contato com o RO.

De acordo com a cada caso, o MR prescreve medicações e indica a realização de outros procedimentos a serem realizados pela equipe, indicando ou não a remoção e, quando desta, informa qual o serviço pré-hospitalar ou hospitalar

da RUE para onde será removido o paciente. Posto isto, enquanto a equipe se desloca, na CRMU o MR estabelece o contato com o serviço de destino, confirmando a disponibilidade da vaga e informando as condições do paciente. Posteriormente o MR informa ao RO, que, via rádio, contata a equipe confirmando a disponibilidade ou não da vaga e confirmando o nome do médico ou outro profissional com quem fez o contato ou que receberá o paciente. O condutor, via rádio, informa ao RO a chegada da ambulância ao serviço referenciado.

Cabe ressaltar que, quando se trata das motolâncias (meios), após avaliação, se for identificada a necessidade de remoção, o apoio é solicitado via rádio e uma USB (meio) ou uma USA (meio) é deslocada para o local. As USBs, quando necessário também solicitam o apoio de uma USA, pois há casos em que a gravidade presumida pelo MR não condiz com a gravidade real presenciada pela equipe no local. Da mesma forma, ocorre também que as USAs também solicitam apoio das USBs.

No serviço referência o paciente é deixado, sendo repassado para o médico que o recebe todo o caso do paciente, os procedimentos e medicações administradas, sendo deixada uma segunda via da ficha de atendimento a qual ele assina, confirmando o recebimento do paciente e, a partir de então ele e o serviço são os responsáveis pelo mesmo.

No retorno à base, o condutor informa ao RO que a ambulância está deixando o serviço e o destino para onde ele segue, dependendo das condições que a mesma se encontra: se está disponível ou sem condições para outra ocorrência seja por falta de prancha, maca e outros materiais ou contaminação dos mesmos, falta de medicações, oxigênio, combustível ou problemas mecânicos, daí entram em cena os demais elementos do processo de trabalho: coordenações, mecânico, apoio, serviço da CME, serviço de farmácia. Fica a cargo da equipe de enfermagem das unidades a responsabilidade pela reposição e organização de materiais e medicações, e do condutor a informação ou resolução dos demais problemas. A ambulância só será novamente acionada quando estiver disponível.

Cada ambulância tem um Livro de Registro de Ocorrências da enfermagem nos quais as equipes registram seus nomes, as condições em que recebeu a unidades e registra todas as ocorrências e intercorrências verificadas durante o plantão. Ao término do plantão, é feito o repasse para a equipe que dará

continuidade, entrega do celular ou rádio ao profissional responsável, em seguida as fichas são protocoladas em livro específico e deixadas no serviço.

Ao descrever o processo de trabalho em torno de uma ocorrência é possível identificar seus componentes que se apresentam direta e indiretamente interrelacionados. Da descrição pode-se inferir que os elementos do processo de trabalho no SAMU 192 Regional João Pessoa são:

- a) Objeto: é o agravo ao paciente ou vítima de ordens biopsicossociais, podendo ser uma hipoglicemia, um pico hipertensivo ou uma hipotensão, uma crise convulsiva, uma fratura, um sangramento, uma parada cardiorrespiratória e cerebral (PCRC), um acidente vascular encefálico (AVE), um surto psicótico, dentre outros;
- b) Meios: é todo recurso utilizado para reverter ou amenizar o agravo. Diz respeito às habilidades dos profissionais em geral e sua capacidade de gerenciar e assistir ao paciente, aos veículos, equipamentos, materiais e medicações utilizados, aos serviços de referência e o apoio em geral;
- c) Agentes: refere-se a todos os profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos no processo de trabalho, envolve os recursos humanos do serviço.
- d) Produtos: são os efeitos das intervenções sobre o agravo;
- e) Objetivos: salvar a vida do paciente, evitar complicações e reduzir sequelas advindas do não atendimento ou de seu retardo.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral descrever o processo de trabalho no gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional de João Pessoa.

Para a compreensão do processo de trabalho foi apresentada a estrutura organizacional física e funcional do serviço, onde puderam ser observadas as potencialidades e as fragilidades que interferem positiva e negativamente no processo de trabalho. No geral, o serviço apresenta boa organização física e funcional.

Como fragilidades são identificadas o déficit de profissionais e veículo, bem como condições de trabalho nas ambulâncias, já que algumas circulam sem refrigeração de ar, tendo em vista o clima quente da região, e as estruturas adaptadas para as bases descentralizadas. O fato de, apesar de ter 10 anos de atuação, ser um serviço habilitado, e, portanto, não fazendo jus ao reajuste dos valores de custeio.

Como potencialidades são elencadas o número suficiente de USBs e USAs conforme o número de habitantes da área de cobertura, a existência das bases descentralizadas para a melhoria do tempo-resposta aos chamados, uma CRMU com estrutura física e funcional que atende aos preceitos ministeriais, a existência de sistema de comunicação, informatização e arquivamento de informações eficaz e atuante. A presença de equipamentos de alto custo e capacidade tecnológica de resolutividade dos problemas de saúde como o Autopulse, monitores cardíacos, bombas de infusão, respiradores e aspiradores portáteis e incubadora também são outros pontos positivos, além da proposta de implantação do NEP.

Todo o processo de trabalho do SAMU 192 Regional João Pessoa é gerenciado por uma equipe de coordenadores e supervisores que, em maior ou menor grau, contribuem direta e indiretamente para o andamento das atividades. Nesse sentido, infere-se que as decisões e ações não estão centralizadas em um pequeno grupo de pessoas, apresentando maior potencial para resolução de problemas e, conseqüentemente, agilidade nas atividades.

Dada a importância aos gerentes do serviço, foram identificados e especificados outros recursos humanos que participam do processo de trabalho,

definindo suas respectivas atribuições. Cada um atua de forma a efetivar na prática as propostas preconizadas pelo perfil de atendimento do serviço.

Os componentes do processo de trabalho e sua interrelação foram identificados e interligados. Os gerentes do SAMU 192 Regional João Pessoa trabalham no sentido de prover agentes (profissionais) e meios (recursos materiais e imateriais) para que, utilizando-se destes, consigam alterar o objeto (agravo), gerar um produto (efeitos) e alcançar a sua finalidade (saúde, vida, qualidade de vida).

Nesse sentido, na gerência dos serviços e unidades de saúde reconhece-se a importância de gerentes capacitados para planejar, controlar e avaliar seus processos de trabalho. Espera-se que esse estudo contribua para identificar a necessidade de reestruturação das ações e serviços, implementação de novas estratégias e fortalecimento dos pontos positivos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.862, de 29 de setembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.600 de 07 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.473, de 20 de julho de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.010, de 21 de maio de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.663, de 06 de agosto de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.026, de 24 de agosto de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.971, de 08 de dezembro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 342, de 04 de março de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 356, de 08 de abril de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 814, de 01 de junho de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996** - NOBSUS 96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médicas das Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 5.055, de 27 de Abril de 2004**. Brasília, 2004a.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. CNS, 2012. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

DELLAGIUSTINA, C. L.; NITSCHKE, C. A. S. **Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências**. Portal do CANASEMS, 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/1337-reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emergencias>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. **Processo de trabalho em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nesco/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Social**, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.07, n.04, p.1225-1233, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 12 reimpr. São Paulo: Atlas: 2009.

HORÁCIO, F. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: escon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb#>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-529, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. (Orgs.). **Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de urgência – SAMU**, Brasil, 1999.

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

MASTER COMUNICAÇÃO. SAMU 192 – **Manual de Identidade Visual**. 37p, S/A. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20de%20Implantacao%20do%20SAMU.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1877-1886, 2008.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A.. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, v. 22, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, R. S. **Um estudo sobre o risco ocupacional em atendimento Pré-hospitalar**. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituição de Tecnologia Especialização ITESA, Faculdade Redentor. São Paulo, 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.Especial, p. 73-78, 2006.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009.

PEREIRA, M. Diário Catarinense. **Helicóptero do SAMU**: Procuradoria arquiva denúncia contra Ideli Salvati. Santa Catarina, 17 de março de 2014.

PHTLS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**: básico e avançado. 5 ed. Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians em colaboração com o Colégio americano de Cirurgiões. Traduzido por: Renato Sérgio Poggetti, et al). Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

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

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p.438-446, 2004.

Rodrigues, w. c. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST: Paracambi, 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SILVA, E. A. C. et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.3, p.571-

577, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

TAKEDA, R. A.; WIDMER, J. A.; MORABITO, R. Uma proposta alternativa para avaliação do desempenho de sistemas de transporte emergencial de saúde brasileiros. **Transportes**, v. 9, n. 2, p. 9-27, 2011.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2006, Fortaleza. **Anais do XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Fortaleza: UFCE, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2ed. São Paulo: Vozes, 2003.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Nome do Serviço: _____

Endereço: _____

Ano de Início das atividades: _____ Portaria de criação: _____

Serviço: () Habilitado () Qualificado () Outro

Breve histórico:

II – DA INFRAESTRUTURA

Base principal: () Sim () Não

O prédio é: () Alugado () Doado/Emprestado () Público () Outro:

O prédio é: () Residencial () Serviço de saúde () Outro _____

Dependências (colocar número): () Copa () Refeitório () Sala de reuniões ()

Repouso feminino superior () Repouso masculino superior () Repouso feminino

médio () Repouso masculino médio () Sala de reuniões () Almoxarifado ()

Farmácia () CME () Armários para guardar pertences dos funcionários ()

Depósito de material de limpeza () Recepção () Central de Regulação médica ()

) Secretaria () Sala da coordenação médica () Sala da coordenação de

enfermagem () Sala do Coordenador geral () Sala do diretor técnico

() Sala da administração () Setor de alto custo () Sala de estar () WC

feminino () WC masculino () Abrigo coberto para as ambulâncias () Lava-

jato () Sala para armazenamento temporário de resíduos. Outras dependências: _

Bases descentralizadas: () Não () Sim: Qual a localização e a infraestrutura das Bases descentralizadas?

Base 01: _____

Base 02: _____

Base 03: _____

Base 04: _____

Base 05: _____

III – DOS VEÍCULOS DE URGÊNCIA E EQUIPES

- Unidades de Suporte Avançado: () Não () Sim: Quantas? _____

Equipe: () Médico () Enfermeiro () Condutor Socorrista () Técnico em Enfermagem

- Unidades de Suporte Básico: () Não () Sim: Quantas? _____

Equipe: () Enfermeiro () Condutor Socorrista () Técnico em Enfermagem

- Motolâncias: () Não () Sim: Quantas? _____

Equipe: () Enfermeiro () Condutor Socorrista () Técnico em Enfermagem

- Veículo de tração 4x4: () Não () Sim: Quantos? _____ Modelo: _____

IV – DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA

- Quais os sistema de comunicação?

() Telefone: Número de linhas disponíveis _____ () Rádio

- Há um sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação?

() Não () Sim. Qual? () Telefone () Rádio

- Há um sistema de gestão informatizado para arquivamento de informações?

() Não () Sim. Qual: _____

- Quais a estrutura da CRMU?

- Ambiente climatizado: () Não () Sim
- Isolamento acústico: () Não () Sim
- Número de cabines para TARMs: _____
- Número de cabines médicas: _____
- Número de cabines para RO: _____
- Qual o número de profissionais, conforme o turno?

Médicos Reguladores		TARMs		RO	
Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite

- Quais as ferramentas de regulação utilizadas?
 - () Mapas com a localização dos serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, CB, Polícia Rodoviária e outros;
 - () Mapas com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;
 - () Listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região e de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;
 - () Mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários;
 - () Diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;
 - () Agenda de eventos;
 - () Planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas (planos de desastre com protocolos; e
 - () Manuais de normas e rotinas do serviço.

IV – COMISSÕES

- Quais as comissões existentes no serviço?
 - () CCIH () Comissão de Prontuários () Comissão de Ética () Comissão de Óbitos () Outras: _____

V – DOS RECURSOS HUMANOS

- Número de profissionais: _____
- Regime de trabalho: () Diaristas () Plantonistas () Diaristas e Plantonistas () Horista

- Discriminação dos profissionais:

Profissional	Qde	Profissional	Qde
Coordenador geral		Auxiliar de farmácia	
Diretor Técnico		Técnico em Enfermagem	
Administrador		Condutores Socorristas	
Coordenação médica		Mecânico	
Coordenação de enfermagem		Auxiliar de serviços gerais	
Supervisão de enfermagem		Copeira	
Enfermeiro dia		Vigilante	
Enfermeiros		Outros	
Farmacêutico			
Secretário			
Outros			

VI – DA ADMINISTRAÇÃO

- Qual as atribuições dos gerentes do serviço?

Coordenador Geral. Atribuições: _____

Diretor Técnico. Atribuições: _____

Chefe de plantão Atribuições: _____

Coordenador Administrativo. Atribuições: _____

Coordenador de Enfermagem. Atribuições: _____

() Supervisor de Enfermagem. Atribuições: _____

Coordenador de Transportes. Atribuições: _____

() Supervisor de Tráfego. Atribuições: _____

Supervisor de Radio-operadores e TARMs. Atribuições: _____

Outros (especificar). Atribuições: _____

VII- DOS NÍVEIS HIERÁRQUICOS

- Esboçar organograma das relações hierárquicas

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU: GESTÃO EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr(a) _____ para participar da Pesquisa PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA GESTÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL JOÃO PESSOA, da responsabilidade do pesquisador Rosilene Alves de Almeida, sob a orientação da Profa. Silene de Lima D. X. Santos, a qual objetiva descrever o processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de João Pessoa. O projeto é parte de um projeto maior intitulado “Avaliação do Desempenho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba” que vem sendo desenvolvido na Paraíba. Sua participação é voluntária e se dará por meio do fornecimento de informações que contemplarão os objetivos do estudo, por meio de um questionário semiestruturado.

Informamos que não há nenhum risco conhecido de sua participação na pesquisa, que será mantido o sigilo de seu anonimato e os dados fornecidos somente serão utilizados para os fins desta pesquisa.

Caso aceite participar, estará contribuindo para fornecer informações que servirão para proporcionar uma base para decisões políticas por parte dos gerentes e gestores do município João Pessoa, no que se refere à redefinição de diretrizes, estratégias e objetivos para se efetivar, na prática cotidiana, a intenção da Política de Urgência e Emergência, por meio da aplicação de novos métodos de gerência, no sentido de orientar para a necessidade de reestruturação, implementação de novas estratégias e, conseqüentemente, a melhoria das ações e serviços no SAMU Regional João Pessoa.

Se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, - CEP/UFPB, no CAMPUS I – Cidade Universitária, João Pessoa/PB, telefone (83) 3216-7791; ou com o pesquisador responsável à Rua Seson das Chagas Goulart, 35, Cidade dos Colibris, João Pessoa/PB, Telefone (83)8863-1996.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____,
fui informado e estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e da necessidade da minha colaboração. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso desistir quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/ ___/ 2015

Assinatura do Pesquisador Responsável

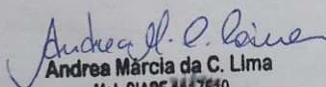
ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na Reunião Extraordinária realizada no dia 02/12/2013, o Projeto de pesquisa intitulado: **“AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA”** do pesquisador Ulisses Umbelino dos Anjos. Prot. Nº 0652/13. CAAE: 20490613.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO B – Anuência para Coleta de Dados

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 30 de dezembro de 2013

Processo: 24.260/2013


TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada em “**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA PRIMEIRA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA**” a ser desenvolvida pelos pesquisadores **ULISSES UMBELINO DOS ANJOS, RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA, EUFRÁSIO DE ANDRADE LIMA NETO, GUTENBERG ALVES PEQUENO e ROSILENE ALVES DE ALMEIDA** sob orientação do Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Igualmente, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, ficam condicionados a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Cristiane M. Poletto
Gerente da Educação na Saúde
Mat.: 66941-1

Cristiane Mélo Poletto
Gerente da Educação na Saúde

ANEXO C – Código Q, Alfabeto Fonético Internacional e Numérico Sequencial

CÓDIGO Q		CÓDIGO FONÉTICO INTERNACIONAL			
QAP	Escuta, escutar, à disposição	Letras	Palavras	Pronúncias	
QAR	Autorização para abandonar a escuta	A	Alpha	AL – FA	
QRA	Prefixo da estação ou do operador	B	Bravo	BRA – VO	
QRI	Tonalidade dos Sinais	C	Charlie	CHAR – LIE	
QRK	Legibilidade dos sinais	D	Delta	DEL – TA	
QSA	Intensidade dos sinais: 1=péssima;2=má;3=regular;4= boa;5= ótima	E	Echo	E – CHO	
QRM	Interferência de outra estação	F	Foxtrot	FOX – TROT	
QRN	Interferência estática	G	Golf	GOLFE	
QRQ	Transmitir mais depressa	H	Hotel	HO – TEL	
QRS	Transmitir mais devagar	I	Indian	IN – DI – AN	
QRT	Parar transmissão	J	Juliet	JU – LI – ETE	
QRV	Pronto para receber	K	Kilo	KI – LO	
QRX	Espere, Aguarde	L	Lima	LI – MA	
QRZ	Quem está chamando ?	M	Mike	MAI – QUE	
QSB	Seus sinais estão sumindo	N	November	NO – VEM – BER	
QSD	Manipulação defeituosa	O	Oscar	OS – CAR	
QSJ	Dinheiro, pagamento, valor	P	Papa	PA – PA	
QSL	Confirmado, compreendido, afirmativo	Q	Québec	QUE – BE – QUE	
QSO	Contato entre duas estações ou pessoas	R	Romeu	RO – MEU	
QSP	Retransmissão gratuita	S	Sierra	SI – E – RRA	
QSY	Mudar para outra frequência	T	Tango	TAN – GO	
QTA	Cancelar mensagem. Última forma. Fora	U	Uniform	U- NI- FOR- ME	
QTC	Telegrama. Mensagem. Comunicado	V	Victor	VIC – TOR	
QTH	Endereço. Localização	W	Whiskey	WHIS – KEY	
QTI	Rumo verdadeiro. Destino	X	X Ray	EX- REY	
QTJ	Velocidade do veículo	Y	Yankee	IAN – QUI	
QTR	Hora certa/exata.	Z	Zulu	ZU – LU	
QTU	Horário de funcionamento				
QUA	Notícia. Informação	Número	Por extenso	Pronúncia	
QUB	Informe sua visibilidade	0	Zero	ZE – RO	
QRU	Ocorrência. Evento	1	Uno	U – NO	
QTO	Banheiro	2	Dois	DO – IS	
QRL	Não interfira, por favor,	3	Três	TER – IS	
QRZ	Quem está a caminho?	4	Quatro	QUA – TRO	
QSM	Repetir o último câmbio	5	Cinco	CIN – CO	
QSN	Você me escutou?	6	Seis	MEIA - DÚZIA	
QUF	Informação sobre perigo	7	Sete	SE – TE	
QTZ	Manter estação aberta	8	Oito	OI – TO	
TKS	Grato. Obrigado. Agradeço	9	Nove	NO – VE	
NIL	Nada. Nenhuma. Sem alteração	Nota: O “Código fonético Internacional, também conhecido como “Alfabeto Fonético Internacional” é utilizado nas comunicações civis ou militares, através via telefone ou radiofonia, a fim de evitar-se que palavras transmitidas sejam mal interpretadas, motivo pelo qual as mesmas são soletradas. Exemplo: Rio Sapucaí = vou soletrar: Sierra-Alfa-Papa-Uniforme-Charlie-Alfa-Indian.			
NÚMÉRICO SEQUENCIAL					
0=Negativo	1=Primeiro				2=Segundo
3=Terceiro	4=Quarto				5=Quinto
6=Sexto	7=Sétimo				8=Oitavo
9=Nono					