



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
MÓVEL EM FORTALEZA (CE)

JULIANA GUIMARÃES E SILVA

Fortaleza - Ceará

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA GUIMARÃES E SILVA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
MÓVEL EM FORTALEZA (CE)

Dissertação apresentada ao curso de  
Mestrado em Saúde Coletiva da  
Universidade de Fortaleza como  
requisito parcial para obtenção do Título  
de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Fortaleza - Ceará

2008

---

S586d Silva, Juliana Guimarães e.  
Diagnóstico situacional do atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza  
(CE) /  
Juliana Guimarães e Silva. - 2008.  
75 f.

Cópia de computador.  
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.  
“Orientação : Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.”

1. Atendimento de emergência pré-hospitalar. 2. Serviços médicos de emergência.  
3. Primeiros socorros. 4. Política de saúde. I. Título.

CDU 616-083.98

---

Este projeto de pesquisa integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – **NEPAV** e conta com o apoio financeiro e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP**.

JULIANA GUIMARÃES E SILVA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL EM  
FORTALEZA (CE)

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Acidentes e Violência

Data de aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edinilsa Ramos de Souza - FIOCRUZ  
Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Augediva Maria Jucá Pordeus - UNIFOR  
Examinadora

---

Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves - UNIFOR  
Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais, Arimatéa e Vanda, pelo estímulo e apoio que sempre me deram na busca do conhecimento e na minha formação humana e profissional.

Ao meu avô, Américo, pelo exemplo de vida e dignidade.

Ao meu amigo e noivo, Hernani, pela força e calma que sempre me transmitiu.

À minha orientadora, Profa. Dr<sup>a</sup>. Jane Eyre, pelo direcionamento acadêmico e lições de vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar nessa caminhada e haver me proporcionado a oportunidade de realizar mais um projeto de vida.

Aos meus pais, Arimatéa e Vanda, pelo amor, carinho, dedicação e pelos ensinamentos tão importantes para a minha formação pessoal e profissional. Obrigada por mais esse sonho realizado!

Ao meu avô, Américo, pelo exemplo de integridade humana e pelo ensinamento de princípios e valores, o meu muito obrigada.

Ao meu irmão, Rafael, que em seu silêncio torce pelo meu crescimento.

Ao meu noivo, Hernani, pela força e tranquilidade sempre transmitidas nos momentos mais difíceis e pelo reconhecimento da importância dessa etapa da minha vida. Obrigada!

Agradeço especialmente à amiga e professora doutora Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade e pelos ensinamentos que transformaram a minha vida pessoal e profissional.

Ao professor Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves, pela disponibilidade e serenidade com que ajudou a direcionar a obtenção dos resultados deste trabalho. Muito obrigada!

À prof. dr<sup>a</sup>. Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva, por me haver acompanhado na formação acadêmica e profissional e por acreditar em meu potencial.

Aos professores doutores Edinilsa Ramos de Souza, Augediva Maria Jucá Pordeus e Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves, pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violências - NEPAV, da Universidade de Fortaleza, pelo aperfeiçoamento e aprofundamento do conhecimento.

Às amigas Kátia Costa Savioli e Rafaela Teixeira Borges, pela ajuda na fase de coleta e transcrição de dados e pelas palavras de incentivo nos momentos mais delicados desta etapa do estudo.



À amiga Adryana Aguiar Gurgel, pelo incentivo e apoio. Você é uma das pessoas mais humanas que conheço!

À amiga, Geisy Lanne Muniz Luna, sempre disponível para escutar as minhas angústias e dividir seus conhecimentos nos momentos finais de elaboração deste trabalho.

Às amigas Ana Luiza, Iracema, Marluce e Raquel, pela divisão das preocupações e por terem tornado esta caminhada mais leve, alegre e agradável. Nossa amizade foi uma grande conquista!

Ao amigo Durval, sempre disponível para contribuir com seu conhecimento na redação dos diversos *abstracts*.

Aos colegas da II Turma do Mestrado em Saúde Coletiva, pelas experiências compartilhadas.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pelos conhecimentos obtidos e pela dedicação à missão de formar mestres.

Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva - Cleide, Abreu, Marciliano, Victor, Windson, pela presteza, atenção e acolhimento em todos os momentos.

À Fundação Cearense de Apoio de Desenvolvimento Científico e Tecnológico FUNCAP, pelo auxílio financeiro na realização desta pesquisa.

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência que aceitaram participar desta investigação, o meu muito obrigada.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Obrigada!

*Ser homem é precisamente se responsável. É sentir vergonha diante da miséria, mesmo quando ela parece não ter qualquer relação com você. É ter orgulho de uma vitória dos companheiros. É sentir, ao colocar a sua pedra, que você está contribuindo para construir o mundo.*

**Antoine de Saint-Exupéry**

## RESUMO

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) é o atendimento precoce à vítima no local da ocorrência de um agravo que possa causar lesões graves ou morte. Este tipo de assistência tem como demanda principal os acidentados do trânsito e objetiva a manutenção da vida e a minimização de seqüelas, concluindo o atendimento com a remoção a um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Este estudo (i) identificou o funcionamento do atendimento pré-hospitalar móvel sob a ótica dos profissionais do serviço; (ii) traçou o perfil da equipe dos profissionais que compõem a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; (iii) investigou o funcionamento do SAMU de acordo com a rotina do serviço e sua coerência com a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU; (iv) identificou a percepção dos profissionais acerca da qualificação e significados atribuídos ao trabalho que desenvolvem no serviço e; (v) identificou as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço e sugestões para superá-las. Com abordagem quantitativa, caracterizou-se como um estudo de corte transversal, realizado em Fortaleza entre dezembro de 2007 a julho de 2008. Participaram 89 profissionais da equipe de atendimento das unidades móveis. Na coleta de dados, utilizou-se um questionário auto-aplicável com questões fechadas e abertas. Os dados oriundos das questões fechadas foram organizados, codificados e submetidos à análise estatística descritiva e ao teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) com valor de  $p \leq 0,05$ . As respostas das questões abertas foram submetidas a análise de conteúdo frequencial (BARDIN, 1977). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza com o número 306/2007. Dentre os 89 participantes, 60,7% relataram que a estrutura física do SAMU deixa a desejar; 82,0% confirmaram a escassez de recursos materiais; 37,1% afirmaram a incipiência de recursos humanos; 67,4% informaram que as ambulâncias se encontram em estado de conservação comprometido e em número insuficiente ao atendimento; 98,9% admitiram a existência da integração com outros serviços. Houve diferença estatística significativa entre as categorias profissionais ( $p=0,037$ ). Entre os profissionais terceirizados, predominaram os médicos (71,4%) e enfermeiros (84,2%) sendo significativa ( $p<0,001$ ). A capacitação específica foi confirmada por 79,8% e a atualização por 88,8% dos profissionais. A média de tempo de resposta total correspondeu a 29 minutos ( $dp\pm 14,8$ ) e 65,2% afirmaram conhecer a PNAU. Sobre o funcionamento do SAMU de acordo com a PNAU, as equipes referiram incoerências entre a prática e o discurso oficial. As dificuldades relatadas para a realização do APH foram: desconhecimento da população acerca das atribuições do SAMU, escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais, exposição à violência, falta de educação no trânsito e trotes. Caso fossem gestores do SAMU, priorizariam: provisão de equipamentos e materiais, capacitação e segurança dos profissionais, concessão de benefícios e melhorias salariais e conscientização da população. Conclui-se que o atendimento pré-hospitalar é um serviço em fase de implantação com problemas estruturais e de planejamento. Faz-se necessário que os gestores do Sistema Único de Saúde assegurem a continuidade da sua implantação e promovam o seu aperfeiçoamento e constante avaliação, a fim de ajustar o seu funcionamento, além de garantir a integração do SAMU com o sistema de urgência e emergência.

**Palavras-chave:** Atendimento Pré-Hospitalar; Emergência, Política Nacional de Atenção às Urgências.

## ABSTRACT

Mobile Prehospital Care (APH) is characterized as an urgent on-site assistance to a victim upon the occurrence of a traumatic, non-traumatic or psychiatric condition that is likely to cause pain, serious injuries or death. This kind of assistance is mainly focused on car accident victims with the objective of preserving life and minimizing any consequences, which is followed by the victim removal to a hierarchized healthcare service integrated to the Unified Health System. This study (i) identifies mobile prehospital care performance from its professionals' standpoint; (ii) draws the profile of professionals engaged in Mobile Emergency Care Service – SAMU; (iii) investigates SAMU performance in terms of service routine and its coherence with the National Emergency Care Policy – PNAU; (iv) identifies the professionals' perception of qualification and significance of works developed under that service; and (v) identifies the main constraints faced in day-to-day service and suggestions to overcome them. Under a quantitative approach, it is characterized as a cross-sectional study performed in Fortaleza, Ceará between December 2007 and July 2008. The study relied on the participation of 89 professionals – physicians, nurses and practical nurse and nursing assistants and emergency vehicle drivers working in mobile units. For data collection, a self-applicable closed-ended and open-ended questionnaire was used. Data from closed-ended questions were organized, codified and submitted to descriptive statistical analysis and Pearson's chi-square test ( $\chi^2$ ) at a  $p$  value of  $\leq 0.05$ . Answers to open-ended questions were submitted to frequent content analysis (Bardin, 1977), and the research was approved by the ethics and research committee of the University of Fortaleza under number 306/2007. Among the 89 participants, 60.7% reported that SAMU physical structure is deficient; 82.0% acknowledge the shortage of material resources; 37.1% declared the human resource incipience; 67.4% reported the poor conservation conditions and insufficient number of ambulances; 98.9% admitted the existence of integration to other services. This integration among professional categories was statistically significant ( $p=0.037$ ). Among outsourced professionals, physicians (71.4%) and nurses (84.2%) predominate and are significant ( $p<0.001$ ). Specific qualification and update was confirmed by 79.8% and 88.8% of professionals, respectively. Average of total response time was equivalent to 29.0 (dp $\pm$ 14.8) minutes, and 65.2% of participants said that they are aware of the National Emergency Care Policy – PNAU. Regarding SAMU operation under PNAU, the teams said that there are incoherencies between the practice and the official discourse. Reported constraints to APH operations included: population's ignorance of SAMU duties, deficiency of human resources, equipment and material, exposure to violence, lack of traffic education, and misleading. If they were SAMU managers, they would give priority to: provision of equipment and material; capacity building and security of professionals, grant of benefits and improved salaries; and population's awareness. It is concluded that prehospital care is a service at implantation stage that has experienced planning and structural problems. It is necessary that the Unified Health System managers would ensure the continuity of its implantation and promote its improvement and continuous evaluation to adjust its performance and ensure SAMU integration to urgency and emergency system.

**Key words:** Prehospital Care; Emergency; National Emergency Care Policy.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Fortaleza, 2008 .....	35
<b>Tabela 2</b> – Distribuição percentual dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para variáveis relacionadas ao atendimento do SAMU, segundo a categoria profissional. Fortaleza, 2008.....	37
<b>Tabela 3</b> – Distribuição percentual dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para variáveis relacionadas ao trabalho, conhecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências segundo a categoria profissional. Fortaleza, 2008.....	40
<b>Tabela 4</b> – Opinião da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em relação à integração com outros serviços. Fortaleza, 2008. ....	41
<b>Tabela 5</b> - Opinião da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em relação ao atendimento do serviço de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Fortaleza, 2008.....	41
<b>Tabela 6</b> – Impressões da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acerca do trabalho no próprio serviço. Fortaleza, 2008. ....	42
<b>Tabela 7</b> – Prioridades estabelecidas pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência caso fossem gestores do serviço. Fortaleza, 2008.....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APH – Atendimento Pré-Hospitalar  
AT – Acidente de Trânsito  
CID – Código Internacional de Doenças  
CTB – Código de Trânsito Brasileiro  
DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAPH – Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza)  
SMUR – Serviço Móvel de Urgência e Reanimação  
SPSS - Statistical Package Social Science  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UMH – Unidades Móveis Hospitalares

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. OBJETIVOS .....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1. Breve Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar .....	22
3.2. O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Sua Interface Com Os Acidentes De Trânsito..	27
4. METODOLOGIA .....	30
5. RESULTADOS.....	34
6. DISCUSSÃO .....	44
7. CONCLUSÃO .....	60
8. REFERÊNCIAS.....	62
A P Ê N D I C E S.....	67
ANEXOS .....	77

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu da prática como enfermeira na unidade de emergência de um hospital público da rede estadual e referência do Município de Fortaleza, Ceará, dada a crescente demanda das vítimas de acidentes de trânsito, bem como das emergências clínicas – doenças cerebrovasculares e cardiológicas – nas salas de atendimento de urgência, porta de entrada do nível terciário do sistema de saúde.

Nessa unidade, eram constantemente recebidos os pacientes atendidos pelo serviço de atendimento pré-Hospitalar móvel, que muitas vezes ficavam aguardando no hospital o surgimento de uma vaga; deixavam suas macas em função da escassez de leitos na própria unidade de emergência. Essa rotina despertou o interesse em conhecer os pormenores do cotidiano desse tipo de atendimento que fazia a interface do ambiente da rua com a sala de emergência.

Anteriormente à admissão das vítimas à emergência hospitalar, estas são atendidas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar que, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, se divide em dois tipos de serviços: pré-hospitalar fixo e móvel. O primeiro é representado pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências. Já o pré-hospitalar móvel, foco deste estudo, é constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e pelos serviços associados de salvamento e resgate, que funcionam sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (BRASIL, 2006a).

Desse modo, os dois serviços, – pré-hospitalar e emergências hospitalares – devem funcionar de forma integrada com vistas a manter a continuidade e a qualidade do tratamento. Ante o contexto do atendimento de emergência, afigura-se importante aprofundar o conhecimento acerca dos acidentes de trânsito, já que estes se constituem como peça central deste panorama.

Salienta-se que este estudo tem como foco o Atendimento Pré-Hospitalar - APH, contudo o acidentado no trânsito é o que ocasiona a maior demanda deste serviço. Corroborando essa afirmação, Ladeira e Barreto (2008) informam que na cidade de Belo



Horizonte, onde o SAMU recebia 500 chamados por mês, 40,1% dos atendimentos eram a vítima de trânsito.

Os acidentes de trânsito (AT) são responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade que afetam a população brasileira. Juntamente com a violência, os AT constituem um subgrupo da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), nos capítulos XIX e XX, das causas externas sob os códigos compreendidos entre V01 e V79 (OMS, 1995). De acordo com Mello Jorge e Koizumi (2004), o crescimento da taxa de mortalidade por causas externas ocorreu principalmente a partir da década de 1980, quando estas passaram a ocupar a terceira posição dentre os óbitos por todas as causas. Neste contexto, encontram-se os acidentes de trânsito que, no CID-10, são definidos como todo acidente com veículo ocorrido em via pública.

Estima-se que por dia morrem no mundo cerca de 16.000 pessoas vítimas de traumatismos causados pelo trânsito. Estes representam 12% da mortalidade mundial, a terceira causa mais importante de mortalidade geral e a principal causa de morte no grupo etário de 1 a 40 anos. No ano 2000 morreu mais de 1,2 milhão de pessoas em todo o mundo, vítimas de acidentes de trânsito (OMS, 2004; MELIONE, 2004).

Reportando-se ao Brasil, no ano de 2003, o trânsito vitimou 33.620 pessoas, correspondendo a 19,01% dos óbitos por causas externas (DENATRAN, 2006a). Em 2004, os acidentes de trânsito vitimaram 35.674 pessoas, respondendo por 19,65% dos óbitos por causas externas. Ao comparar os dados aqui apresentados, percebe-se a tendência crescente do índice de mortes por acidentes de transporte.

No Estado do Ceará, os AT fizeram 1.210 vítimas fatais no ano de 2006 na faixa etária de 20 a 59 anos. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito correspondeu a 96,76 por 100.00 habitantes (SMS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu documento *Injuries, Violence and Disabilities Biennial Report, 2004-2005*, expressa que grande proporção das pessoas que sobrevivem às situações de acidentes apresentam sequelas, permanentes ou temporárias, tendo como outras consequências adversas, os traumas psicológicos ou mesmo a morte (WHO, 2006).

No contexto dos acidentes de trânsito associados às emergências clínicas existem diversos aspectos que precedem a porta do hospital, onde essa demanda, na sua maioria vítimas de trauma, é socorrida pelos serviços de atendimento pré-hospitalar Móvel. De acordo

com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), o APH é caracterizado como o atendimento precoce à vítima no local da ocorrência de um agravo de natureza traumática, não traumática ou mesmo psiquiátrica, que possa causar sofrimento, lesões graves ou a morte. A assistência pré-hospitalar objetiva a manutenção da vida e a minimização de seqüelas, concluindo o atendimento com a remoção para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Para Malvestio e Sousa (2002), embora ainda existam muitas dúvidas a respeito do impacto da assistência pré-hospitalar sobre o êxito do tratamento alcançado pelas vítimas por ele atendidas, não se pode negar sua contribuição no sentido de redução do tempo de chegada ao hospital adequado, bem como das intervenções iniciais apropriadas à manutenção da vida.

Por outro lado, a literatura publicada nos anos 1980 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia mostra que a percentagem de mortes evitáveis decresceu 50% após a implantação dos sistemas de atendimento ao politraumatizado (BRASIL, 2001a).

Vale ressaltar que este componente do sistema de saúde, como descrito pelo Ministério da Saúde (MS), não pretende ser um tratamento definitivo, mas sim estabelecer-se como agente temporário de manutenção da homeostase, até que o tratamento definitivo seja empregado.

É necessário destacar o fato de que atendimento pré-hospitalar adequado é indispensável para o sucesso do tratamento e para a minimização de sequelas, uma vez que esse tipo de assistência acontece minutos após o trauma, em ambiente pré-hospitalar, onde ocorrem, de acordo com estudo de Pires (2000), aproximadamente 30% dos óbitos. Além disso, o APH integrado a uma maior estrutura de atenção às urgências reduz o tempo de permanência hospitalar e o número de vítimas fatais; assim como seu impacto econômico na sociedade.

No Brasil, durante a década de 1980, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, em especial para o atendimento pré-hospitalar, levou alguns estados a criar os próprios serviços, no entanto, sem normalização, planejamento, instalação e operacionalização e sem respeitar as diferenças regionais, o que resultou em deficiências técnicas importantes nesse atendimento (BRASIL, 2001a).

No âmbito desta contextualização, no ano de 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU (BRASIL, 2006a) que surgiu com base nos dados de morbimortalidade, inclusive relacionados aos acidentes e violências, demonstrados pelo

Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, que aborda a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a).

Devendo ser implantada em todas as unidades federadas, a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece normas para a organização dos serviços públicos e privados nas esferas estadual, regional e municipal e define os seus componentes, entre eles, o pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2006a).

Anteriormente à instituição do SAMU, pela Portaria GM nº 1.864/2003, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) apontou algumas dificuldades enfrentadas pelos serviços de atendimento pré-hospitalar. Entre elas estão a falta de normalização dos referidos serviços, a ausência de fichas de atendimento padronizadas, a inexistência de um sistema de alimentação e retroalimentação entre os setores envolvidos no atendimento às urgências, a não-existência de normas para transformação veicular em ambulâncias e a não-padronização dos insumos tecnológicos que devem estar presentes nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs – móveis destinadas ao Suporte Avançado de Vida – SAV (BRASIL, 2001a).

Os veículos de SAV são designados 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. Devem ser providos com os equipamentos necessários para esta função e tripulados por três profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico (BRASIL, 2006d).

Em virtude destas dificuldades, foi implantado o SAMU, uma estratégia para a implantação da PNAU, que segue os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade) e combina ações tanto de prevenção como de atenção individual e coletiva, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, (OPAS/OMS, 2005).

O surgimento do SAMU resultou da união de áreas técnicas diversas que buscaram definir protocolos, fluxos de referência e contrarreferência, articulando os diversos serviços, municípios, estados e Distrito Federal, buscando uma atenção humanizada e integral (OPAS/OMS, 2005).

O MS informa que, atualmente, a rede nacional SAMU possui 106 Serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil. São atendidos pelo SAMU 817 municípios, totalizando 89,2 milhões de pessoas, estando presente em 25 capitais brasileiras (SAMU, 2006a).

Em relação aos recursos humanos, a política assevera que não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação – MEC, para formação dos profissionais inseridos nos serviços de APH. Nessas dificuldades, inclui-se também a carência de orientação da população no que concerne aos procedimentos iniciais que devem ser realizados em uma situação de emergência, até que a equipe de atendimento pré-hospitalar chegue ao local da ocorrência. (BRASIL, 2001a).

Considerando esse contexto, a instituição do SAMU foi estabelecida para suprir essas deficiências, correspondendo à primeira etapa de implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Anteriormente a ela, o atendimento pré-hospitalar móvel contemplava uma baixa parcela da população, sendo insuficiente a sua oferta de serviços (BRASIL, 2006a).

A Portaria GM nº 2.048/2002 estabelece o funcionamento normalizado dos serviços de APH e também regulamenta as características e especificações técnicas dos veículos de atendimento de urgência e emergência, bem como a composição e capacitação das equipes envolvidas no atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2006b).

Diante do exposto, torna-se relevante verificar a forma como os serviços de APH estão funcionando atualmente, depois de instituídos e regulamentados pela Política Nacional de Atenção às Urgências por meio das Portarias GM nº 1.864/2003 e GM nº 2.048/2003 (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006b).

Considerando a complexidade que circunda as multifacetadas do APH e a operacionalização das diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências, percebe-se a necessidade de se investigar a coerência entre o discurso oficial e a práxis dos profissionais deste serviço. Nessa ótica, é importante identificar os fatores que influenciam o atendimento pré-hospitalar móvel no que se refere a sua estrutura e organização, bem como, descrever o conhecimento destes acerca da política que o norteia.

Nesse sentido, a descrição do atendimento habitual dos profissionais deste serviço às vítimas de acidentes de trânsito e pacientes clínicos, identificando fatores facilitadores e dificultadores para o desempenho de suas atividades, no sentido de cumprir o estabelecido pela política que o rege, contribui com a produção do conhecimento na dinâmica de consolidação do SUS.

É importante ressaltar que, na esfera do atendimento pré-hospitalar, além do fornecimento de serviços suficientes e adequados, o setor saúde deve buscar a integração de

ações dirigidas a este tipo de assistência envolvendo outros setores, a exemplo das áreas jurídicas e de segurança, bem como a população civil no sentido de fortalecer o serviço (DESLANDES, 2007a).

No âmbito da Saúde Coletiva e do Sistema Único de Saúde, a complexidade do APH deve ser entendida, contextualizada em sua magnitude social, tendo a sua demanda atendida adequadamente, em todos os seus níveis do setor saúde, e conectada a outros setores que extrapolam a esfera do atendimento, indo no sentido da educação permanente com vistas à consolidação desse serviço.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Identificar o funcionamento do atendimento pré-hospitalar móvel sob a ótica dos profissionais do serviço em Fortaleza, Ceará, Brasil.

### **Objetivos Específicos**

- Traçar o perfil dos profissionais que compõem a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.
- Investigar o funcionamento do SAMU de acordo com a rotina do serviço e sua coerência com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Identificar a percepção dos profissionais acerca da qualificação e significados atribuídos ao trabalho que desenvolvem no serviço.
- Identificar as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço e sugestões para superá-las.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

A demanda atendida pelo serviço pré-hospitalar móvel é predominantemente constituída pelas vítimas de acidentes de trânsito. Por este motivo, a revisão de literatura deste estudo aborda os aspectos históricos relacionados a este tipo de assistência e realiza uma interface do APH com os acidentes de trânsito.

#### **3.1. Breve Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar**

Toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar é caracterizada como atendimento pré-hospitalar (APH). Os sistemas de APH têm a finalidade de atender vítimas em situações de urgência e emergência visando à manutenção da vida e à minimização de seqüelas (BASTOS *et al.*, 2005).

A primeira tentativa de organização para o atendimento de urgência foi posta em prática em 1792 por Dominique Larrey, cirurgião, que empregava os cuidados iniciais às vítimas da guerra no próprio campo de batalha, com o objetivo de prevenir complicações. Em 1955, foram criadas na França as primeiras equipes móveis de reanimação com vistas a prestar o atendimento inicial aos pacientes vitimados pelos acidentes de trânsito (LOPES; FERNANDES, 1999).

O SAMU da França iniciou seu funcionamento nos anos 1960, quando as desproporções entre os meios disponíveis para tratar os pacientes politraumatizados nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar se tornaram evidentes. Assim, foi constatada a necessidade de treinamento adequado das equipes de socorro com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando-se pelos cuidados básicos; em seguida, pelos avançados essenciais centrados na reestruturação e manutenção da ventilação, respiração e circulação adequadas (LOPES; FERNANDES, 1999).

No ano de 1965, foi criado na França o Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR), dispendo de Unidades Móveis Hospitalares (UHM). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades do SMUR passando a intervir não só nas vias públicas, como também no domicílio dos pacientes, configurando-se como serviço de atendimento pré-hospitalar (LOPES; FERNANDES, 1999).

No modelo francês é exigida a presença de um médico nas unidades móveis, enquanto os bombeiros atuam somente na liberação de vítimas das ferragens e no resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade. Já o modelo dos Estados Unidos tem como prioridade o atendimento realizado por paramédicos. Em alguns estados desse País os profissionais podem realizar administração de medicamentos (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil o SAMU teve início por meio de um acordo bilateral assinado entre o Brasil e a França, mediante solicitação do Ministério da Saúde instituindo o modelo francês de atenção pré-hospitalar adaptado à realidade local (LOPES; FERNANDES, 1999).

O desenvolvimento do APH teve início no Rio de Janeiro em 1986 com importante atuação do Corpo de Bombeiros – Grupo de Salvamento de Emergência (GSE) quando da implementação do Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas. Esses profissionais realizavam atendimentos e treinamentos na área.

No ano de 1988, em São Paulo, após longo período de estudos e pesquisas, surgiu o Projeto Resgate ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. O serviço estava inicialmente vinculado ao Corpo de Bombeiros, ficando no quartel, e a um médico da Secretaria de Saúde, que regulava as solicitações de atendimento a vítimas de acidentes em vias públicas, solicitações feitas por meio da linha 193, que possuía uma interligação com o sistema 192 da Secretaria de Saúde (LOPES; FERNANDES, 1999; BRASIL, 2001a). Desde então, diversos grupos foram criados por todo o País.

Atualmente existe uma diversidade de formas de realização desse atendimento. Há municípios em que ele foi totalmente integrado às secretarias de saúde, e os bombeiros apenas tiram as vítimas das ferragens; há cidades onde o gerenciamento ainda é duplo (saúde e bombeiros) e há onde ainda são os bombeiros que o realizam.

Em Fortaleza, a discussão para instituir o APH iniciou-se em 1985 quando americanos da organização *Partners of America* – Companheiros da América - visitou a Capital com o objetivo de conhecer o Corpo de Bombeiros e o atendimento pré-hospitalar móvel. Nessa visita, foi elaborado um intercâmbio entre Fortaleza e New Hampshire Concord, do qual surgiu o interesse de se estruturar um projeto de atendimento para esse nível de atenção à saúde.

Não diferente do Estado do Rio de Janeiro, a incorporação do serviço de atendimento pré-hospitalar de Fortaleza à sociedade ficou a cargo do Grupo de Socorro de Urgência –



GSU, ligado ao Corpo de Bombeiros e criado em 31 de maio de 1989, especificamente para o atendimento APH.

Posteriormente, a Prefeitura de Fortaleza criou, em 15 de junho de 1992, o serviço de urgência/emergência denominado SOS Fortaleza. Ele foi elaborado inicialmente para atender seis distritos sanitários, mas em decorrência da ampla aceitação passou a atender toda a Capital cearense. Após a instituição da PNAU em 2003, foi instituído o SAMU Fortaleza, nesse mesmo ano. Atualmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde e realiza seis mil atendimentos por mês (SMS, 2008).

Apesar de instituídos os serviços de APH em todo o País, estes estavam funcionando sem normalização, planejamento e instalação, originando um mosaico de modelos, o que levou ao surgimento de importantes deficiências técnicas tanto no setor público, quanto no setor privado (BRASIL, 2001a).

No sentido de suprir as deficiências e promover a normalização e padronização dos serviços de APH, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências que, por meio das Portarias GM nº1.864/2003 e GM nº2.048/2003, estabeleceu o SAMU em todas as regiões do País de forma regulamentada, obedecendo às características e especificações técnicas preconizadas.

Atualmente, o SAMU é definido pelo Ministério da Saúde como um programa cuja finalidade é prestar socorro à população em caso de emergência. O serviço funciona 24 horas, com equipes de profissionais formadas por médico, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores de veículos de urgência, que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (SAMU, 2006b).

O atendimento é realizado em caráter de urgência em residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é prestado após a solicitação gratuita pelo telefone 192. A ligação é atendida por técnicos da Central de Regulação, que identificam a emergência e transferem o telefonema para o médico regulador. Este profissional faz o diagnóstico da situação e, no mesmo instante, inicia o atendimento orientando o paciente ou o indivíduo que realizou a chamada sobre as primeiras ações (BRASIL, 2001c).

No mesmo momento, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente e, se necessário, designa uma ambulância de suporte básico, tripulado por auxiliar de enfermagem e socorrista; ou envia uma UTI móvel, suporte avançado, com enfermeiro e médico, para o atendimento no local. A gravidade do caso determina que tipo de atendimento

a vítima irá receber. Após definidas as ações e prestada a assistência, a equipe de regulação comunica a urgência ou emergência aos hospitais de referência, reservando leitos para que o atendimento tenha continuidade no âmbito intra-hospitalar (BRASIL, 2001c). Anteriormente à regulamentação e padronização do atendimento pré-hospitalar, algumas barreiras foram apontadas pelos profissionais que atuavam no setor.

No elenco de problemas identificados pelos profissionais, encontravam-se a escassez de material disponível para a realização de uma assistência adequada, inadequação dos veículos de urgência, o despreparo das equipes de atendimento, a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma emergência, contribuindo muitas vezes para o agravamento do estado das vítimas (BRASIL, 2001a).

Além disso, aqueles ligados ao sistema de informação relatavam a ausência de uma ficha padronizada com informações básicas sobre o atendimento pré-hospitalar. Informavam ainda a não-existência de um sistema de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, entre outros (BRASIL, 2001a).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi estabelecido oficialmente em 2003 como o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Portanto, descrever as barreiras que os profissionais desse setor encontram quando socorrem as vítimas de APH – acidentados no trânsito –, bem como conhecer o funcionamento do SAMU no sentido de cumprir o que é preconizado pela política que o rege, são providências indispensáveis para sua consolidação.

Um dos maiores desafios do APH é a falta de segurança no trânsito em que predomina uma educação desvirtuada e a inexistência da concepção de que um trânsito seguro é um bem coletivo que deve ser almejado e preservado.

Neste sentido, a segurança no trânsito é um problema de grande magnitude, tanto do ponto de vista sanitário, como sob os aspectos social e econômico. Neste contexto, o setor saúde arca com dupla responsabilidade: por um lado, é responsável pelo atendimento dessas vítimas; por outro, não pode apenas assistir passivamente a uma crescente demanda dos acidentados do trânsito (OPAS/OMS, 2005).

Souza, Minayo e Franco (2007) ressaltam que ações são desenvolvidas para a prevenção de acidentes de trânsito em diversos países. Elas têm a finalidade de chamar a atenção dos governos, empresas e sociedade civil para esse problema que ceifa tantas vidas e

deixa milhões de pessoas incapacitadas. O alvo dessas iniciativas é aprimorar a identificação das ocorrências, a assistência aos acidentados e a atuação necessária para redução de mortes e traumas.

Para modificar essa realidade, é preciso intenso trabalho de conscientização que deve ser focado na Educação em Saúde e com isso possibilitar a adoção de nova atitude das pessoas no trânsito.

Ações educativas devem ser desenvolvidas e empregadas no sentido de reduzir a ocorrência dos acidentes de trânsito. A Educação, no entanto, é um investimento de longo prazo que deve ser iniciado nas escolas, sendo necessário existir vontade política de educar para o trânsito e para a vida, de modo a formar gerações de futuros condutores de veículos mais conscientes de sua cidadania e do valor humano (SANTOS, 2003).

Para que aconteça a redução dos acidentes, é indispensável a participação da população civil, dos governos federal, estaduais, distrital e municipais, bem como de instituições não governamentais, em discussões relativas ao problema, com o intuito de priorizar a prevenção primária: evitar que ocorra o trauma no trânsito. O Relatório OPAS/OMS (2005) sugere a realização de campanhas de prevenção de acidentes dirigidas à população em geral com a finalidade de conscientizar sobre a ideia de que os acidentes não ocorrem por acaso, por causalidade, fatalidade ou destino (OPAS/OMS, 2005).

As ações de educação e as medidas de prevenção devem ser empregadas como ferramentas de promoção de saúde. De acordo com Buss (2000), essa última é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados para propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais. Essas devem favorecer a aquisição de conhecimentos e comportamentos favoráveis à saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população o controle sobre a saúde e suas condições de vida, nos contextos individual e coletivo.

O autor acrescenta que a Promoção de Saúde, como é entendida nos últimos 20-25 anos, representa estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população humana e seus entornos, propondo a articulação do saber técnico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e solução.

Reforçando esse pensamento Silva *et al.* (2008) pontuam que promover saúde efetivamente implica na intersetorialidade e na articulação de ações voltadas ao atendimento

das necessidades da população por meio da legislação, sistema tributário, medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, emprego, lazer, transporte, planejamento urbano, entre outros.

No contexto dos acidentes de trânsito, Promoção em Saúde refere-se também às ações do Estado por meio da implementação de políticas públicas saudáveis. Essas políticas envolvem duplo compromisso: o político, de situar a saúde no topo da agenda pública, provendo-a de administração a critério de governo; e o técnico, de enfatizar como foco de intervenção os fatores determinantes do processo saúde-doença. Portanto, as políticas públicas têm por finalidade aumentar as chances de vida e saúde da população, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os fatores que determinam esse processo (BUSS, 2000).

Diante do exposto, o setor saúde pode e fornece elementos de informação, de vigilância e de estudos sobre o problema dos acidentes de trânsito e a implementação de políticas públicas de redução desses agravos e relativas ao atendimento nos distintos níveis do SUS. Já se tem exemplos concretos que demonstram a potência de medidas para a redução desses eventos traumáticos. Dessa forma, vê-se que é possível poupar vidas e ainda contribuir para a melhoria da saúde da população, incorporando, assim, a nova concepção de saúde como um estado dinâmico socialmente produzido, e não como um estado estático biologicamente definido (OPAS/OMS, 2005; BUSS, 2000).

### **3.2. O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e sua Interface com os Acidentes de Trânsito**

O adequado atendimento e o tempo decorrido entre o agravo à saúde e a admissão hospitalar são relevantes para a redução da mortalidade. É nesse contexto que está inserido o serviço de atendimento pré-hospitalar, que tem como objetivo retirar a vítima da lesão traumática de maneira ágil e segura do local do acidente, levando-a ao serviço no qual receberá o tratamento adequado. Esse tipo de atendimento modificará o prognóstico do acidentado, uma vez que 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar do cuidado (LADEIRA e BARRETO, 2008). Ressalta-se que o APH tem nas vítimas do trânsito a sua demanda mais significativa, sendo de primordial importância para a sobrevivência destas.

Definido como todo evento danoso que envolva o veículo, a via, o homem e/ou animais, o acidente de trânsito é caracterizado pela necessária presença de dois desses fatores.

Tornando complexo este conceito, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências acentua que o AT é um evento não intencional, porém evitável, que causa lesões físicas e emocionais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001a).

Os AT são comumente tratados como fatalidades, quando na verdade resultam de omissões estruturais quanto às condições das estradas e vias públicas, dos veículos, isso tudo aliado à incipiente fiscalização, imperícias, negligências e imprudências dos usuários, sejam eles condutores ou pedestres (BRASIL, 2005). O Relatório OPAS/OMS (2005) informa que, na sua maioria, os AT são eventos previsíveis e preveníveis, recomendando, assim, a utilização da terminologia injúrias não intencionais em detrimento do vocábulo acidente retirando a sua conotação de evento fortuito.

Vários fatores contribuíram para o surgimento e ascensão dos acidentes de trânsito. Segundo dados do DENATRAN, no ano de 2003, a frota brasileira de veículos era de 36.658.501; no mesmo ano, o número de condutores correspondeu a 37.144.993, sendo 27.216.136 do sexo masculino (73,27%) e 9.928.857 do sexo feminino (26,73%). Para Bastos *et al.* (2005), esse aumento da frota de veículos, não só no Brasil, como em todo o mundo, foi propiciado pelo desenvolvimento industrial do século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial. O automóvel passou a ser considerado um objeto de consumo, alimentado pela mídia por meio de propagandas, e tornou-se símbolo de *status* social (DENATRAN, 2006b).

Associados aos fatores sociais, os preços mais acessíveis auxiliaram na disseminação dos veículos automotores. Marín e Queiroz (2000) ressaltam que o planejamento urbano e o sistema viário não acompanharam o crescimento da frota, aumentando o tempo de percurso, causando engarrafamentos, poluição sonora e atmosférica, ensejando comportamentos agressivos nos condutores e diminuindo a qualidade de vida nos centros urbanos.

Atualmente o Brasil participa com 3,3% do número de veículos da frota mundial, sendo responsável por 5,5% dos acidentes com vítimas fatais registrados em todo o mundo. Além das falhas no sistema viário, outras causas podem ser apontadas, tais como: imprudência do condutor, excesso de velocidade, desrespeito à sinalização, ingestão de bebidas alcoólicas, falta de conhecimento e obediência às leis de trânsito, impunidade dos infratores, falta de cortesia e educação para o trânsito. Estatisticamente, 75% dos acidentes são causados por falha humana (condutor), 12% por problemas relacionados ao veículo, 6% por deficiências das vias e 7% por causas diversas (BRASIL, 2005).

Ante o exposto, pode-se ressaltar que o homem é responsável, direta ou indiretamente, devendo ser considerado o fator humano como causa importante de acidentes. Marin-Leon e Vizzotto (2003) ressaltam que a observação do comportamento humano no trânsito, hoje, objeto de estudo tanto das ciências humanas quanto da saúde pública, pode apontar a tendência para o envolvimento em acidentes. Os autores assinalam que os padrões comportamentais de risco, como o descaso, a agressividade, a “busca por emoções fortes” conseguidas por meio da velocidade excessiva e as infrações referidas pelo próprio motorista estão associados a acidentes de trânsito fatais.

Nesse sentido, o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB) - Lei nº 9503/97 - surge como importante ferramenta a ser utilizada na transformação desta alarmante realidade. Taha (2001) alerta para a reversão da tendência decrescente dos AT observada após a sua implantação. Necessário se faz pensar, no entanto, em programas adicionais capazes de alterar o comportamento dos condutores de veículos, razão por que programar medidas preventivas para os acidentes, além de políticas públicas que valorizem e incentivem maior utilização dos transportes coletivos, contribuirá, certamente, muito para um satisfatório esvaziamento no tráfego de veículos e, conseqüentemente, para reduzir a violência no trânsito.

Assim, a busca pela diminuição da violência ocorrente nas relações no trânsito deve passar por preocupações bem mais amplas do que simplesmente pela mudança nas leis e normas de trânsito ou no estabelecimento de penas mais severas. O atual contexto social é variável maior na determinação do comportamento dos indivíduos. Uma sociedade injusta, com tão discrepantes condições de vida, sem dúvida propicia um ambiente adequado a pessoas insatisfeitas, inseguras e sempre prontas a reagir de forma impulsiva a situações que, em outro contexto, seriam enfrentadas de modo mais satisfatório.

Vale ressaltar ainda que a transformação para a melhoria do comportamento no trânsito deve ocorrer o mais breve possível na mente das pessoas, pois os acidentes de tráfego diariamente matam, mutilam e desagregam famílias. Somente modificando essa triste realidade, se poderá usufruir de um trânsito mais humano e civilizado.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, indo ao encontro do que preconiza Bastos (2003) que acentua ser uma pesquisa de dados objetivos ou fatos. Nesta investigação foi empregado o delineamento de corte transversal, caracterizado por medir a prevalência de um agravo, ou de um evento qualquer, em uma população definida, em determinado momento do tempo, sendo utilizado para descrever variáveis e padrões de distribuição (PALMEIRA, 2000; HULLEY *et al.*, 2008).

O estudo transversal possibilitou a investigação do funcionamento do SAMU de acordo com a rotina do serviço e sua coerência com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Além disso, permitiu traçar o perfil dos profissionais que compõem as equipes de atendimento dessa instituição, identificar a percepção dos profissionais acerca da qualificação e significados atribuídos ao trabalho desenvolvido no serviço e as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho e sugestões para superá-las.

Para a realização deste estudo, foram consideradas as seguintes categorias da Política Nacional de Atenção às Urgências: o tempo médio de resposta total (tempo decorrido entre a solicitação telefônica e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência), sistema referência e contrarreferência, capacitação e educação continuada dos profissionais alicerçada nos polos de educação permanente por meio dos Núcleos de Educação em Urgências.

Corroborar-se por meio dessas categorias a importância do acompanhamento das ações dos serviços de saúde, uma vez que estas proporcionam ganho de legitimidade pública e institucional, de competência técnica e gerencial e ganho informacional possibilitando a reflexão crítica, o compartilhamento de saberes e experiências e maior competitividade na busca de recursos de financiamento. Estas categorias se constituem como alguns dos indicadores de desempenho do serviço de atendimento pré-hospitalar, o que possibilita o acompanhamento de suas ações (DESLANDES, 2007b; BRASIL, 2006a).

O estudo foi desenvolvido nos onze pontos de apoio e na central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do Município de Fortaleza, Ceará. A população-amostra em estudo teve como base os dados fornecidos pela Gerência de Enfermagem do SAMU, a qual na época informou que as equipes de atendimento eram constituídas por 260 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e condutores

de veículos de urgência. Desse modo, foi enviado o instrumento de coleta de dados para todos os profissionais do SAMU (260), caracterizando a intencionalidade dessa amostra.

Como critério de inclusão, foi estabelecido que o profissional fosse médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e condutor de veículo de urgência, que fizesse parte da equipe de atendimento básico ou avançado de vida, que participasse do atendimento à vítima de trânsito nas unidades móveis de urgência e que aceitasse participar espontaneamente da pesquisa. Foram excluídos do estudo profissionais que desempenhavam funções administrativas, os ausentes, aqueles que se encontravam de férias ou licenças médicas e os que não se dispuseram a participar.

Como técnicas de coleta de dados foram utilizados a observação, o diário de campo e um questionário semiestruturado, pretestado e autoaplicável constituído por 33 perguntas, sendo quatro delas abertas (apêndice A). Para a descrição das variáveis foram agrupados os itens:

Identificação do participante e variáveis relacionadas ao trabalho: sexo, idade, tempo que trabalha no SAMU, função desempenhada, trabalho em outro serviço pré-hospitalar e curso de aperfeiçoamento na área de emergência pré-hospitalar. Esses dados visam à caracterização do profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

⌘ Funcionamento do SAMU: visou a configurar um panorama do funcionamento, identificando os fatores intervenientes no desempenho das atividades cotidianas dos profissionais desse serviço com base em variáveis como estrutura física, material disponível para atendimento às vítimas, recursos humanos, estado de conservação das ambulâncias, integração com outros serviços e atualização profissional propostas pelo serviço.

⌘ Tempo médio de resposta total: buscou identificar o conhecimento dos profissionais acerca desse indicador de qualidade de atenção do serviço de atendimento pré-hospitalar. Como variáveis, foram definidos o conceito de tempo médio de resposta total e o tempo médio de resposta total estimado pelos profissionais.

⌘ Sistema de Referência e Contrarreferência: tencionou descrever a existência e tipos de problemas enfrentados pelos profissionais ao referenciar e contrarreferenciar as vítimas de acidentes de trânsito.

⌘ Política Nacional de Atenção às Urgências: buscou identificar o conhecimento referido pelo profissional do SAMU acerca da política que regulamenta esse serviço (conhecimento sobre a política e funcionamento de acordo com o que está preconizado).



⌘ Percepções dos profissionais: pretendeu identificar as concepções acerca do trabalho realizado no SAMU, em particular o atendimento que prestam às vítimas de acidente de trânsito (significado de trabalhar no SAMU, percepção acerca do atendimento prestado, dificuldades encontradas durante o atendimento, prioridades para melhor atendimento à população).

Os 260 questionários foram distribuídos nos 11 pontos de apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no período de dezembro de 2007 a julho de 2008. Para entrega dos questionários, foram obedecidos os seguintes passos: (i) explicação do objetivo da pesquisa aos profissionais dos pontos de apoio; (ii) entrega dos questionários ao profissional de plantão; (iii) orientação ao profissional para que este passasse o questionário à equipe do plantão seguinte; (iv) recolhimento dos questionários devolvidos nesses pontos de apoio, no período médio de 60 dias. Dos 260 questionários distribuídos, foram devolvidos 89, portanto, 34,2% do total, sendo sete médicos, 19 enfermeiros e 30 técnicos e auxiliares de enfermagem e 32 condutores de veículos de urgência.

Os dados foram digitados e organizados em uma planilha eletrônica do EXCEL, versão Microsoft Windows XP, e depois importados para o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 13.0. Posteriormente, receberam tratamento estatístico de frequências simples e relativas. Para verificar a associação entre as variáveis foi utilizado o teste qui – quadrado de Pearson ( $p \leq 0,05$ ), num grau de confiabilidade de 95%.

As questões abertas foram analisadas mediante a aplicação do método da análise de conteúdo de Bardin. Na abordagem quantitativa, este método fundamenta-se na frequência com que determinados elementos aparecem em cada mensagem individual. Este modo de análise obtém dados descritivos por meio de um método estatístico e possibilita uma avaliação fiel e objetiva, o que a torna útil para a verificação das hipóteses (BARDIN, 1977). Após as análises, esses resultados foram organizados, agrupados em tabelas e discutidos e interpretados com a literatura pertinente ao tema.

Foram respeitados os preceitos da Resolução no 196/96 do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). A proposta de estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA da Universidade de Fortaleza e aprovado mediante o Parecer nº306/2007, antes do início das atividades de pesquisa. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados a confidencialidade, o sigilo, a privacidade e o direito de excluir-se da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes/instituição por meio da apresentação, depois de defesa pública da dissertação. Para esta etapa foram convidados os dirigentes da Instituição e órgãos afins.

## 5. RESULTADOS

O contingente de profissionais do SAMU, totalizado em 260 no período do estudo, era dividido em cinco equipes que se revezavam na escala de plantão de doze horas nos períodos diurno e noturno, integrando as equipes de Suporte Básico e Avançado de Vida. Estes profissionais possuíam vínculo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, porém havia um quantitativo contratado por credenciamento promovido pela própria Prefeitura. O referido credenciamento possuía validade de seis meses de contrato, não estabelecendo vínculo empregatício. Ao término desse prazo, outro processo de seleção era aberto e novos profissionais poderiam ingressar no serviço.

A frota era constituída em sua totalidade por 21 veículos, sendo 17 de Suporte Básico de Vida e 4 de Suporte Avançado de Vida. As ambulâncias com suas referidas equipes eram distribuídas em 11 pontos de apoio da cidade de Fortaleza, localizados nas seguintes áreas: Central do SAMU-192 (Parquelândia), Polícia Rodoviária Federal, Parangaba, Antônio Bezerra, Conjunto Ceará, Siqueira, Conjunto Esperança, Barra do Ceará, Papicu, Messejana e Beira-Mar.

Dos que participaram efetivamente do estudo (N = 89), 61,8% pertenciam ao sexo masculino e 38,2% ao sexo feminino, tendo a maior parte deles (54,0%) idade compreendida entre 31 e 40 anos. A média de idade dos profissionais foi de 36,2 anos com desvio-padrão de  $\pm 11,2$ . Desses profissionais, 7,9% eram médicos, 21,3% enfermeiros, 33,7% técnicos e auxiliares de enfermagem e 36,0% condutores de veículos de urgência.

O tempo de trabalho na instituição predominou entre 1 e 5 anos (43,8%). A média calculada para o tempo de trabalho no SAMU foi de 7,6 anos com desvio-padrão de  $\pm 4,9$ . Dos profissionais pesquisados, 51,7% relataram que não trabalhavam ou trabalharam em outro serviço de atendimento pré-hospitalar. Desses, 58,1% exerciam o atendimento pré-hospitalar, em outra instituição, por um período entre 1 e 5 anos, coincidindo com o tempo de trabalho no SAMU. A média calculada para o tempo de trabalho em outro serviço pré-hospitalar correspondeu a 6,0 anos com desvio-padrão de  $\pm 5,3$ . (Tabela 1).

**Tabela 1**

Características sociodemográficas da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Fortaleza, 2008.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	55	61,8
Feminino	34	38,2
<b>Idade</b>		
21 a 30	11	12,3
31 a 40	48	54,0
41 a 50	21	23,6
51 a 60	04	4,5
Não respondeu	05	5,6
<b>Categoria Profissional</b>		
Médico	07	7,9
Enfermeiro	19	21,3
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	30	33,7
Condutor de Veículo de Urgência	32	36,0
<b>Tempo de trabalho no SAMU (anos)<sup>1</sup></b>		
1 a 5	39	43,8
6 a 10	21	23,6
11 a 15	27	30,4
16 a 20	02	2,2
<b>Trabalha ou trabalhou em outro SAPH<sup>2</sup></b>		
Não	46	51,7
Sim	43	48,3
<b>Tempo de Trabalho em Outro SAPH (anos)</b>		
1 a 5	25	58,1
6 a 10	14	32,5
11 a 15	01	1,1
Não respondeu	04	9,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Ao se avaliar o funcionamento do serviço, os profissionais (60,7%) relataram que a estrutura física do SAMU deixa a desejar, porém atende a demanda. A escassez de recursos materiais foi apontada por 82,0% dos profissionais; 37,1% deles informaram que a instituição possui recursos humanos em número insuficiente. Isso, porém, não compromete o atendimento. Quanto ao estado de conservação dos veículos de urgência (ambulâncias), 67,4% da equipe referiram que essas se apresentam em estado comprometido e em número insuficiente para o adequado atendimento.

<sup>1</sup> Tempo de trabalho em outro serviço de APH: porcentagens calculadas com base no número de profissionais que afirmaram trabalhar ou terem trabalhado em outro serviço de APH.

<sup>2</sup> SAPH – Serviço de atendimento pré-hospitalar.

A integração com outros serviços foi confirmada por 98,9% dos profissionais e ocorre principalmente com o Corpo de Bombeiros (85,6%), Polícia Militar (76,4%), Polícia Rodoviária (74,1%), agentes de trânsito (47,1%) e Polícia Civil (26,7%). Na análise do funcionamento do SAMU pelas diferentes categorias profissionais, houve diferença estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a integração com outros serviços ( $p = 0,037$ ). Os médicos interagem menos com os outros serviços do que os demais profissionais (Tabela 2).

**Tabela 2**

Distribuição percentual dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para variáveis relacionadas ao atendimento do SAMU, de acordo com a categoria profissional. Fortaleza, 2008.

Variáveis de Funcionamento	Categoria Profissional (N = 89)				Valor de p*
	Médico (n = 07)	Enfermeiro (n = 19)	Técnico/Auxiliar de Enfermagem (n = 30)	Condutor (n = 32)	
<b>Estrutura física</b>					
Bem estruturado, atende à demanda	---	---	---	3,1	0,856
Atende a demanda, pode melhorar a estrutura.	14,3	47,4	23,3	18,8	
A estrutura deixa a desejar mas atende a demanda.	71,4	42,1	70,0	62,5	
Não possui estrutura para atender a demanda	14,3	10,5	6,7	15,6	
Não respondeu	---	---	---	---	
<b>Recursos materiais</b>					
Há sempre material disponível	14,3	26,3	6,7	3,1	0,620
As vezes falta material.	71,4	73,7	80,0	90,7	
Não há material disponível	14,3	---	13,3	6,2	
Não respondeu	---	---	---	---	
<b>Recursos humanos</b>					
Suficiente ao bom funcionamento do SAMU	14,3	26,3	36,7	25,0	0,809
Insuficiente, porém não compromete o funcionamento	28,6	31,6	40,0	28,1	
Insuficiente e compromete o funcionamento	57,1	36,9	23,3	43,8	
Não respondeu	---	5,2	---	3,1	
<b>Ambulâncias</b>					
Bom estado de conservação, número suficiente.	---	5,2	---	3,1	0,474
Bom estado de conservação, número insuficiente	28,6	26,3	13,3	3,1	
Estado de conservação comprometido, número suficiente	---	10,5	26,7	15,6	
Estado de conservação comprometido, número insuficiente	71,4	58,0	60,0	78,2	
Não respondeu	---	---	---	---	
<b>Integração com outros serviços</b>					
Sim	85,7	100,0	100,0	100,0	0,037
Não	14,3	---	---	---	
Não respondeu	---	---	---	---	

\*Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando  $p < 0,05$ .

Em relação ao vínculo empregatício, 65,2% dos profissionais eram servidores públicos e 33,7% terceirizados. De acordo com a categoria profissional, observa-se a predominância de servidores públicos entre os profissionais técnicos: condutores de veículos

de urgência (87,5%) e técnicos/ auxiliares de enfermagem (83,3%). Já os profissionais de nível superior são, em sua maioria, terceirizados: 84,2% dos enfermeiros e 71,4% dos médicos. Essas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Neste estudo foram considerados como capacitação específica os cursos destinados ao treinamento dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar. Desse modo, 79,8% dos profissionais asseguraram que a realizaram: 75,3% por meio de cursos de atendimento básico de vida, 11,2% se capacitaram em suporte avançado de vida, 2,2% buscaram a pós-graduação e 21,3% dos profissionais não especificaram o curso realizado.

Os resultados deste estudo mostram que a categoria profissional que mais procurou cursos na área foi a dos técnicos e auxiliares de enfermagem (93,3%). Entre os profissionais de nível superior, os enfermeiros buscaram se preparar mais do que os médicos para o exercício do atendimento pré – hospitalar (68,4%).

A atualização profissional oferecida pelo SAMU foi relatada por 88,8% dos profissionais. As principais atividades citadas pelos profissionais para este fim foram: cursos de curta duração (40,4%), palestras (34,8%), cursos de 40 horas ou mais (25,8%), educação continuada (23,5%) e educação em serviço (7,8%).

O tempo de resposta total relatado pelos profissionais foi de 31 a 40 minutos (30,3%), correspondendo à média de 29,0 com desvio-padrão de  $\pm 14,8$ . Na análise do conceito de tempo médio de resposta total observaram-se respostas inadequadas emitidas por 48,3% dos profissionais. Efetuando-se a análise por categoria profissional, os médicos (57,1%) e os técnicos e auxiliares de enfermagem (56,7%) foram os que mais responderam adequadamente sobre o conceito de tempo de resposta preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Os enfermeiros (52,5%), por sua vez, foram os que mais erraram nessa definição.

Os problemas no sistema de referência e contrarreferência foram apontados por 95,5% da equipe de saúde do SAMU, em todas as categorias profissionais. Esses problemas foram traduzidos por falta de vagas nos hospitais (53,9%), escassez de equipamentos (48,3%), má vontade dos profissionais da rede hospitalar em receber os pacientes atendidos pela equipe do SAMU (40,4%), carência de profissionais especialistas para assistir adequadamente os pacientes (28,0%), falhas na integração entre o SAMU e a rede de atenção hospitalar (26,9%).

Os profissionais igualmente certificaram (75,3%) que existem no SAMU rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de trânsito e 60,6% garantiram que esses são cumpridos no cotidiano do atendimento a essas vítimas.

No tocante ao conhecimento referido pela equipe de atendimento do SAMU acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências, 65,2% relataram que conhecem a política e 42,7% confirmaram que o serviço não funciona em consonância com o preconizado por esse documento (Tabela 3).



**Tabela 3**

Distribuição percentual dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para variáveis relacionadas ao trabalho, conhecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências segundo a categoria profissional. Fortaleza, 2008.

Variáveis	Categoria Profissional (N = 89)				Valor de p*
	Médico (n = 07)	Enfermeiro (n = 19)	Técnico/Auxiliar de Enfermagem (n = 30)	Condutor (n = 32)	
<b>Vínculo</b>					
Servidor público	28,6	15,8	83,3	87,5	<0,001
Terceirizado	71,4	84,2	16,7	12,5	
Não respondeu	---	---	---	---	
<b>Capacitação específica em APH</b>					
Sim	42,9	68,4	93,3	81,3	0,074
Não	57,1	31,6	3,3	6,2	
Não respondeu	---	---	3,3	12,5	
<b>Atualização Profissional</b>					
Sim	85,7	89,5	86,7	90,7	0,699
Não	14,3	---	6,7	6,2	
Não respondeu	---	10,5	6,6	3,1	
<b>Conceito de Tempo Resposta</b>					
Incorreto	42,9	52,5	43,3	53,1	0,768
Correto	57,1	37,0	56,7	40,7	
Não respondeu	---	10,5	---	6,2	
<b>Problemas no sistema de referência e contrarreferência</b>					
Sim	100,0	94,8	96,7	93,8	0,763
Não	---	---	---	3,1	
Não respondeu	---	5,2	3,3	3,1	
<b>Existência de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de trânsito</b>					
Sim	71,6	79,0	73,3	75,0	0,950
Não	14,2	10,5	6,7	12,4	
Não respondeu	14,2	10,5	20,0	12,5	
<b>Cumprimento de rotinas e protocolos</b>					
Sim	57,4	73,7	73,3	56,3	0,380
Não	28,4	15,8	10,0	15,6	
Não respondeu	14,2	10,5	16,6	28,1	
<b>Conhecimento da PNAU<sup>3</sup></b>					
Sim	100,0	73,8	66,7	53,1	0,214
Não	---	21,0	30,0	40,7	
Não respondeu	---	5,2	3,3	6,2	
<b>Funcionamento do SAMU em consonância com a PNAU</b>					
Sim	28,6	31,6	23,3	12,5	0,518
Não	57,1	63,2	73,3	59,3	
Não respondeu	14,3	5,2	3,3	28,2	

\*Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando  $p < 0,05$ .

Na opinião da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no que concerne à integração com outros serviços, 46,1% dos profissionais relataram que esta atende em suas especificidades (policiais garantem a segurança durante o atendimento, bombeiros liberam as

vítimas das ferragens etc.); 24,7% relataram que há parceria, principalmente com corpo de bombeiros, polícia militar, rodoviária e agentes de trânsito, 4,5% consideram que a integração não é satisfatória; e 24,7% não responderam (Tabela 4).

**Tabela 4**

Opinião da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em relação à integração com outros serviços. Fortaleza, 2008.

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Atende em suas especificidades	41	46,1
Parceria	22	24,7
Não satisfatório	04	4,5
Não respondeu	22	24,7
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Ao analisar o funcionamento do SAMU de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, descortinaram-se na opinião dos profissionais a incoerência entre a prática e o discurso oficial (22,5%), a escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais (13,5%) e problemas com a regulação (5,0%). Ressalta-se que 59,0% do total dos profissionais que participaram do estudo não responderam a essa indagação (Tabela 5).

**Tabela 05**

Opinião da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em relação ao atendimento do serviço de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Fortaleza, 2008.

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Incoerência entre a prática e o discurso oficial	20	22,5
Escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais	12	13,5
Problemas com a regulação	04	5,0
Não respondeu	53	59,0
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

As categorias que emergiram do significado atribuído pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acerca do trabalho no próprio serviço foram: satisfação (82,0%), salvar vidas (18,0%), prestar serviço à população (12,3%), desvalorização (3,3%) e não respondeu (10,1%).

<sup>3</sup> PNAU: Política Nacional de Atenção às Urgências.

No que se refere à qualificação dos profissionais acerca do atendimento às vítimas de trânsito, 50,0% garantiram que este tipo de assistência é precário; 41,6% o classificaram como de boa qualidade; e 18,0% o consideraram razoável. Um total de 12,3% dos profissionais não responderam esse quesito.

Na categoria “Precário”, foram incluídos falta de equipamentos, escassez de profissionais qualificados e melhoria das condições de trabalho, haja vista que esses fatores se associam e contribuem para a sua precarização.

Quanto às dificuldades da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência durante a realização do atendimento pré-hospitalar, os profissionais indicaram o desconhecimento da população acerca das atribuições do SAMU como a principal delas com 48,3%; seguida pela escassez de recursos humanos e equipamentos materiais (43,8%), exposição à violência (24,7%), falta de educação no trânsito (19,1%) e trotes (5,6%); 12,3% dos profissionais não responderam (Tabela 6).

**Tabela 06**

Impressões da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acerca do trabalho no próprio serviço. Fortaleza, 2008.

<b>Significado atribuído ao trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Satisfação	73	82,0
Salvar vidas	16	18,0
Prestar serviço à população	11	12,3
Desvalorização	03	3,3
Não respondeu	09	10,1
<b>Qualificação do APH à vítima de trânsito</b>		
Precário	40	50,0
Boa qualidade	37	41,6
Razoável	16	18,0
Não respondeu	11	12,3
<b>Opinião sobre dificuldades</b>		
Desconhecimento da população sobre as atribuições do SAMU	43	48,3
Escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais	39	43,8
Exposição à violência	22	24,7
Falta de educação no trânsito	17	19,1
Trotes	05	5,6
Não respondeu	11	12,3
<b>Total</b>	<b>89*</b>	<b>-</b>

\*O valor de N(89) e os percentuais (100%) foram extrapolados em função da multiplicidade de respostas dos participantes.

As principais prioridades estabelecidas pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, caso estes fossem gestores desse serviço, foram: prover equipamentos e materiais (46,0%), capacitar profissionais (32,6%), garantir a segurança dos profissionais (22,5%), oferecer benefícios e melhorias salariais (21,3%) e conscientizar a população acerca das funções do SAMU (9,0%); 12,3% não responderam (Tabela 7).

**Tabela 07**

Prioridades estabelecidas pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência caso fossem gestores do serviço. Fortaleza, 2008.

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Prover equipamentos e materiais	41	46,0
Capacitar profissionais	29	32,6
Garantir a segurança dos profissionais	20	22,5
Oferecer benefícios e melhorias salariais	19	21,3
Conscientizar a população	08	9,0
Não respondeu	11	12,3
<b>Total</b>	<b>89*</b>	-

## 6. DISCUSSÃO

Dentre os 89 profissionais que participaram do estudo, prevaleceu o sexo masculino (61,8%), com idade entre 31 e 40 anos. A categoria profissional predominante no estudo foi a dos técnicos e auxiliares de enfermagem (33,7%) e condutores de veículos de urgência (36,0%), possivelmente por serem estes profissionais o maior contingente do quadro das equipes assistenciais do SAMU. O tempo de trabalho na instituição foi inferior a 5 anos para a maioria dos servidores. Em relação ao trabalho em outro serviço de atendimento pré-hospitalar, 48,3% dos profissionais afirmaram ter experiência em outro local por um período entre 1 e 5 anos.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo acerca do atendimento pré-hospitalar móvel realizado em Ribeirão Preto – São Paulo - no qual foram identificados a predominância do sexo masculino (67,5%), idade entre 28 e 48 anos (95,0%), tempo de exercício na instituição inferior a cinco anos (65,0%) e experiência em outro serviço hospitalar por período de 1 a 5 anos (62,5%). Em relação à categoria profissional, pesquisa similar realizada em Belo Horizonte demonstrou que os técnicos e auxiliares de enfermagem (47,5%) e condutores de veículos de urgência (27,7%) prevalecem nos estudos (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; LOPES ET AL., 2008).

A participação maior nas equipes do SAMU do sexo masculino na faixa etária considerada jovem pode ser atribuída ao esforço físico que esses profissionais realizam ao desenvolver as suas atividades cotidianas, a exemplo da movimentação de macas, peso excessivo e trabalhos em posições incômodas.

Quanto ao tempo de trabalho no SAMU inferior a 5 anos relatado pela maioria dos profissionais, este fato pode ser explicado pela criação do serviço em 2004 e pode estar interligado ao fato de vínculo empregatício desses com a instituição ser caracterizado pela terceirização do serviço, dados que serão evidenciados no decorrer deste estudo.

A avaliação realizada pelos profissionais quanto ao funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em relação a estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, ambulâncias e integração com outros serviços apontou deficiências que comprometem o desempenho e a qualidade do atendimento.

Os profissionais referiram que a estrutura física deixa a desejar, porém atende a demanda (60,7%); que às vezes faltam recursos materiais (82,0%); e que a instituição possui

recursos humanos em número insuficiente. Contudo, isso não compromete, contudo o atendimento (37,1%), embora as ambulâncias apresentem estado de conservação comprometido e em quantitativo insuficiente para o adequado atendimento (67,4%).

Estes problemas indicados pelos profissionais do SAMU em relação ao funcionamento do serviço remetem diretamente à gestão dos recursos do sistema e regulamentação do componente pré-hospitalar móvel pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

Durante a realização desta pesquisa foram visitados os pontos de apoio do SAMU no momento da coleta de dados. A observação desses locais permite inferir sua precária estrutura no que se refere à acomodação dos profissionais (espaço pequeno, sem ventilação etc); muitos não têm banheiros privativos. Nesses casos os profissionais utilizam o banheiro das unidades de atenção básica ou hospitais nos quais se instalam. Em alguns pontos, a água, o equipamento de ar-condicionado, entre outros, são comprados pelos próprios funcionários. A precariedade de estrutura dos pontos de apoio foi constantemente comentada pelas equipes.

Estudos que abordam a estrutura física dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência ainda são escassos, porém há que se ressaltar sua importância como meio para melhorar as condições de trabalhos das equipes que têm sob sua responsabilidade a preservação da vida dos usuários do Sistema Único de Saúde.

A Portaria nº 2.048/GM preconiza os equipamentos e medicamentos para que o atendimento pré-hospitalar seja efetuado com qualidade (BRASIL, 2006b). Assim, a carência de recursos materiais citada pelos profissionais é outro ponto a ser evidenciado. Pesquisa multicêntrica realizada em cinco capitais brasileiras – Recife, Manaus, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba – acerca da implementação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel mostrou que apenas o Rio de Janeiro atende aos critérios de provisão de materiais. Brasília e Manaus foram os que exibiram mais limitações (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Estabelecendo um paralelo entre os resultados do estudo de Minayo e Deslandes (2008) com os dados apresentados neste estudo, pode-se perceber que a escassez dos recursos materiais referida pelos profissionais do SAMU Fortaleza não se distancia das deficiências encontradas em Brasília e Manaus.

A carência de recursos humanos também se evidenciou como realidade vivenciada pelas equipes de atendimento, porém no relato dos profissionais este problema não compromete o atendimento. Esses resultados assemelham-se às situações encontradas em

Brasília, onde o gestor do SAMU avaliou com nota 6, em uma escala de 0 a 10, o número de profissionais disponíveis para o atendimento (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Da mesma forma, os veículos apropriados ao atendimento pré-hospitalar são definidos em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A política preconiza que as ambulâncias são os veículos terrestres, aéreos ou aquaviários destinados ao transporte exclusivo de pacientes e se classificam em:

Tipo A - próprias para as remoções simples de caráter eletivo;

Tipo B - adequadas ao Suporte Básico de Vida para paciente com risco de morte em transporte inter-hospitalar e paciente do atendimento pré-hospitalar com risco de morte desconhecido;

Tipo C - destina-se ao resgate, atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou que estejam em locais de acesso difícil e possuem equipamento de salvamento;

Tipo D - objetiva o Suporte Avançado de Vida do paciente de alto risco e de transporte inter-hospitalar para os que precisam de cuidados médicos intensivos e uso de equipamentos;

Tipo E - refere-se à aeronave de asa fixa ou rotativa para o resgate do paciente e transporte inter-hospitalar;

Tipo F - embarcação para transporte em via marítima ou fluvial (BRASIL, 2006a).

Além dessas modalidades, há os meios de intervenção rápida, que utilizam veículos leves para o transporte de médicos e equipamentos com vistas a realizar o suporte avançado de vida (BRASIL, 2006a).

No período deste estudo a frota do SAMU Fortaleza possuía somente ambulâncias do tipo B e D (Suporte Básico- 17 veículos; e Avançado de Vida – 4 veículos) e os veículos leves denominados carros médicos. No relato dos profissionais a frota (ambulâncias de SBV e SAV) foi considerada em estado comprometido e em número insuficiente.

A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza que as ambulâncias devem ser adquiridas na proporção de um veículo de Suporte Básico de Vida (SBV) para cada 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de Suporte Avançado de Vida (SAV) para cada 400.000 a 450.000 habitantes, o que neste estudo se considera número suficiente de ambulâncias. (BRASIL, 2006c).

Fortaleza possui atualmente, de acordo com o IBGE (2007), 2.431.415 habitantes. A vista desta informação, o número de ambulâncias de SBV estava, na época do estudo, proporcional à população, no entanto, o SAMU tinha 4 ambulâncias de SAV, quantidade insuficiente, de acordo com a PNAU, para o adequado atendimento. Em função da alta demanda atendida pela instituição, a existência somente dessas três modalidades de veículos e a quantidade reduzida de ambulâncias de SAV limitam a assistência prestada à população.

Minayo e Deslandes (2008) comprovam, em seu estudo, que Brasília apresenta em seu sistema pré-hospitalar apenas as ambulâncias dos tipo B e D, assemelhando-se ao SAMU Fortaleza. Ressaltam, ainda, que isto indica uma reduzida diversidade de opções para atender às necessidades desse vasto complexo urbano.

A articulação e a integração com outros serviços foram afirmadas pelos profissionais que participaram do estudo e ocorre dá principalmente com o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Rodoviária e agentes de trânsito. Na análise do funcionamento do SAMU pelas diferentes categorias profissionais, houve associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a integração com outros serviços ( $p = 0,037$ ).

Além disso, revelou-se neste estudo que a integração do SAMU com outros serviços ocorre de acordo com as especificidades de cada profissão. Dessa forma, o Corpo de Bombeiros age na remoção das vítimas de locais de acesso difícil, os policiais militares afastam curiosos e protegem a equipe de atos violentos e assim sucessivamente. A parceria entre os profissionais do SAMU e os profissionais de outros serviços também foi reforçada pelas equipes de atendimento.

Apesar de todos esses relatos favoráveis à integração porém, alguns profissionais relataram que esta não ocorre de maneira satisfatória e que se limita ao apoio nas situações contingenciais de emergência. Acrescentaram ainda que este apoio seria dado da mesma maneira a qualquer solicitante.

Inferese, ao se aperceber, desta realidade, que as relações entre os profissionais do SAMU e dos outros serviços já citados podem acontecer de maneira conflituosa. Exemplo disso é a relação com o Corpo de Bombeiros, cuja transição para a implantação do SAMU produziu conflito, pois o Corpo de Bombeiros anteriormente desenvolvia o atendimento pré-hospitalar, juntamente com o SOS Fortaleza.

Deslandes, Minayo e Oliveira (2007) explicam que o Corpo de Bombeiros sempre atuou no Brasil com uma linha telefônica independente (193) sem a obrigatoriedade da



regulação médica, e o atendimento era normalmente realizado por técnicos de enfermagem. Em algumas cidades, o Corpo de Bombeiros opera com a presença de médicos, com central de regulação e com ambulâncias diferenciadas em complexidade, como é o caso do Rio de Janeiro.

Já a proposta do SAMU é de uma assistência padronizada, com regulação médica atuante, equipes formadas de acordo com os níveis de complexidade, e que utilizam veículos apropriados à gravidade de cada atendimento. Além disso, possui mapa de área de atuação, sistema de referência e contrarreferência e outras estratégias operacionais (BRASIL, 2006c). Vale ressaltar que a implantação do SAMU ensejou uma mobilização de recursos em prol do seu desenvolvimento.

Corroborando esta afirmação, estudo que analisou a implementação do atendimento pré-hospitalar em cinco capitais brasileiras mostrou que a comunicação e a cooperação entre o SAMU e o Corpo de Bombeiros sucedeu de forma desigual nas capitais estudadas (Rio de Janeiro, Manaus, Recife, Belo Horizonte e Brasília) e que o SAMU, como novo componente no panorama do atendimento pré-hospitalar, é tido por profissionais e gestores como uma iniciativa benéfica, pois agrega recursos e garante maior cobertura. Em contrapartida, também é visto como perda de espaço político e financiamento do Corpo de Bombeiro que sempre foi atuante e possui experiência no atendimento pré - hospitalar (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

O atendimento pré-hospitalar de qualidade é realizado quando há integração não somente entre as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe de atendimento. A assistência nesse nível de atenção extrapola o próprio serviço, que necessita de profissionais de outros setores para realizar o seu trabalho efetivamente, por meio de relações de interdisciplinaridade que se constituem no campo da saúde coletiva.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade acontece pela reciprocidade, enriquecimento mútuo com relações caracterizadas pela horizontalidade em que, diante de uma situação determinada, uma equipe busca soluções comuns com suporte na troca dos saberes (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Na realidade dos serviços de APH, o trabalho articulado constitui-se como requisito à assistência integral às vítimas que necessitam dessa abordagem integrada, devendo existir troca e cooperação dos profissionais em prol da pessoa assistida.

No período do estudo, 65,2% dos profissionais do SAMU possuíam vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, porém 33,7% dos profissionais eram contratados por credenciamento promovido pela própria Prefeitura (terceirizados). Mencionado credenciamento possuía validade de seis meses de contrato, não estabelecendo vínculo empregatício. Ao término desse prazo, outra seleção era aberta e mais profissionais poderiam ingressar no serviço.

A análise aqui efetuada mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre categoria profissional e vínculo empregatício; ou seja, majoritariamente, os técnicos e auxiliares de enfermagem são vinculados à Prefeitura e os profissionais médicos e enfermeiros são terceirizados.

Pesquisa acerca da caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil revela resultados que vão ao encontro dos achados deste estudo, em que os profissionais de nível superior com vínculo empregatício terceirizado representaram presença significativa na organização hospitalar estudada (LIMA *et al.*, 2004).

Acerca da terceirização Chillida, e Cocco (2004) alegam que esta é uma prática realizada não para o aumento da eficiência e da produtividade, mas sim para reduzir custos por meio da exploração de relações precárias do trabalho.

Nessa mesma linha de pensamento, Figueiredo *et al.* (2007) asseveram que o aumento da terceirização contribui para a precarização do processo de trabalho, submetendo a risco a coesão dos coletivos. Na medida em que isso ocorre, inserem-se nas relações de trabalho elementos que desestabilizam a confiabilidade no curso do desenvolvimento e na própria produção final do trabalho.

Transferindo as afirmações desses estudiosos para a realidade do SAMU, a dominância de vínculos frágeis entre os profissionais de nível superior e a instituição pode ensejar nesses profissionais insatisfações, desinteresse ou mesmo desresponsabilização relativamente ao produto final da sua prática cotidiana de salvar vidas. Os dados aqui apontam pelo menos 17,9% de profissionais insatisfeitos e 3,7% sem seus trabalhos desvalorizados.

Além disso, a instabilidade dos vínculos identificada por este estudo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Fortaleza vão de encontro aos pré-requisitos e compromissos para a captação de recursos federais para a implantação do pré-hospitalar móvel. Nesse sentido, a Portaria nº 1.864/GM exige que seja comprovada a contratação de

recursos humanos, não sendo permitida a precariedade de vínculos nas relações de trabalho (BRASIL, 2006c).

Em um contexto mais amplo, estes achados podem refletir na precarização do processo de trabalho no SUS, com possibilidade de interferência na motivação da educação permanente. Por sua vez, esta motivação funcionaria como propulsora para despertar no profissional o interesse em conhecer as políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde como um todo, possibilitando uma prática integrada e contextualizada com os processos políticos.

Inserir-se nesse espaço de debate a capacitação específica para o atendimento pré-hospitalar, em que a maioria dos profissionais (79,8%) garantiu ter realizado por meio de cursos de suporte básico e avançado de vida. As categorias profissionais que mais procuraram os cursos de capacitação foram os técnicos e auxiliares de enfermagem e, dentre os de nível superior, os enfermeiros se destacaram na busca dos referidos cursos, incluindo a pós-graduação.

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, a capacitação das equipes de saúde deve ocorrer sob um enfoque estratégico promocional, abrangendo a gestão e a atenção, envolvendo profissionais de nível superior e técnico, em consonância com as diretrizes do SUS e embasada nos polos de educação permanente (BRASIL, 2006).

No âmbito da preparação do profissional para a atuação no serviço de atendimento pré-hospitalar, a atualização é tão importante quanto a capacitação específica. As atividades oferecidas para este fim são: cursos de curta duração, palestras, cursos de 40 horas ou mais, educação continuada e educação em serviço. Verificou-se neste estudo interesse dos profissionais em atualizar-se para melhorar a qualidade da assistência pré-hospitalar.

O estudo de Minayo e Deslandes (2008) acerca da implementação do pré-hospitalar demonstrou que existe adequação entre os recursos humanos e a função desempenhada pelos profissionais no serviço. Em Manaus, Recife, Rio de Janeiro e Curitiba, todas as equipes foram capacitadas com o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS). O gestor de Brasília, no entanto, enfatizou que as equipes possuem deficiências no que concerne a capacitação.

Aprofundando essa reflexão, ressalta-se que os gestores dos serviços pré-hospitalares devem ser corresponsáveis pela capacitação e atualização das suas equipes de atendimento. A oferta de cursos pelo próprio serviço deve ser uma constante no cotidiano do trabalho, bem como o estímulo para a busca da ampliação do conhecimento. Além da oferta de atividades, deve ser uma preocupação desses gestores a criação de possibilidades para que o profissional

possa participar dos cursos oferecidos, conciliando a oferta com a jornada de trabalho, o que se estabelece como um desafio para a gestão.

Estudo realizado por Ciconet, Marques e Lima (2008), sobre a educação em serviço para profissionais de saúde do SAMU de Porto Alegre, relata a dificuldade em conciliar a oferta de cursos e treinamentos com as escalas verticais de trabalho dos profissionais. Os autores informam que, apesar das tentativas de organização das aulas em diferentes horários, o que em tese permitiria a escolha por preferência e disponibilidade fora dos horários habituais de trabalho, a adesão dos profissionais às atividades foi baixa.

Nesse sentido, corrobora-se a noção de que a gestão deve expandir a sua atuação e reconhecer que a amplitude das ações necessárias ao serviço vão além da prestação da assistência. O compromisso com a educação permanente não deve ser atribuído somente ao trabalhador. Ao administrar a instituição, o gestor deve estabelecer como prioridade a qualificação do profissional. Do contrário, as ações voltadas para a capacitação e atualização dos profissionais não podem ser consideradas como educação permanente, uma vez que não estão inseridas na rotina do serviço, mas sim como atividades contingentes dispersas e desmembradas da organização do trabalho (CICONET, MARQUES E LIMA, 2008).

Quanto ao tempo de resposta total, que constitui um dos indicadores de desempenho e qualidade do serviço pré-hospitalar, os dados deste estudo revelam que este varia entre 31 e 40 minutos, com média de 29,0 minutos. A comparação entre os estudos que abordaram o tempo médio de resposta total pode ser comprometida pelas diferenças metodológicas de aferição dessa variável. Diante desta limitação expõem-se aqui alguns resultados de pesquisas acerca do tempo resposta.

O tempo médio entre a recepção do chamado e a entrada do paciente no hospital foi de 35,6 minutos em Montreal (Canadá). Na Irlanda do Norte, o tempo médio de resposta total aferido foi de 30,5 minutos, o que se aproximou dos resultados deste estudo (SAMPALIS, *et al.*, 1993; MCNICHOLL, 1994).

Reportando-se ao Brasil, Ladeira e Barreto (2008) analisaram a sobrevivência após acidentes de trânsito no Município de São Paulo e encontraram o tempo médio de resposta total de 41,0 minutos.

Considerando que a presteza do atendimento influencia intensamente na sobrevivência das vítimas atendidas pelo pré-hospitalar, o tempo gasto entre o acionamento

do serviço e o estabelecimento do tratamento definitivo deve ser o menor possível a fim de garantir o melhor prognóstico.

Dessa forma o *Committee on Trauma of American College of Surgeons* (1986) estabelece que o intervalo máximo para a instituição dos primeiros procedimentos em casos graves é de vinte minutos pelo fato de que é nas primeiras horas após o trauma, que ocorre o maior índice de mortalidade. Minayo e Deslandes (2008) alvitram que, de modo geral, mais de 50% das vítimas de trauma não resistem as primeiras 24 horas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Vários fatores exercem influência sobre o tempo de resposta total. Estudiosos evidenciam que a distância do local da ocorrência, as condições impostas pelo trânsito, a disponibilidade de ambulâncias e a articulação com o pré-hospitalar fixo e hospitais da rede de atendimento se estabelecem como fatores que interferem diretamente no tempo de resposta total (LADEIRA; BARRETO, 2008; MINAYO; DESLANDES, 2008).

O conceito de tempo de resposta total foi definido corretamente pelos profissionais médicos. Isto pode ser atribuído ao fato de que esses profissionais participam mais diretamente das atividades da gestão o que, possivelmente, lhes confere o contato maior com as políticas de saúde, entre elas a que institui o componente pré-hospitalar móvel – Política Nacional de Atenção às Urgências.

Este estudo mostrou que 95,5% dos profissionais apontaram problemas no sistema de referência e contrarreferência do SAMU, descritos como: falta de vagas nos hospitais e falhas na articulação entre o SAMU e a rede de atenção hospitalar. Essa dificuldade identificada pelas equipes compromete diretamente a continuidade do cuidado ao usuário do SUS.

Minayo e Deslandes (2008) expressam que os problemas ensejados pelas lacunas na integração entre o pré-hospitalar e a rede hospitalar é agravado pela falta de vagas. Ressaltam também, que essa é uma deficiência que atinge várias capitais brasileiras. Salienta-se que é rotina no cotidiano do pré-hospitalar o fato de os pacientes ficarem nos hospitais ocupando as macas das ambulâncias do SAMU a espera de um leito. Nesse ínterim, o veículo de urgência e a equipe ficam presos na rede hospitalar, ocasionando transtornos e prejudicando o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar. Neste contexto, as equipes do serviço de APH transformam-se, no relato dos profissionais, “em equipes de espera”.

Acrescentam-se aos problemas já mencionados a escassez de equipamentos específicos, a exemplo de tomógrafos, e a má vontade dos profissionais ao receber os

pacientes assistidos pelo SAMU, que muitas vezes retardam a recepção do paciente no nível terciário de atenção. Essa atitude dos servidores fere dois princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: a universalidade e a integralidade.

Prosseguindo no contexto amplo das políticas públicas, as equipes de atendimento do SAMU relataram que conhecem a Política Nacional de Atenção às Urgências. Acrescentaram que a instituição não funciona de acordo com a referida política e identificaram incoerência entre a prática e o discurso oficial, ressaltando a escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais e problemas com a regulação médica.

Alguns pontos destacados pelos profissionais denotam o seu conhecimento acerca da PNAU, podendo-se mencionar a proporcionalidade entre o número de ambulâncias e a população, encaminhamento de recursos para a instituição e a provisão do quantitativo de materiais e equipamentos. Chama a atenção, no entanto, o elevado número de profissionais que não responderam à indagação acerca do funcionamento do SAMU em relação à política.

O ato de não responder a este questionamento pode representar a idéia de que o conhecimento dos profissionais sobre a política que rege o atendimento pré-hospitalar é superficial, o que os faz reconhecer as principais falhas somente nos recursos financeiros, humanos e materiais. Outro fator observado pelo pesquisador no momento de interação com as equipes é o medo de represálias que alguns profissionais sentem ao falar acerca dos problemas da instituição.

Ressalta-se aqui que todos os profissionais deveriam ter acesso ao documento oficial da Política Nacional de Atenção às Urgências, para que pudessem, no cotidiano do trabalho, reconhecer lacunas e apontar soluções para os problemas identificados. Além disso, este acesso possibilitaria ampliar o foco da educação permanente para o campo das políticas de saúde. Assim, o desenvolvimento da assistência seria mais completo e integrado pelo reconhecimento e consolidação do APH como um dos componentes do Sistema Único de Saúde.

De acordo com os profissionais, o SAMU apresenta e cumpre rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de trânsito. A função dessas rotinas e protocolos é sistematizar o atendimento, facilitando a instituição dos cuidados pré-hospitalares. Sobre protocolos, Rocha *et al.* (2004) informam que, em cada instituição, o desenvolvimento de protocolos assistenciais possui objetivo de padronizar e sistematizar as condutas assistenciais, no intuito de reduzir a variação indesejada da prática e melhorar o atendimento ao paciente.

É importante ressaltar o fato de que as rotinas e protocolos de um serviço específico correspondem à realidade vivenciada pelos profissionais que nele atuam devendo ser coletivos e seu produto final há de ser compartilhado, para que todos tenham uma conduta padronizada.

Para os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, trabalhar na instituição representa satisfação, salvar vidas e prestar serviço à população. A satisfação traduziu-se neste estudo pelo contentamento com a profissão. Os trabalhadores alegaram gostar das atividades que desempenham no SAMU. A possibilidade de salvar vidas foi outro atrativo do ofício. Além disso, os profissionais mencionaram que o SAMU desempenha importante papel social ao atender principalmente a população carente.

A satisfação com o trabalho interfere intensivamente na realização da assistência de qualidade. O profissional satisfeito reflete o prazer com a profissão na sua prática profissional e nas relações de trabalho. Monticelli *et al.* (2008) garantem que a satisfação profissional é produto de investimento pessoal e grupal em torno de um objetivo único que repercute de forma positiva na assistência à saúde, no reconhecimento e valorização do profissional e do ofício.

Em contrapartida, alguns profissionais aludiram a desvalorização como significado de trabalhar no SAMU em decorrência da má remuneração, das incipientes condições de trabalho, fragilidade dos vínculos trabalhistas, promessas não cumpridas, descaso das autoridades de saúde e desvio de finalidades do serviço.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Batista *et al.* (2005) acerca de fatores de motivação e insatisfação dos enfermeiros de instituições de saúde de Aracaju, em que a remuneração e as condições de trabalho foram as principais causas de insatisfação citadas pelos trabalhadores. Os autores do estudo assinalam que, embora insatisfeitos com a remuneração, os trabalhadores conseguem suprir as suas necessidades, porém, a necessidade de segurança dos profissionais é a dimensão mais afetada, uma vez que estes não encontram condições de trabalho que favoreçam as suas atividades. Isso, conseqüentemente, atinge a autorrealização na medida em que não conseguem solucionar os anseios do cliente e suas próprias exigências em relação à qualidade da assistência prestada.

Aprofundando essa reflexão, torna-se importante questionar: que trabalhador pode prestar uma boa assistência se não possui condições de trabalho que permitam isso? Como um

profissional pode trabalhar satisfeito se, apesar de gostar do que faz, é mal remunerado e não é amparado por boas condições trabalhistas?

Faz-se necessário assinalar no contexto da atenção pré-hospitalar que é mister oferecer ao profissional as condições mínimas para que o trabalho seja bem realizado, aumentado assim o seu grau de satisfação. Outro ponto a ressaltar é a valorização do profissional, principalmente os terceirizados, criando mecanismos de reconhecimento ao seu desempenho técnico e relacional em detrimento das questões políticas que permeiam o serviço.

Na percepção da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acerca do atendimento às vítimas de trânsito, surgiram as seguintes categorias para a classificação deste tipo de assistência: precário (51,2%), boa qualidade (47,4%) e razoável (20,5%). Os motivos que levaram os profissionais a considerar precário o atendimento das vítimas de trânsito foram: escassez de materiais, demora no atendimento, manutenção tardia de ambulâncias, falhas na integração com outros serviços.

O serviço de atendimento pré-hospitalar é objeto de pesquisas acerca do perfil das vítimas assistidas, diagnóstico de lesão, coeficiente de letalidade, sobrevivência dos pacientes atendidos, fatores associados ao uso do serviço e aspectos históricos. São escassas, entretanto, as pesquisas que versam sobre a qualidade do serviço. Isto pode ser justificado pelo fato de a Política Nacional de Atenção às Urgências ser um documento recente estando os serviços ainda em fase de implantação.

Há que se ressaltar, no entanto, a importância dos serviços de atendimento pré-hospitalar para o atendimento à vítima de trânsito. Essas ocorrências se transformam em motivo de preocupação no Brasil e no mundo, em função do elevado índice de jovens que afetam e pelos impactos econômicos e sociais que provocam.

Sabe-se que o APH envolve todas as ações efetuadas antes da chegada do paciente ao hospital, local onde é estabelecido o tratamento definitivo, podendo influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. A primeira hora – *golden hour*, que se segue após a ocorrência de uma lesão traumática é considerada como tempo crítico para a instituição de medidas de suporte que modificarão o prognóstico uma vez que 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar do cuidado (PEREIRA;LIMA, 2006; LADEIRA; BARRETO, 2008).

Ante tais afirmações e dos resultados deste estudo vale ressaltar que a precariedade do atendimento à vítima de trânsito apontada pelos profissionais deve ser valorizada no



sentido de produzir mudanças favoráveis ao desenvolvimento das atividades do serviço. Complementa-se aqui a noção de que os profissionais que consideraram este atendimento de boa qualidade o fizeram com base nos problemas cotidianos que enfrentam: apesar de todas as dificuldades, veem um bom atendimento.

As dificuldades cotidianas do serviço de atendimento pré-hospitalar apontadas pelos profissionais foram: desconhecimento da população sobre as atribuições do SAMU (55,1%), escassez de recursos humanos e materiais (50,0%), exposição à violência (28,2%), falta de educação no trânsito (21,7%) e trotes (6,4%).

A alienação da população acerca das atribuições do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência traduziu-se neste estudo de duas formas distintas: o desconhecimento sobre as funções do SAMU e as condutas a serem adotadas em relação ao politraumatizado.

Vários fatores atuam juntos para determinar o desconhecimento da população em geral, entre os quais pode ser citada a não-diferenciação entre urgência e emergência, a falta de noções de primeiros socorros, a ausência de informação sobre os objetivos do serviço de atendimento pré-hospitalar e a não identificação sobre os tipos de atendimento aos quais a instituição se destina.

A literatura biomédica define urgência e emergência como duas situações de saúde diferentes, que solicitam condutas distintas e justificam a existência de serviços e procedimentos especializados. Nesse sentido, a emergência consiste em um processo de risco de morte iminente que deve ser diagnosticado e tratado nas primeiras horas após a sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato, com vistas a manter as funções vitais e evitar incapacidades ou complicações graves. Já a urgência se caracteriza por um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco iminente de morte (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Aplicando esses conceitos ao atendimento pré-hospitalar, presume-se que as situações de emergência são os principais objetivos desse tipo de assistência, porém a população não tem acesso aos aspectos técnicos e objetivos do campo da saúde para distinguir urgência e emergência. Giglio-Jacquemot (2005), em estudo acerca das urgências e emergências em saúde na perspectiva de profissionais e leigos, pontua que, para o leigo, a emergência é a situação de saúde percebida pela própria vítima, família ou público como ocasião que necessita de tratamento imediato.

Acrescenta-se a esse conflito etimológico o fato de a população leiga não saber como atuar em situações de urgência/emergência, pois esta não possui conhecimento sobre noções

de primeiros socorros. Esse tipo de saber específico poderia facilitar e auxiliar no trabalho das equipes de atendimento pré-hospitalar, uma vez que a população, treinada com procedimentos básicos, poderia instituir as manobras iniciais até a chegada da equipe ao local da ocorrência, o que asseguraria à vítima um tratamento mais eficiente.

Há esforços de Educação em Saúde no sentido de treinar a população para lidar com situações muitas vezes inesperadas com o emprego das condutas de primeiros socorros. Esses treinamentos são oferecidos, principalmente, no ambiente escolar a exemplo de um projeto de extensão desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás (ANDRAUS *et al.*, 2005). É importante que esses programas se estendam à população como um todo.

Além disso, é necessário que o contato entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a população aconteça não somente no momento em que emergências acontecem. O envolvimento da instituição no treinamento a leigos será por certo proveitoso, pois, além de instruir a população sobre primeiros socorros, tornará possível o esclarecimento quanto aos objetivos do serviço e aos tipos de atendimento que este realiza, criando uma parceria serviço-população.

A escassez de equipamentos e materiais é outro entrave da assistência pré-hospitalar. No discurso dos profissionais, esta queixa esteve sempre presente e atrelada à falta de manutenção das ambulâncias. Resultado semelhante foi encontrado por Minayo e Deslandes (2008) em Manaus, onde os gestores evidenciaram que o provimento rápido de manutenção das ambulâncias configura um problema grave para o serviço de APH da referida Capital brasileira.

Vale ressaltar, diante dessa realidade, que equipamentos (incluindo ambulâncias) e materiais de boa qualidade são fundamentais para o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar, uma vez que, sem estes itens, a assistência pode ficar comprometida ou mesmo inoperante.

A violência foi relatada pelos profissionais como dificuldade durante a realização do atendimento pré-hospitalar. Estudo sobre o risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergência corrobora esse achado em que os trabalhadores apontaram a violência como um fator preocupante na situação do trabalho no APH (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Krug *et al.* (2002), lembram que a violência se estabelece pelo uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que tenha

ou possa ter como consequência lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação ou até mesmo a morte.

Complementando esta definição, a violência atinge a população de forma desigual, acarretando riscos diferenciados de acordo com o gênero, raça/cor, idade e espaço social, e se constitui como um problema social que afeta de modo importante a saúde (SOUZA, 2006; MINAYO, 2007).

No âmbito do atendimento pré-hospitalar a violência pode ser explicitamente manifestada por assaltos, agressões físicas e psicológicas à equipe, danos gerados contra materiais e equipamentos. Acerca dessa modalidade de violência, Corbett *et al.*, (1998), em estudo sobre a exposição de profissionais do pré-hospitalar à violência acentuam que 80% dos profissionais se sentiram furiosos e 69% deles irritados por terem sofrido assalto durante o trabalho. Tintinalli e McCoy (1993), em pesquisa sobre a mesma temática, informam que 19% dos profissionais portam arma durante o seu período de trabalho.

Além das agressões físicas e contra o patrimônio dos profissionais e do próprio serviço, está implícita no cenário do estudo a violência institucional. Minayo (2007) refere que esta ocorre no interior das instituições, por meio de regras, normas de funcionamento, relações burocráticas e políticas que reproduzem estruturas sociais injustas.

Reportando-se à realidade encontrada no SAMU, as condições precárias de trabalho ocasionadas pela falta de recursos humanos, materiais e equipamentos, e as relações de trabalho fragilizadas pela própria organização de trabalho inserem o profissional em um contexto de violência, a qual pode ser reproduzida pelo próprio profissional no momento da assistência ou pode passar despercebida.

A falta de educação no trânsito, indicada pelos profissionais como fator que dificulta as ações do APH, pode ser observada no cotidiano das grandes cidades. As condições de tráfego influenciam sobremaneira no desenvolvimento das atividades e impactam no tempo de chegada da equipe ao local da ocorrência e no tempo de saída do lugar do evento e entrega do paciente ao serviço da rede hospitalar de referência.

Há que se considerar que a educação para o trânsito, com vistas a facilitar o trabalho das equipes de atendimento pré-hospitalar, deve estar atrelada às campanhas e ações educativas continuadas para conscientização da população a fim de promover um trânsito mais ordenado.

Além de todas já citadas, os “troles<sup>4</sup>” configuram-se como outra dificuldade a ser transposta pelos profissionais do SAMU. O serviço recebe de 80 mil a 100 mil chamadas por mês, desse total, aproximadamente 30% são trotes o que ocasiona transtornos ao serviço (SMS, 2008). O deslocamento de uma unidade móvel para um atendimento decorrente de um trote acarreta danos para a parcela da população que solicita o serviço por uma necessidade real.

Estudo realizado por Minayo e Deslandes (2008), referido amiúde neste estudo, mostra que 60% das ligações recebidas pelo SAMU de Brasília configuram trotes e acrescentam que este problema tem semelhante importância em Curitiba. Então, torna-se relevante a realização de treinamentos direcionados aos profissionais da central de regulação, para que os trotes possam ser reconhecidos e o deslocamento desnecessário de ambulâncias seja evitado.

As prioridades estabelecidas pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foram: prover equipamentos e materiais (52,5%), capacitar profissionais (37,1%), garantir a segurança dos profissionais (25,6%), oferecer benefícios e melhorias salariais (24,3%) e conscientizar a população acerca das funções do SAMU (10,2%).

Tais prioridades constituem sugestões para a melhoria do serviço, pois elas representam soluções para os problemas e dificuldades encontradas pelos profissionais que participaram do estudo.

Vale ressaltar que as prioridades relativas à gestão indicam, em contexto macro que, haja vista a fase de transição pela qual está passando o SAMU Fortaleza, este necessita de alguns ajustes relativos ao processo de trabalho, à estrutura organizacional e à operacionalização do serviço. Para que sejam definidos, porém, os rumos para suplantar esses entraves, é necessário instituir a avaliação no interior da instituição.

Nesse sentido, Minayo, Assis e Souza (2005) exprimem que a avaliação de programas de intervenção social se refere a utilização de metodologias da pesquisa social para averiguar, de modo sistemático, a sua efetividade, de forma a contribuir para o aperfeiçoamento das ações.

A avaliação do atendimento pré-hospitalar torna-se importante à medida que aponta para a necessidade de ajustes, mudanças e aperfeiçoamento no funcionamento do serviço.

---

<sup>4</sup>Trote, de acordo com o dicionário, é definido como zombaria, intriga, indiscrição, em geral feita por telefone.

## 7. CONCLUSÃO

Antes de expor as ponderações finais decorrentes desta pesquisa, há que se realizar uma reflexão acerca de uma realidade que se configura crescente no Brasil em função das desigualdades sociais. A população atendida pelo serviço de atendimento pré-hospitalar é, em sua maioria, constituída por jovens das diversas classes sociais e vítimas de acidentes e violências. Os impactos dos acidentes e violências na sociedade são diretos, indiretos e, muitas vezes, imensuráveis.

É nesse contexto que se inserem os profissionais e o setor saúde com relevante função no enfrentamento desta conjunção de problemas. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer e atender as vítimas, enquanto o setor saúde, deve ser reorganizado com vistas a assistir adequadamente essa demanda.

Ao retratar o diagnóstico situacional do atendimento pré-hospitalar no Município de Fortaleza, desvelou-se a realidade de um serviço em fase de implantação. Os fatores intervenientes foram retratados pelos profissionais e podem ser classificados em dois tipos: problemas relativos ao planejamento e de cunho estruturais.

Aqueles relacionados ao planejamento se traduziram como: escassez de recursos humanos qualificados para o APH, carência de materiais e equipamentos, fragilidade de vínculos e relações de trabalho, desconhecimento da população acerca das atribuições do SAMU e exposição à violência.

Uma alternativa para reduzir a escassez de recursos humanos qualificados seria considerar a educação permanente como carga horária trabalhada na rotina do serviço, favorecendo a participação dos profissionais. Nas seções de educação permanente (cursos, palestras, treinamentos, simulados) poderia ser instituída a criação de protocolos de atendimento como produto final de cada atividade. Assim, a educação permanente, além de se estabelecer como meio de qualificação profissional, seria uma ferramenta para a sistematização da assistência prestada pelo SAMU.

A carência de materiais e equipamentos, indispensáveis a qualquer tipo de atendimento, em especial ao trauma, denota a incompatibilidade entre o discurso oficial da Política Nacional de Atenção às Urgências e o funcionamento do SAMU. Este fato foi freqüentemente relatado pelos profissionais do serviço.

A integração limitada entre o SAMU e outros serviços e a falta de vagas nos hospitais conformam-se como problemas estruturais do Sistema Único de Saúde, necessitando de apresentar opções que possibilitem o atendimento de qualidade às vítimas de acidentes de trânsito para as quais o tempo é um fator importante para a sobrevivência e minimização de sequelas.

O sistema de referência e contrarreferência consiste na articulação entre o SAMU e a rede hospitalar. Dessa forma, os hospitais que integram a grade de referência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência devem estar disponíveis e preparados para receber e tratar pacientes graves, o que nem sempre acontece.

Em relação à limitação na integração entre o SAMU e os outros serviços ressalta-se que esta deve ser reforçada e evidencia-se que o atendimento pré-hospitalar é interdisciplinar em sua essência, não sendo possível articular e garantir a segurança, o resgate e outras atividades sem a articulação com outros setores.

Os desafios na instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência são diversos. Apesar de todas as dificuldades, porém, há que se reconhecer a importância desse serviço para a sociedade. Ele veio para padronizar e regular um tipo específico de atendimento fundamental para salvar vidas com eficácia, já comprovada por estudos realizados no mundo.

Em um contexto mais amplo, faz-se necessário que os gestores do Sistema Único de Saúde assegurem a continuidade da sua implantação e promovam o seu aperfeiçoamento e constante avaliação, a fim de ajustar o seu funcionamento. Além disso, é preciso garantir a integração do SAMU ao sistema de urgência e emergência.

Ao mesmo tempo em que descreve o cotidiano vivenciado pelos profissionais, esta pesquisa buscou ampliar a reflexão acerca de um serviço essencial para sobrevivência das vítimas, salientando as de acidentes de trânsito e das causas externas de uma maneira geral, direcionando, ao atendimento pré-hospitalar, novas visões e perspectivas de consolidação do serviço e das políticas de saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C.C.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n.3, p. 323-331, jul-set, 2005.

ANDRAUS, L.M.S.; MINAMISAVA, R.; BORGES, I.K.; BARBOSA, M.A. Primeiros Socorros para criança: relato de experiência. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.18, n.2, p. 220 – 225, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora: Edições 70, 1977.

BASTOS, N.M.G. **Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico**. Fortaleza: Gráfica Nacional, 2003.

BASTOS, Y.G.L.; ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 815 – 822, jun 2005.

BATISTA, A.A.V.; VIEIRA, M.J.; CARDOSO, N.C.S.; CARVALHO, G.R.P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc Enferm**, São Paulo, v.39, n.1, p. 85 – 91, 2005.

BRASIL. **Código de Trânsito Brasileiro**: Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997; Lei nº 9.602, de 21 de janeiro de 1998. Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, Fortaleza: INESP, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/96**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em: 03 mai. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 814, de 01 de junho de 2001. Institui as diretrizes regulção médica das urgências e normatiza os serviços de atendimento pré – hospitalar móvel. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, p. 49 - 42, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.864**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões em todo o território brasileiro: SAMU 192. Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, p. 21-43, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan-mar., 2000.

CHILLIDA, M.S.P; COCCO, M.I.M. Saúde do trabalhador e terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. Latin-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p. 271 – 276, mar-abr, 2004.

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

COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. **Bull Am Coll Surg**, n.71, p. 4 – 23, 1986.

CORBETT, S.W.; GRANGE, J.T.; THOMAS, T.L. Exposure of prehospital care providers to violence. **Prehosp Emerg Care**, v.2, n.2, p. 127 – 131, apr – jun, 1998.

DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. **Anuário Estatístico de Acidentes de Trânsito – 2003**. Disponível em: < <http://www.denatran.gov.br/acidentes.htm> > Acesso em: 29 out. 2006a.

DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. **Estatísticas – 2003**. Disponível em: <[http://www.denatran.gov.br/est\\_condutores.htm](http://www.denatran.gov.br/est_condutores.htm)> Acesso em: 29 out. 2006b.

DESLANDES, S.F. Avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência e de suporte às pessoas em situação de acidentes e violências. In: LIMA, C.A. (organizadora). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ESNP, 2007b. p.78-91.

DESLANDES, S.F. Diagnóstico situacional da violência. In: LIMA, C.A. (organizadora). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ESNP, 2007a. p.60-75

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; OLIVEIRA, A.F. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (organizadoraS). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.139-157.

FIGUEIREDO, M.; ALVAREZ, D.; ATHAYDE, M.; SUAREZ, J.D.; PEREIRA, R. Reestruturação produtiva, terceirização e relações de trabalho na indústria petrolífera offshore da Bacia de Campos (RJ). **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 55-68, jan.-abr, 2007.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S., GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da População 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007layoutTCU14112007.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2008.

JEKEL, James F.; KATZ, David L.; ELMORE, Joann G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

KRUG, E.G. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.



- LADEIRA, R.M.; BARRETO, S.M. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 287 – 294, fev, 2008.
- LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.R.; PORTELA, M.C.; UGÁ, M.A.D.; VASCONCELLOS, M.M.; GERSCHMAN, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1249 – 1261, set-out, 2004.
- LOPES, A.C.S.; OLIVEIRA, A.C.; SILVA, J.T.; PAIVA, M.H.R.S. Adesão à precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p. 1387-1396, jun, 2008.
- LOPES, S.L.B.; FERNANDES R.J. Uma Breve Revisão do Atendimento Médico Pré-Hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, p.381-387, out-dez, 1999.
- MALVESTIO, M.A.A.; SOUSA, R.M.C. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 584-589, out, 2002.
- MARIN, L.; QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.7-21, jan – mar, 2000.
- MARIN-LEON, L.; VIZZOTTO, M.M. Comportamento no transceptor: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.515-523, mar-abr, 2003.
- MCNICHOLL, B.P. The golden hour and prehospital trauma care. **Injury**, n.25, p. 251 – 254, 1994.
- MELIONE, L.P.R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 461 - 472, dez., 2004.
- MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M.S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, jun., 2004.
- MINAYO, M.C. Conceitos teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUZA, E.R. (organizadora). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ESNP, 2007. p.14 - 35.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 1877 – 1886, ago, 2008.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O.M.; SANTOS, E.K.A.; OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI M.F.M.; GREGÓRIO, V.R.P. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 482 – 491, jul-set, 2008.
- OPAS / OMS. Respostas do Setor Saúde ao Desafio para um Trânsito mais Seguro nas Américas. **Informe sobre a Conferência Panamericana sobre Segurança no Trânsito**. Brasília, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português, 10ª rev., São Paulo: 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.** Genebra, 2004.

PALMEIRA, G. Epidemiologia. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos de Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p 137 – 194.

PEREIRA, W.A.P.; LIMA, M.A.D.S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.3, p. 279 – 283, 2006.

PIRES, M.T.B. **Manual de Urgências em Pronto-Socorro.** 7.ed. São Paulo: Medsi, 2000.

ROCHA, P.M.; FERNANDES, A.K.; NOGUEIRA, F.; PIOVESAN, D.M.; KANG, S.; FRANCISCATTO, E.; MILLAN,T.; HOFFMANN, C; POLANCZYK, C.A.; BARRETO, S.S.M; DALCIN, P.T.R. Efeito da implantação de um protocolo assistencial de asma aguda no serviço de emergência de um hospital universitário. **J Bras Pneum**, Brasília, v.30, n.2, mar-abr, 2004.

SAMPALIS, J.S.; LAVOIE, A. WILLIAMS, J.I., MULDER, D.S., KALINA M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care in survival in severely injured patients. **J Trauma**, n. 34, p. 252 – 261, 1993.

SAMU – 192. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- 192. **Etapas, Localidades e Cidades Atendidas.** Disponível em: < [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23745&janela=1)> Acesso em: 05 nov. 2006a.

SAMU – 192. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **O Que é SAMU?** Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/oquesamu/index\\_samu.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/oquesamu/index_samu.htm)> Acesso em: 27 nov. 2006b.

SANTOS, W. **Da Educação para o Trânsito.** Café Acadêmico. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.wellingtonsantos.com?academico6.htm>> Acesso em: 10 set. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Redes assistenciais: urgência e emergência.** Disponível em:[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_UrgenciaEmergencia\\_Apresentacao.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_UrgenciaEmergencia_Apresentacao.asp) > Acesso em: 21 nov. 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Número de Óbitos por causas externas. Taxa de mortalidade por causas externas.** Ceará: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2006.

SILVA, J.G.; GURGEL, A.A.; FROTA, M.A.; VIEIRA, L.J.E.S.; VALDÉS, M.T.M. Promoção da Saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul/set, 2008.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 363-373, jun, 2006.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; FRANCO, L.G. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n.1, p. 19-31, jan-mar, 2007.

TAHA, I. Análise de acidentes de trânsito: antes e após a implantação do novo CTB, em regiões do Estado de São Paulo. **Revista ABRAMET**, São Paulo, v.37, p.8 – 25, 2001.

TINTINALLI J.E.; MCCOY, M. Violent patients and the prehospital provider. **Ann Emerg Med**, v. 22, n.8, p. 1276 – 1279, aug, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries, Violence and Disabilities Biennial Report, 2004 – 2005**. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics Annual**. Geneva, 2002.

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

## APÊNDICES

**APÊNDICE A** – Instrumento de coleta de dados: questionário



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

**1. Sexo**

1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos.

**3. Trabalha no SAMU há:** \_\_\_\_\_ anos.

1. ( ) Menos de 1 ano 2. ( ) De 1 a 5 anos 3. ( ) De 6 a 10 anos 4. ( ) Acima de 10 anos

**4. Função desempenhada no SAMU:**

1. ( ) Médico 2. ( ) Enfermeiro 3. ( ) Auxiliar de Enfermagem  
4. ( ) Técnico de Enfermagem 5. ( ) Condutor de Veículo de Urgência

**5. Vínculo empregatício com o SAMU:**

1. ( ) Concursado 2. ( ) Credenciado

**6. Você trabalha ou trabalhou em algum outro serviço de atendimento pré-hospitalar?**

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

**7. Se sim:** 1. ( ) Particular 2. ( ) Corpo de Bombeiros - GSU

**8. Tempo de trabalho no serviço anterior (Particular ou GSU):** \_\_\_\_\_ anos

**9. Você possui curso de capacitação específica na área de Atendimento Pré-hospitalar?**

2. 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

**10. Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**11. A partir de uma única resposta, qual sua opinião sobre a estrutura física do SAMU-192?**

1. ( ) É bem estruturado e atende a demanda do serviço.  
2. ( ) Atende à demanda, porém pode melhorar a estrutura do serviço.  
3. ( ) A estrutura do serviço deixa a desejar, mas atende razoavelmente à demanda.  
4. ( ) Não tem estrutura para atender a demanda.

**12.** Em relação ao material utilizado para o atendimento ( Marque somente um opção):

1. ( ) Há sempre material disponível para todos os tipos de atendimento.
2. ( ) Às vezes ocorre a falta de material prejudicando o atendimento.
3. ( ) Não há material disponível.

**13.** Em relação aos recursos humanos: (Marque somente uma opção)

1. ( ) O número de funcionários é suficiente para o bom funcionamento do serviço.
2. ( ) O número de funcionários é insuficiente, porém não compromete o funcionamento do serviço.
3. ( ) O número de funcionários é insuficiente e compromete o funcionamento do serviço.

**14.** Qual a sua opinião sobre as ambulâncias do SAMU -192? (Marque somente uma opção).

1. ( ) Apresentam bom estado de conservação e um número suficiente para atender à população.
2. ( ) Apresentam bom estado de conservação e um número insuficiente para atender à população.
3. ( ) Apresentam estado de conservação comprometido, porém o número de ambulâncias é suficiente para atender a demanda do serviço.
4. ( ) Apresentam estado de conservação comprometido e o número de ambulâncias é insuficiente para atender a demanda do serviço.

**15.** Há integração do SAMU-192 com outros serviços?

1. ( ) Sim.    2. ( ) Não.    3. ( ) Às vezes.

**16.** Com qual serviço?

1. ( ) Corpo de Bombeiros    2. ( ) Polícia Militar    3. ( ) Polícia Rodoviária    4. ( ) Polícia Civil    5. ( ) Agentes de Trânsito

**17.** Como vocês desenvolvem este trabalho conjunto?

---

---

**18.** O SAMU-192 promove atualização dos seus profissionais?

1. ( ) Frequentemente    2. ( ) Raramente    3. ( ) Não    4. ( ) Não sei

**19.** Em caso afirmativo, que atividades são realizadas para esse propósito?

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. ( ) Educação continuada     | 2. ( ) Educação em serviço   |
| 3. ( ) Cursos de curta duração | 4. ( ) Cursos de 40h ou mais |
| 5. ( ) Palestras               | 6. ( ) Oficinas educativas   |
| 7. ( ) Ação comunitária        | 8. ( ) Outro _____           |

**20.** Como profissional do SAMU-192 que **propostas** você daria para melhorar os serviços prestados? (Pode marcar mais de uma opção).

1. ( ) Aumentar o número de profissionais
2. ( ) Aumentar o número de ambulâncias
3. ( ) Equipar melhor as ambulâncias
4. ( ) Capacitar os profissionais
5. ( ) Não há o que melhorar
6. ( ) Melhorar a regulação médica
7. ( ) Promover atualização através de cursos
8. ( ) Educar a população acerca da função do SAMU
9. ( ) Outras \_\_\_\_\_

**21.** No seu dia-a-dia de trabalho quanto tempo leva, em média, desde a recepção do chamado até a transferência para o hospital de referência em cada ocorrência? \_\_\_\_\_ minutos.

**22.** Em sua opinião, o que é o tempo médio resposta total?

1. ( ) É o tempo transcorrido entre a hora da recepção do chamado até a chegada da equipe do SAMU no local da ocorrência.
2. ( ) É o tempo transcorrido entre a hora da chegada da equipe do SAMU no local da ocorrência até a saída da equipe deste local.
3. ( ) É o tempo transcorrido entre a hora da recepção do chamado até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.
4. ( ) Não sei informar.

**23.** Você acha que existe algum problema quanto ao sistema de referência e contra-referência?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não    3. ( ) Às vezes    4. ( ) Não sei informar

**24.** Se sim, que tipos de problemas você indica? (Pode ser marcada mais de uma opção).

1. ( ) Não há vagas nos hospitais para receber os pacientes atendidos pelo SAMU.
2. ( ) Não há equipamentos nos hospitais para o adequado atendimento aos pacientes atendidos pelo SAMU.
3. ( ) Não há profissionais especialistas nos hospitais para o adequado atendimento aos pacientes atendidos pelo SAMU.
4. ( ) Má vontade dos profissionais em receber os pacientes nos hospitais de destino.
5. ( ) Não há integração com os hospitais.
6. ( ) Outros \_\_\_\_\_

**25.** Você conhece a Política Nacional de Atenção às Urgências?

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

**26.** Em caso afirmativo, você acha que o SAMU-192 funciona de acordo com o que a Política de Atenção às Urgências preconiza?

1. ( ) Sim.            2. ( ) Não.

**27.** Justifique sua resposta:

---

---

**28.** Existem no SAMU rotinas e protocolos para o atendimento às vítimas de acidentes de trânsito?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não    3. ( ) Não sei informar

**29.** Se sim, estes protocolos e rotinas são cumpridos?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não    3. ( ) Às vezes    4. ( ) Não sei informar

**30.** Para você, o que significa trabalhar no SAMU-192?

---

---

**31.** Como você percebe o atendimento prestado pelo SAMU-192 às vítimas de trânsito?

---

---

**32.** Em sua opinião, quais as dificuldades encontradas durante os atendimentos?

---

---

**33.** Caso você fosse gestor do SAMU, quais seriam as prioridades para este serviço atender melhor à população de Fortaleza?

---

---



**APÊNDICE B - Carta de Informação ao Participante do Estudo**

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

Eu, Juliana Guimarães e Silva, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Diagnóstico Situacional do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Fortaleza (Ce)*. O estudo tem como objetivo:

- Identificar o funcionamento do atendimento pré-hospitalar móvel sob a ótica dos profissionais do serviço em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Respeitando os preceitos éticos na pesquisa e baseada na resolução 196/96 CNS-MS, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa. Informo que antes e durante a pesquisa, o Sr.(a) será esclarecido de que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da pesquisa, poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema, bem como o Sr. (a) não terá prejuízo na sua atividade profissional e financeiro. O pesquisador garante que prestará esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante esclarecer que “a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará ou [coetica@unifor.br](mailto:coetica@unifor.br)”. Sendo necessário, contatar com a pesquisadora responsável.

Juliana Guimarães e Silva

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.

---

Participante

---

Pesquisadora

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_ portador (a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Assim estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

- A garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
- A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga nenhum tipo de penalização.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo e o caráter confidencial da informação prestada.
- A garantia da não existência a danos e riscos a minha pessoa.
- A garantia de que não terei gastos financeiros durante a pesquisa. Portanto, declaro o meu consentimento de usar as respostas por mim proferidas para esta pesquisa, podendo torná-las pública. Concordo em participar desta pesquisa, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Reafirmo que fica claro que o participante e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Participante ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE D - Termo de Fiel Depositário



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o Sr. \_\_\_\_\_, coordenador médico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, *Diagnóstico Situacional do Atendimento Móvel Pré-Hospitalar em Fortaleza (Ce)* que tem por objetivo identificar os fatores intervenientes para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em Fortaleza, Ceará, Brasil, vem, na melhor forma de direito, autorizar o acesso às fichas de atendimento, sendo permitida a coleta de dados que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que o Sr. \_\_\_\_\_ pode a qualquer momento retirar sua autorização, e também fica ciente de que todas as informações prestadas se tornarão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Fiel Depositário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Na necessidade de esclarecer qualquer dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone: 3477 -3280 – Juliana Guimarães e Silva.

**APÊNDICE E – Ofício Encaminhado ao Gestor do SAMU**

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

Ao Coordenador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Dr. Messias Simões dos Santos Neto

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) é uma instituição de extrema importância para o Sistema de Saúde e para a sociedade, no contexto dos acidentes e violências. Este se destina ao atendimento precoce da vítima no local da ocorrência, com o objetivo de manter a vida, prevenir e reduzir seqüelas. Para tanto Eu, Juliana Guimarães e Silva, aluna do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realizar a pesquisa intitulada **Diagnóstico Situacional do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Fortaleza (Ce)**, nessa instituição. O presente estudo tem como objetivo identificar os fatores intervenientes para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em Fortaleza, Ceará, Brasil. A pesquisa se apropriará da abordagem quantitativa. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado junto aos profissionais que prestam atendimento às vítimas nas Unidades Móveis. Assegura-se que não serão oferecidos riscos e nem prejuízos à instituição e nem aos participantes da pesquisa, sendo garantido o anonimato. Os princípios éticos serão norteados pelas diretrizes e normas regulamentadoras instituídas pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, aprovadas na Resolução nº 196/96. O projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – COÉTICA, e, somente após sua aprovação, se iniciará a coleta de dados. Esse estudo visa contribuir com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) no desenvolvimento de suas atividades cotidianas, uma vez que este se propõe a tomar como parâmetro categorias das normas regulamentadoras preconizadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Os dados serão devolvidos para a Instituição SAMU por meio de apresentação, após a defesa pública de dissertação prevista para novembro de 2008. Nessa defesa serão convidados dirigentes da Instituição e órgãos afins.

Diante do exposto e sendo necessário, para sanar quaisquer dúvidas, coloco-me ao inteiro dispor, como pesquisadora responsável:

Juliana Guimarães e Silva

Endereço: Av. Washington Soares, 1321- Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.

---

Pesquisadora

## **ANEXOS**



FUNDAÇÃO UNIFOR  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
CAMPUS LAUREANO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

**PARECER Nº. 306/2007**

Projeto de Pesquisa: Atendimento pré-hospitalar em ambulância no âmbito do município de Fortaleza em situações de urgências.

Pesquisador Responsável: Juliana Guimarães e Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 08/11/07

Registro no COÉTICA: 07-042

CAAE: 0006.0.005.037-07

Parecer: APROVAÇÃO na data de 26/11/07

*(Assinatura)*

*Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior*  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR - COÉTICA

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)