

**EVELINE DO AMOR DIVINO**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA CIDADE DO RIO GRANDE:  
SOCORRO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA**

**RIO GRANDE**

**2006**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA CIDADE DO RIO GRANDE:  
SOCORRO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA**

**EVELINE DO AMOR DIVINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem/Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**Orientadora: Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira**

**Rio Grande**

**2006**

**EVELINE DO AMOR DIVINO**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA CIDADE DO RIO GRANDE:  
SOCORRO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

e aprovada na sua versão final em 31 de agosto de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho  
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

---

Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Presidente – Fundação Universidade Federal do Rio Grande

---

Dra. Shirlene Pavelqueires  
Membro Efetivo – Faculdade de Medicina de Marília

---

Dra. Marta Regina Cezar Vaz  
Membro Efetivo - Fundação Universidade Federal do Rio Grande

---

Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Suplente - Fundação Universidade Federal do Rio Grande

*Dedico este trabalho a minha FAMÍLIA pelo amor, carinho, incentivo e compreensão durante esta caminhada. Em especial, ao meu avô Velocindo (in memoriam), que de onde está, acredito estar torcendo por mim e guiando os meus passos como sempre fez em vida.*

*Aos meus AMIGOS, pois sem o apoio destes a jornada seria mais árdua.*

## AGRADECIMENTOS

*É um momento muito importante, no qual concluo mais uma etapa de minha jornada profissional. Este trabalho veio acrescer meu conhecimento, mas, sobretudo, proporcionou-me experiências muito gratificantes que contribuíram indubitavelmente para meu crescimento pessoal. Conheci muitas pessoas, fiz muitas amizades, vivenciei a realidade de trabalho de muitos profissionais, tentando retirar de cada dia uma nova experiência de vida. É difícil expressar com palavras a satisfação em realizar este trabalho, em especial na fase de coleta de dados, onde muitas portas foram abertas para que eu entrasse, me sentindo acolhida em cada uma das três instituições/serviços estudadas. Por isso tenho muitos “obrigados” para dizer. Gostaria de citar o nome de cada pessoa com quem convivi, mas não seria possível. Então, deixo registrada minha imensa gratidão aos profissionais das equipes das três instituições/serviços, em especial aos sujeitos da pesquisa, onde realizei as entrevistas e as observações, por me acolherem e pela receptividade e disponibilidade destes, todos os dias em que realizei o levantamento dos dados para o estudo.*

*Agradeço a Deus pela vida. À minha família pelo amor incondicional, o incentivo, o apoio e a formação recebida.*

*Ao meu companheiro, marido, amigo Gustavo, que me compreendeu, auxiliou, batalhou junto para mais esta conquista. Essa vitória é nossa!*

*À minha orientadora Profa. Dra. Hedi, que foi mais que orientadora, foi amiga, meu reconhecimento e admiração, pelo seu brilhante trabalho. Pela paciência, perseverança, confiança, dedicação e persistência quando tudo parecia perdido.*

*Agradeço, também, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão da bolsa de estudos. E, aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde pela disponibilidade sempre que solicitados e pela amizade conquistada.*

*Aos professores do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da FURG, pelo convívio e troca de saberes.*

*Agradeço à Secretária de Saúde, Enf<sup>ª</sup> Maria Antonieta Lavoratti, à Coordenadora do Serviço de Enfermagem, Enf<sup>ª</sup> Lorena Giacobbo Rimoli e ao Responsável pelas ambulâncias da Secretaria Municipal da Saúde, Ronaldo Victória que autorizaram o desenvolvimento do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde - SMS.*

*Meus agradecimentos, ao Comandante do Grupamento Rodoviário - GRv do Rio Grande, no período em que realizei a pesquisa, Capitão Devaldir das Neves Moura e ao 1º Sgt-Cmt do PelRv – RG, Sgt. Gilson Urrutia Caldas que autorizaram e colaboraram para a realização do trabalho no 2º Batalhão Rodoviário da Brigada Militar -BRBM do município.*

*Ao Coordenador da Área de resgate da ECOSUL, Djair Chaves por autorizar o trabalho na instituição.*

*À Secretaria Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito e ao 6º Batalhão de Polícia Militar - BPM que forneceram os dados estatísticos referentes aos acidentes de trânsito na Cidade do Rio Grande.*

*Meu muito obrigado aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição com suas experiências para o enriquecimento deste trabalho.*

*As bibliotecárias da área acadêmica do Hospital Universitário - HU, pelo auxílio e amizade.*

*Aos meus colegas de mestrado, dos quais lembro com imenso carinho e saudade, pelos estreitos laços de amizade estabelecidos. Em especial a Sheila e Alísia, pelo intenso convívio, onde encontrei uma grande amizade, que certamente permanecerá bem guardada dentro do meu coração.*

*À minha querida amiga Fátima, que me adotou como filha do coração, pela sua ajuda e incentivo. Fatinha... obrigada pelas madrugadas de apoio e desabafos, pela companhia nos feriados e finais de semana ensolarados ou chuvosos em frente ao computador. Você me auxiliou a levantar nas diversas quedas da caminhada. Tenho uma dívida eterna contigo!*

*À Olga e Lorena, duas luzes no meu caminho.*

*Agradeço imensamente aos meus inesquecíveis amigos, sempre próximos, de uma maneira ou de outra, que não será possível citar o nome, pois poderia estar esquecendo de algum, pelo incentivo, pelo ombro amigo e por não permitirem, em momento algum, que eu abandonasse essa caminhada em busca do conhecimento.*

*Aos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste estudo e a todos que, neste dia da sustentação, estiveram presentes, torceram e se alegraram por mais esta conquista.*

*“Quem decide pode errar  
Quem não decide, já errou”.*

*Herbert V. Karajan*



## RESUMO

DIVINO, Eveline Do Amor. Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na Cidade do Rio Grande: Socorro às Vítimas de Trauma. 2006. 212f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A questão norteadora deste estudo emergiu da prática assistencial em Pronto-Socorro. Ao abordar o tema Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel) no socorro às vítimas de trauma buscou-se responder a **questão pesquisa**: Como atuam os profissionais componentes da equipe de APH móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande? Para responder esta indagação **objetivou-se** conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de APH móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande. Justifica-se este objetivo a partir dos seguintes **pressupostos**: pouca relevância de algumas instituições/serviços que prestam o APH quanto ao cumprimento das exigências presentes na legislação que o regulamenta, atentando, inclusive, à qualificação e recertificação desses profissionais de maneira contínua e permanente; escassez de materiais e equipamentos disponíveis nos veículos de resgate e transporte dificultando o atendimento eficaz; desinformação ou despreparo da população que, muitas vezes, aciona, desnecessariamente, vários serviços ao mesmo tempo. Assim, a **coleta de dados** foi realizada através de entrevista semi-estruturada com os profissionais que atuam no APH móvel de três instituições/serviços, sendo complementada pela observação sistemática de uma equipe em cada local. A partir dos dados coletados foram realizadas **análise e interpretação** qualitativas, das quais resultaram os seguintes achados: duas, das três instituições/serviços pesquisadas apresentam escassez de materiais e equipamentos em quantidade, diversidade e especificidade para prestar o APH móvel. Em relação à capacitação prévia e educação permanente, das três instituições/serviços pesquisados, somente uma disponibiliza um programa de qualificação profissional e incentiva os trabalhadores a participarem do programa. Os dados demonstraram que a insegurança, a insatisfação e o estresse são fatores diretamente relacionados à não disponibilização de um programa de educação permanente para que possam atualizar seus conhecimentos, associando-se, ainda, aos componentes do ambiente que cercam este profissional, como: o tipo de trabalho, o cenário diversificado, a escassez de recursos humanos e materiais para o atendimento gerando uma sobrecarga de trabalho. Com base nos achados, é possível concluir que o APH móvel da Cidade do Rio Grande, ainda que empregando esforços, apresenta-se deficitário em diversos aspectos. Enfatiza-se, especialmente, a insuficiência de recursos humanos e materiais, o pouco e insuficiente preparo das equipes profissionais e de apoio, a falta do apoio psicológico aos trabalhadores do APH móvel. Soma-se a todos esses aspectos a desinformação da população no que concerne o APH móvel e a falta de articulação entre as instituições/serviços que prestam o atendimento nesta área. Portanto, é urgente a necessidade de rever os serviços de socorro às vítimas do trauma do município e adequá-los a legislação que regulamenta o APH móvel – Portaria nº 2.048, para que o atendimento seja reformulado otimizando o socorro, instituindo, principalmente a Central Reguladora do APH móvel, bem como a criação dos Núcleos de Educação em Urgência (NEU).

Descritores: Equipe de Busca e Resgate. Equipe de Assistência ao Paciente. Enfermagem em Emergência. Capacitação em Serviço. Condições de Trabalho.

## ABSTRACT

DIVINO, Eveline Do Amor. Pre-Hospitalar Rescue Assistance in the city of Rio Grande: patient care for trauma victims. 2006. 212f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing Post-Graduation Program, Federal University of Rio Grande Fundation, Rio Grande.

The main question of this research emerges from the assistance and practicing in first-aid, when it refers to Pre-Hospitalar Rescue Assistance (APH) on trauma victims. This study tries to answer the following **question**: How does the APH staff act on rescuing trauma victims in the city of Rio Grande? To answer we have investigated, how health professionals act on assisting accident victims. We justified our objective by the following **suppositions**: a short relevance at some institutions/services when it comes to the present law (legislation) mainly, attempting the qualification and certification of health professionals on permanent and continuing basis; Lack of materials and equipment available in the rescue transport (vehicle) difficulting the efficient assistance; The population unknowledge and misunderstanding when they sometimes call many services assistance unnecessarily at the some time. So, the **information** was formed by semi-structured interviews with professionals who work in the APH rescue based on three different institutions after being complemented by a systematic observation. Through these found information, **analyses** and qualitative **interpretation** were realized, resulting the following: two of three researched institutions/services presented lack of materials and equipment about diversity, quantity and specification to work for APH rescue. Relating to the previous capacitation and permanent education, only one of the three institutions has a professional qualification program and incentivate its works. The results demonstrate that unsafety, insatisfaction and stress are factors related to the non-availability of a permanent educational program in order to update their knowledge associating to the professional environment components such as: type of work, diversified environment lack of human resources and materials resulting over and extra hours of work. Based on these three issues, it is possible to conclude that the APH rescue in the city of Rio Grande is insufficient on many aspects. And it specially emphasizes the insufficiency of human resources, materials and the lack of psychological support for the APH rescue employees. Adding to these aspects is the population disinformation concerning the rescue and the absence of understanding between institutions/services operating on this area. Therefore there is an urgent need to review the services and assistance for trauma victims and suit them to the legislation that regulates the APH rescue Law n.2048 in order to reformulate the assistance optimizing the rescue and mainly instituting and regulating APH rescue central as well as creating the Departments of Urgent Education (NEU).

Descriptors: Rescue Personnel. Patient Care Team. Emergency Nursing. Inservice Training. Working Conditions.

## RESUMEN

DIVINO, Eveline Do Amor. Atención Prehospitalario Móvil en la Ciudad de Rio Grande: Socorro a las Víctimas de Trauma. 2006. 212f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

La cuestión que nortea este estudio emergió de la práctica asistencial en Pronta-Atención. Al abordar el tema Atención Prehospitalario móvil (APH móvil) en el socorro a las víctimas de trauma se buscó responder la **cuestión investigación**: ¿Como actúan los profesionales componentes del equipo de APH móvil, del área de la salud, en el socorro a las víctimas de trauma en la ciudad de Rio Grande? Para responder a esta indagación **se buscó** conocer la actuación de los profesionales componentes del equipo de APH móvil, del área de salud, en el socorro a las víctimas de trauma en la ciudad de Rio Grande. Se justifica este objetivo a partir de los siguientes **presupuestos**: poca relevancia de algunas instituciones/servicios que prestan el APH cuanto al cumplimiento de las exigencias presentes en la legislación que lo reglamenta, atentando, inclusive, a la calificación y re-certificación de esos profesionales de manera continuada y permanente; escasez de materiales y equipamientos disponibles en los vehículos de rescate y transporte dificultando la atención eficaz; desinformación o no preparo de la población que, muchas veces, acciona, sin necesidad, varios servicios al mismo tiempo. Así, la **colecta de datos** fue realizada a través de entrevista semiestructurada con los profesionales que actúan en el APH móvil de tres instituciones/servicios, siendo complementada por la observación sistemática de un equipo en cada local. A partir de los datos colectados fueron realizadas **análisis e interpretaciones** cualitativas, de las cuales resultaron los siguientes hallazgos: dos, de las tres instituciones/servicios investigados presentan escasez de materiales y equipamientos en cantidad, diversidad y especificidad para prestar el APH móvil. En relación a la capacitación previa y educación permanente, de las tres instituciones/servicios investigados, solamente una dispone de un programa de calificación profesional e incentiva los trabajadores a participar del programa. Los datos demuestran que la inseguridad, la insatisfacción y el estrés son factores directamente relacionados a la falta de disponibilidad de un programa de educación permanente para que puedan actualizar sus conocimientos, asociándose, todavía, a los componentes del ambiente que cercan este profesional, tales como: el tipo de trabajo, el escenario diversificado, la escasez de recursos humanos y materiales para la atención generando una sobrecarga de trabajo. Con base a los hallazgos, es posible concluir que el APH móvil de la Ciudad de Rio Grande, aunque empleando esfuerzos, se presenta deficitario en diversos aspectos. Hay que enfatizar, especialmente, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, el poco e insuficiente preparo de los equipos de profesionales y de apoyo, la falta de apoyo psicológico a los trabajadores del APH móvil. Se suma a todos estos aspectos la desinformación de la población en lo que concierne al APH móvil y a la falta de articulación entre las instituciones/servicios que prestan la atención en el área. Por tanto, es urgente la necesidad de rever los servicios de socorro a las víctimas de trauma del municipio y adecuarlos a la legislación que reglamenta el APH móvil – Portaria nº 2.048, para que la atención sea reformulada optimizando el socorro, instituyendo, principalmente la Central Reguladora del APH móvil, bien como la creación de los Núcleos de Educación en Urgencia (NEU).

Descriptores: Personal de Rescate. Grupo de Atención al Paciente. Enfermería de Urgencia. Capacitación en Servicio. Condiciones de Trabajo.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Acidentalidade nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1991 e 1992, 2003 e 2004.....	50
Gráfico 2 - Mortalidade em Acidentes de Trânsito nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1991 e 1992, 2003 e 2004.....	50
Gráfico 3 - Feridos em Acidentes de Trânsito nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1991 e 1992, 2003 e 2004.....	51
Gráfico 4 – Acidentalidade por Tipos na Cidade do Rio Grande – RS.....	53
Gráfico 5 – Acidentes de Veículos com Danos Materiais na Cidade do Rio Grande – RS .....	54
Gráfico 6 - Acidentes de Veículos com Lesões Corporais na Cidade do Rio Grande – RS .....	55
Gráfico 7 - Acidentes de Veículos com Morte na Cidade do Rio Grande – RS .....	56
Gráfico 8 – Acidentes de Trânsito com Danos Materiais, Sem Vítimas, Atendidos pelos Agentes de Fiscalização de Trânsito e Transporte no 1º Semestre dos Anos de 2003 e 2004.....	57

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cidades Atendidas pelo SAMU no Estado do Rio Grande do Sul.....	35
Quadro 2 – Acidentes de Trânsito no Rio Grande do Sul no ano de 2003.....	52
Quadro 3 – Curva de Mortalidade .....	59
Quadro 4 – O Processo de Trabalho.....	66
Quadro 5 – Quadro de Funcionários da Área da Saúde no Resgate.....	92
Quadro 6 – Quadro de Funcionários no 2º BRBM/RG .....	96
Quadro 7 – Quadro de Funcionários da Área da Saúde .....	98
Quadro 8 – Sujeitos da Pesquisa.....	100
Quadro 9 – Horário e Carga Horária das Observações Realizadas em Cada Instituição/Serviço .....	105
Quadro 10 – Classificação das Ambulâncias de Acordo com o Tipo de Atendimento Prestado .....	124
Quadro 11 – Tripulação das Ambulâncias .....	126
Quadro 12 – Comparativo dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias.....	127
Quadro 13 – Produtos e Procedimentos Utilizados para Limpeza, Desinfecção e Esterilização dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias do APH Móvel nas Três Instituições/Serviços Pesquisadas.....	142

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Danos Cerebrais Ocorridos Devido a Falta de Oxigenação.....	58
Figura 2 – Organograma do Setor Saúde da Prefeitura Municipal da Cidade do Rio Grande .....	90
Figura 3 – Posição do BPRv no Sistema Estadual de Trânsito .....	94
Figura 4 – Organograma do Comando Rodoviário da Brigada Militar.....	95

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorizações de Internação Hospitalar  
ANTT – Agência Nacional de Transportes Terrestres  
APH – Atendimento Pré-Hospitalar  
ATLS – Advanced Trauma Life Support  
BPM – Batalhão de Polícia Militar  
BPRv – Batalhão de Polícia Rodoviária  
BRBM – Batalhão Rodoviário da Brigada Militar  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CB – Corpo de Bombeiros  
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
CCO - Centro de Controle Operacional  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CGOA – Coordenadoria Geral de Operações Aéreas  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
COFEn – Conselho Federal de Enfermagem  
COREn – Conselho Regional de Enfermagem  
CRBM - Comando Rodoviário da Brigada Militar  
DAC – Departamento de Aviação Civil  
DAE – Departamento de Atenção Especializada  
DAER – Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem  
DAS – Departamento de Ações em Saúde  
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
DENATRAN – Departamento Nacional de Trânsito  
DETRAN – Departamento Estadual de Trânsito  
DNER – Departamento Nacional de Estradas de Rodagem  
ECOSUL – Empresa Concessionária de Rodovias do Sul S/A  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
E.U.A – Estados Unidos da América  
FAB – Ferimento por Arma Branca  
FAF – Ferimento por Arma de Fogo  
GRv – Grupamento Rodoviário  
MAST – Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma

MS – Ministério da Saúde  
NEU – Núcleos de Educação em Urgência  
NIS – Núcleo de Informações em Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
PAB – Programa de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAM – Posto de Assistência Médica  
PelRv – Pelotão Rodoviário  
PEPS- Pólos de Educação Permanente em Saúde  
PHTLS – PreHospital Trauma Life Support  
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PS – Pronto-Socorro  
PSF – Programa de Saúde da Família  
POE – Pelotão de Operações Especiais  
PVPI – Polivinilpirrolidona-iodo  
RCP – Ressuscitação/reanimação Cárdio-Pulmonar  
REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem  
SAMHOP – Serviço Médico Hospitalar  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAS – Serviço de Atenção à Saúde  
SAT – Seguro de Acidente ao Trabalho  
SEM – Serviço de Emergência Médica  
SEMREPH – Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SMR – Serviço Médico e Resgate  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SMSTT – Secretaria Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SvAPH – Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar  
TECON – Terminal de Containers  
TEM (EMT) – Técnicos em Emergência Médica  
TEM-B – Técnicos em Emergência Médica – Básico.



TEM-I - Técnicos em Emergência Médica – Intermediário

TEM-A - Técnicos em Emergência Médica - Avançado

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **LISTA DE APÊNDICES**

- APÊNDICE 01 – Ofício à Secretária Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande.
- APÊNDICE 02 – Ofício à Coordenadora do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande.
- APÊNDICE 03 – Ofício ao Responsável pelo Setor de Viaturas da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande.
- APÊNDICE 04 – Ofício ao 1º Sargento Comandante do Pelotão Rodoviário Estadual da Cidade do Rio Grande.
- APÊNDICE 05 – Ofício ao Coordenador da Área de Resgate da Empresa Concessionária da Região Sul – ECOSUL.
- APÊNDICE 06 – Ofício ao Secretário Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito da Cidade do Rio Grande.
- APÊNDICE 07 – Ofício ao Tenente-Coronel Comandante do 6º Batalhão de Polícia Militar.
- APÊNDICE 08 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- APÊNDICE 09 - Roteiro da Entrevista para os Componentes da Equipe de APH móvel.
- APÊNDICE 10 - Diário de Campo.

## LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 01 – Grupo da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.
- ANEXO 02 - Mortalidade Proporcional – Principais grupos de causa por faixa etária do Rio Grande do Sul, 2003.
- ANEXO 03 – Total de Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.
- ANEXO 04 – Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo Masculino e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.
- ANEXO 05 – Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo Feminino e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.
- ANEXO 06 - Resumo da Acidentalidade no Período de 1991 a 2004 nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul.
- ANEXO 07 – Demonstrativo dos tipos de veículos envolvidos em acidentes de trânsito com danos materiais, sem vítimas, atendidos pelos agentes de fiscalização de trânsito e transporte no período de janeiro a junho do ano de 2004, na Cidade do Rio Grande.
- ANEXO 08 – Comparativo de ocorrências de acidentes de trânsito com danos materiais, sem vítimas, e o tipo de clima, no ano de 2004, na Cidade do Rio Grande.
- ANEXO 09 – Trecho do Projeto para implantação e implementação do Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar (SEMREPH) da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande, elaborado em 2004.
- ANEXO 10 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG.
- ANEXO 11 - Registro de Ocorrência Utilizado na Instituição/serviço Esmeralda (Frente).
- ANEXO 12 - Registro de Ocorrência Utilizado na Instituição/serviço Esmeralda (Verso).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Aspectos Históricos do Atendimento Pré-Hospitalar.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 A Legislação Brasileira e o Transporte de Urgência e Emergência no     Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....</b>	<b>30</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1.1 Equipe de Intervenção do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1.2 Veículos para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1.3 Materiais, Equipamentos e Medicamentos das Ambulâncias .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Urgências e Emergências no Trauma .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3 O Processo de Trabalho no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel .....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 A Educação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....</b>	<b>73</b>
<b>3.5 O Olhar da Enfermagem no Cuidado às Vítimas do Trauma .....</b>	<b>80</b>
<b>4. CAMINHADA METODOLÓGICA .....</b>	<b>86</b>
<b>4.1 Caracterização da pesquisa .....</b>	<b>86</b>
<b>4.2 Conhecendo o local de estudo .....</b>	<b>86</b>
<b>4.3 Escolha dos sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>99</b>
<b>4.4 Coleta dos dados .....</b>	<b>100</b>
<b>4.5 Descrição dos dados coletados.....</b>	<b>102</b>
<b>4.6 Buscando Compreender os Resultados .....</b>	<b>105</b>
<b>4.6.1 A Atuação da Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel sob a         Perspectiva do Processo de Trabalho .....</b>	<b>107</b>
<b>4.6.2 A Educação da Equipe que Atua no Atendimento Pré-Hospitalar         Móvel .....</b>	<b>163</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>174</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>200</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Como enfermeira do Pronto-Socorro de um hospital filantrópico localizado na Cidade do Rio Grande/RS, no extremo Sul do país, muitos questionamentos ocorriam em relação às condições da prestação do primeiro atendimento no ambiente extra-hospitalar às pessoas vítimas de mal súbito e os mais diversos traumas<sup>1</sup> – atropelamentos, ferimentos por arma de fogo (FAF), queimaduras, acidentes<sup>2</sup> de trabalho de natureza variada, entre outros. Muitas vezes, vítimas de acidente de trânsito, queda de altura, chegavam ao Pronto-Socorro (PS) trazidas por ambulâncias, apresentando “déficit”<sup>3</sup> quanto aos cuidados mínimos a serem prestados para prevenir o agravamento ou o surgimento de novas lesões, como por exemplo, a imprescindível imobilização em prancha longa e o uso do colar cervical, especialmente nos casos supra citados, em que há risco de lesão raquimedular<sup>4</sup>. Sem referir pessoas que na angústia ou intuito de ajudar acabavam conduzindo as vítimas nos braços ou “amontoadas” em seus veículos.

O atendimento em um PS está voltado às urgências<sup>5</sup> e emergências<sup>6</sup> sejam estas de natureza clínica, traumato-cirúrgica e/ou psiquiátrica. Percebe-se, que estas situações são cada vez mais frequentes em nosso cotidiano, podendo ser atribuídas ao aumento incontrolável da violência, principalmente nos centros urbanos. Além disso, pode ser considerada como causa desencadeadora de um maior número de vítimas de trauma, o aumento da criminalidade advinda da associação de múltiplos fatores, entre eles, a globalização, o capitalismo, que propiciaram, dentre outras, a má condição sócio-econômica da população, o crescimento demográfico e a urbanização desordenada que tem ocorrido em grandes proporções nas últimas décadas. Estes fatos têm corroborado as estatísticas de morbimortalidade por causas

---

<sup>1</sup> Trauma é definido como sendo um ferimento ou lesão causada por forças externas ou violência (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 976)

<sup>2</sup> Segundo Duncan (1995, p. 21), acidente é um evento súbito, imprevisto, que produz lesão não intencional, morte ou dano à propriedade.

<sup>3</sup> Déficit é definido por Houaiss; Villas; Mello (2001, p. 926) como deficiência que se pode medir quantitativa ou qualitativamente. Abandonar, fazer falta, extinguir-se, falecer.

<sup>4</sup> Traumatismo produzido por força externa mecânica ou física sobre a coluna espinhal ou medular ou ainda sobre ambas as estruturas. Essas forças podem causar contusão, laceração, fratura ou rompimento de tecidos e órgãos, dependendo da maneira como atuam, isoladamente ou em combinação. O trauma é determinado mais frequentemente por acidentes de trânsito (moto, carro ou atropelamento), acidente de mergulho em águas rasas, quedas de altura, ferimento por arma de fogo (FAF). O impacto sobre um dos segmentos da coluna vertebral pode provocar danos estruturais, funcionais ou orgânicos (FAUSTINO et al., 2003).

<sup>5</sup> No dicionário Houaiss (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 2811) encontra-se a definição de urgência como sendo qualidade ou condição urgente. Necessidade que requer solução imediata, pressa. Situação crítica ou muito grave que tem prioridades sobre outras.

<sup>6</sup> Estado patológico que se desenvolve subitamente e requer terapia médica imediata ou intervenção cirúrgica. Uma súbita ocorrência que põe em risco a vida ou a saúde, tal como uma epidemia ou um desastre, que exige a atenção imediata às vítimas seriamente doentes ou feridas (DUNCAN, 1995, p. 355-356).

externas - suicídios, homicídios, acidentes de trânsito, que por sua vez, envolvem todo um universo social, econômico, político e cultural. Neste contexto, o trauma tem tido destaque entre as principais causas de morbimortalidade da população. Sendo assim, o nível de resposta a esses quadros agudos tem sido insuficiente, provocando e perpetuando fluxos espontâneos de pacientes em situação de urgência real ou presumida, em direção aos PS, superlotando o serviço e resultando na dificuldade de oferecer um atendimento de forma qualificada e humanizada (BRASIL, s.d.b).

Segundo Pavelqueires et al (2002), trauma pode ser definido como uma lesão caracterizada por uma alteração estrutural ou fisiológica resultante da exposição a uma energia de natureza mecânica, térmica, elétrica. Isto está evidenciado nos dados do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001, onde as causas externas representam 15% das causas de morte no país, sendo superado somente pelas doenças do aparelho circulatório que são responsáveis por 32% dos óbitos. Segundo este mesmo informativo, “os óbitos por causas externas, em que se destacam os homicídios e os acidentes de transportes, têm registrado crescimento importante, com uma sobremortalidade masculina mais acentuada entre os jovens”. No ano de 1999 ocorreram 116.894 mil mortes por essas causas no país, ou seja, 71 óbitos por 100 mil habitantes, sendo os acidentes de transporte predominantes na região Sul e os homicídios nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (BRASIL, 2002a).

Entretanto, para atender a mudança no perfil epidemiológico, no que se refere a morbimortalidade por causas externas, tem-se buscado implantar políticas públicas com vistas à redução dos índices de homicídios e acidentes de trânsito, que infelizmente não se mostraram tão resolutivas, tornando-se necessário estabelecer políticas de saúde visualizando, também, o melhor atendimento às vítimas. Ou seja, adequar os serviços de saúde, principalmente com vistas ao atendimento hospitalar de emergência e o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo e móvel, pois, segundo Malvestio; Sousa (2002, p. 589),

ainda que na fase pré-hospitalar não se reverta um quadro extremamente grave, a rapidez de chegada à cena e ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previnem agravamento do quadro e o surgimento de novas lesões, melhoram condições para alguns casos e até atrasam resultados fatais, dando à vítima a chance de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiar dele.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) no intuito de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de atendimento precoce edita, em 05 de novembro de 2002, a Portaria n.º 2.048/GM, tendo como anexo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de acordo com as

diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. E em 29 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde regulamentou a Implantação da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, através do Serviço de Assistência Pré-hospitalar Móvel de Urgência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/192 (SAMU/192). Entre suas ações está o resgate e transporte de feridos, dispondo de pessoal qualificado, material, equipamento e viaturas equipadas para o primeiro atendimento de vítimas em situações de urgência e emergência. O SAMU 192 é um dos principais componentes da Política e quer organizar os fluxos de entrada e saída dos pacientes no SUS, pelo eixo das urgências (BRASIL, 2004d).

No entanto, apesar do pouco tempo de experiência – um ano - enquanto enfermeira na Unidade Pronto-Socorro, prestando diariamente os primeiros cuidados, em ambiente hospitalar, às vítimas em situações de urgência clínica ou traumática, entre outras intercorrências, pôde-se perceber a importância do APH organizado e hierarquizado, tendendo os princípios do SUS, principalmente de integralidade, equidade e universalidade de acesso como fundamentos das ações. É prioritária, ainda, a capacitação dos profissionais para atuarem neste primeiro atendimento, permitindo manter as condições vitais da vítima até a chegada no hospital de referência e garantir a continuidade da assistência, evitando, assim, a ocorrência do segundo trauma, isto é, não ocasionar novas lesões ou agravar as já existentes (Dr GATE, 2003). Segundo a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP (2002),

a interferência dos atendimentos de emergência na morbi-mortalidade vem sendo comprovada nos hospitais, notando-se acentuada redução dos índices de morte e invalidez nos pacientes que receberam adequadamente os primeiros socorros.

É evidente o benefício às vítimas à medida que a assistência é prestada o mais precocemente possível e de forma eficaz<sup>7</sup> por profissionais devidamente capacitados<sup>8</sup> e qualificados<sup>9</sup>. Isto de fato, contribuiu para o surgimento da proposta de desenvolver um trabalho para conhecer a atuação dos profissionais, oriundos da área da saúde, componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), com enfoque no socorro às vítimas de trauma prestado pelos órgãos competentes no município do Rio Grande. Assim, as

---

<sup>7</sup> Houaiss; Villas; Mello (2001, p. 1102) definem eficaz como o que tem virtude ou poder de produzir, em condições normais e sem carecer de certo auxílio, determinado efeito; efetivo, seguro, válido, ativo, infalível. Bom ou ideal para causar um resultado pretendido, útil. Que realiza perfeitamente bem determinada tarefa ou função.

<sup>8</sup> Capacitado é definido como habilitado, apto, que se capacitou. Capacitar: entendimento de, compreender, inteirar-se (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 606).

<sup>9</sup> Qualificado, segundo o dicionário Houaiss, é dotado de atributos, que cumpriu as exigências ou pré-requisitos para alguma coisa, habilitado (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 2345).

ações médicas e de enfermagem desenvolvidas no APH podem ser consideradas como uma prática nova que está em expansão, um novo campo que se abre para a inserção dos profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar). Vale ressaltar que neste trabalho serão consideradas as vítimas do trauma decorrentes de acidentes de trânsito, FAF e ferimentos por arma branca (FAB). Esta restrição se dá em virtude da gama de ocorrências caracterizadas como trauma. Além disso, as causas abordadas, conforme literatura, estão entre as principais responsáveis pelo aumento da morbimortalidade da população.

O profissional que presta o primeiro atendimento à vítima em situações de acidentes ou mal-súbito no local da ocorrência pode estar bem preparado ou não, contribuindo, muitas vezes, para um agravamento do quadro clínico da vítima ou colaborando, positivamente, na prevenção de seqüelas das pessoas acometidas pelo trauma. Além dos recursos humanos qualificados, a disponibilidade de materiais e equipamentos para o atendimento deve ser um fator relevante, assim como a garantia da continuidade da assistência no ambiente hospitalar. Nesta linha de pensamento é possível perceber o processo de trabalho, utilizando os seus elementos como referência, proporcionando as condições e o ambiente favorável de trabalho para a construção da atuação do profissional no atendimento às vítimas de trauma, com o propósito de manter a vida.

Constatava diariamente, enquanto profissional da equipe de saúde do PS, que as vítimas de trauma eram as mais expostas aos riscos de seqüelas. Esta constatação encontra confirmação nos dados do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões dos Estados Unidos, mostrando que 50% dos traumatizados têm morte instantânea e que 30% morrem na primeira hora após o acidente que causou os traumas (CARDOSO, 1998). Buscando otimizar o atendimento, o Colégio Americano de Cirurgiões criou, na década de 70, um protocolo de assistência, o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), um curso com o objetivo de capacitar médicos de todas as especialidades para realizarem o primeiro atendimento às vítimas de traumatismos (múltiplos ou não, como fraturas e lesões em órgãos internos) em decorrência de acidentes (CARDOSO, 1998). No entanto, para se desenvolver um trabalho em equipe, tornou-se evidente que assim como os médicos a equipe de enfermagem deveria receber capacitação baseada nas normas do ATLS. Então, em 1994, foi desenvolvido por um grupo de enfermeiras de Ribeirão Preto o curso Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST), destinado aos enfermeiros, e o MAST – Nível Médio – em 1998, para auxiliares e técnicos de enfermagem, preenchendo a lacuna existente (WOLKER; SCHMITT; JÄCKEL, 2003). O ATLS, atualmente, é a referência em capacitação médica para atendimento aos traumatizados, existindo, ainda, um curso direcionado para o suporte de vida



pré-hospitalar ao trauma, o *PreHospital Trauma Life Support* (PHTLS). Diferente do ATLS, este curso pode ser realizado por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, bombeiros, enfim, várias classes profissionais que se interessam pelo APH.

Nesse sentido, considera-se a vítima de trauma prioritariamente pela potencialidade evolutiva da gravidade fisiopatológica provocada pelas lesões, podendo levar a deterioração de funções vitais em um curto período de tempo. Assim, o tempo é essencial no APH, principalmente o decorrido entre o trauma e o atendimento por estar relacionado ao prognóstico do paciente. Segundo Pavelqueires et al (2002, p.7), “as mortes mediatas ou precoces ocorrem em minutos a algumas horas após o acidente”. Isto muito justifica ações que promovam uma otimização do atendimento valorando a *golden hour* ou “Hora de Ouro” do traumatizado. É assim denominada por abranger o período que compreende minutos a algumas horas após o acidente e na qual o índice de mortalidade representa 30% dos óbitos por trauma. Neste caso, definido pelo quadro clínico, as vítimas são denominadas *potencialmente salváveis* (PAVELQUEIRES et al, 2002), isto é, se beneficiadas por um sistema de APH que atue de maneira rápida e eficaz.

Faz-se necessário aos profissionais que atuam no APH Fixo ou Móvel um curso de capacitação/habilitação para entrar no serviço, sendo primordial a educação permanente, pois os recursos humanos deste setor são de fundamental importância para um atendimento de qualidade e segurança, determinante para o fim que lhe é proposto.

Uma questão relevante é a contribuição que este estudo poderá trazer-me enquanto profissional – acrescentando o conhecimento e proporcionando um retorno à sociedade; e como usuária – conhecendo o APH móvel para compreender algumas limitações por parte das instituições/serviços. Entretanto, a maior beneficiária será a coletividade, que está exposta diariamente aos riscos de se envolver em uma situação de emergência sendo vítima de trauma e necessitando do APH. Nessas situações, espera-se então que haja um atendimento rápido e de qualidade para preservar a vida e prevenir seqüelas incapacitantes permanentes. Nesse sentido, acredita-se contribuir para que seja repensado o fazer cotidiano da equipe que atua no APH, pois ao questioná-los poderão surgir reflexões a respeito das suas práticas, que com a repetição diária podem acabar sendo executadas mecanicamente.

Assim, ter acesso e conhecer o APH móvel prestado no município é um grande passo para que se possam identificar os pontos positivos e os que necessitam ser reavaliados e melhorados no serviço, em busca da consonância com as propostas da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências embasada nos princípios do SUS, considerando a subjetividade das pessoas e às necessidades da coletividade para obter uma melhor qualidade de vida.

Pode-se dizer que a temática urgência, emergência e trauma, principalmente o APH e a inserção da enfermagem neste cenário, foram pouco pesquisadas nos últimos cinco anos – 1999 a 2004 – no cenário nacional, encontrando-se uma escassa bibliografia em termos de artigos científicos, dissertações e teses. Após realizar uma pesquisa na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista de Saúde Pública, Revista Texto & Contexto, Revista Acta Paulista de Enfermagem (Acta Paul Enf) incluindo base de dados virtuais como CAPES, BIREME, LILACS, SCIELO, foram encontrados, neste período, poucos autores que referem-se aos assuntos de maneira específica.

Entre os resultados encontrados estão trabalhos que abordam o diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas vítimas de acidente de trânsito (OLIVEIRA; SOUZA, 2003), uma pesquisa realizada no Estado do Paraná, publicada na Revista Latino-Americana de Enfermagem na edição de novembro/dezembro de 2003. Na Revista de Saúde Pública foram encontrados quatro artigos relacionados à urgência e emergência. Um, faz uma análise da modalidade hospitalar por acidente de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro (DESLANDER; SILVA, 2000), da edição de agosto; outro, trata especificamente do serviço de emergências psiquiátricas em um hospital geral universitário (AMOR; DEL-BEN; ZUARDI, 2000), datado de outubro. O que se refere às características das vítimas por acidente de transporte terrestre em Londrina no Paraná (ANDRADE; JORGE, 2000) de abril. Mas o que mais se aproxima da temática deste trabalho é o artigo que trata do suporte avançado à vida, enfocando o atendimento às vítimas de acidente de trânsito na cidade de São Paulo (MALVESTIO; SOUZA, 2002), publicado em outubro.

Na edição de setembro/dezembro de 2000 da Revista Acta Paulista de Enfermagem, Thomaz; Lima publicaram um artigo sobre a atuação do enfermeiro no APH na cidade de São Paulo. Consta de algumas considerações sobre o trabalho realizado dentro de dois serviços de APH. Martins; Prado (2003) abordaram a enfermagem e o serviço de APH, refletindo acerca dos descaminhos e perspectivas desta modalidade de assistência à saúde, na edição de janeiro/fevereiro de 2003 da REBEn. Ainda na mesma revista, mas na edição de novembro/dezembro de 2003, Rocha et al publicaram um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica, discutindo a importância do serviço e a necessidade de preparação da enfermagem para atender as demandas crescentes desses serviços. Percebe-se que é uma temática que vem sendo abordada nas edições mais recentes pelas revistas científicas, talvez pela relevância que o APH vem tendo devido ao aumento da demanda, principalmente pela elevada morbimortalidade por causas externas; pela possibilidade de campo de trabalho que vem representando para a

enfermagem; e/ou por ser uma nova modalidade de serviço e pouco explorada, com relação a qual se encontram poucas publicações.

No entanto, a maioria dos artigos encontrados, publicados em revista, se referem ao ambiente hospitalar, não sendo nenhum trabalho realizado no estado do Rio Grande do Sul, e muito menos neste município. Estes resultados se repetem também em relação às dissertações e teses consultadas no banco de teses da CAPES. Lançadas as seguintes palavras ou expressões – atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, acidente de trânsito, trauma, atendimento ao trauma, resgate e transporte, enfermagem no trauma, assistência de enfermagem no trauma, atendimento enfermagem trauma - sozinhas ou combinadas, do ano de 1999 ao ano de 2004, foram encontrados onze trabalhos que correspondem à temática, sendo oito dissertações e três teses.

Ferreira (1999) trabalhou os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo, destacando a implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. Marson (1999) pesquisou a influência do atendimento pré-hospitalar nos índices de mortalidade por acidente de trânsito em Londrina no Paraná. Cury (1999) focalizou a liderança do enfermeiro em unidades de internação e de atendimento ao trauma na cidade de São Paulo. Lucena Gomes (2000) avaliou a estrutura hospitalar instalada para o atendimento público de urgências e emergências médicas na cidade de João Pessoa na Paraíba. Malvestio (2000) realizou uma análise da eficácia do atendimento às vítimas de acidente de trânsito em vias expressas de São Paulo, considerando o suporte avançado à vida. Gennari (2000) analisou a gravidade do trauma por meio de diagnósticos clínicos e necropsia na cidade de São Paulo. Takeda (2000) estudou uma forma de avaliação do desempenho de sistemas de transporte emergencial de saúde na cidade de São Paulo. Scarpelini (2001) estudou a atenção às vítimas de acidente de transporte em um hospital universitário de emergência na cidade de São Paulo, enfatizando aspectos epidemiológicos de gravidade e de mortalidade. Delphim (2002) investigou os aspectos da comunicação no atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar, procurando contribuir para a melhoria dos serviços de resgate de rodovias. Andrade (2002) desenvolveu um estudo no contexto do atendimento inicial de emergência intra-hospitalar às vítimas de trauma, identificando os fatores que interferem neste atendimento com enfoque na equipe de enfermagem. Luciano Gomes (2002) trabalhou a formação continuada e prática profissional do enfermeiro na área de urgência avaliando o curso MAST.

Os trabalhos que mais se aproximaram da temática desta dissertação foram os elaborados por Ferreira, Marson, Malvestio, Takeda e Delphim visto que esses autores abordaram o atendimento à emergência no ambiente pré-hospitalar.

Contudo, não foi encontrado um trabalho de pesquisa que contemplasse a inter-relação entre APH móvel, trauma e enfermagem, com o enfoque na atuação da equipe, oriunda da área da saúde, demonstrando a relevância da construção do conhecimento neste cenário.

Portanto, com o intuito de encontrar respostas às inquietações, traça-se a questão norteadora: **Como atuam os profissionais componentes da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande?**

Em relação à questão de pesquisa **pressupõe-se**, como aspectos relevantes na condução deste trabalho, que algumas das instituições/serviços que prestam o APH móvel não cumprem as exigências previstas na legislação que o regulamenta; essas instituições/serviços não atendem as exigências quanto a **qualificação e recertificação** dos profissionais de maneira contínua e permanente. Acredita-se, ainda que haja **escassez de materiais e equipamentos** disponíveis nos veículos de resgate e transporte. Acresce-se a isso a **desinformação ou despreparo da população** que, muitas vezes, aciona, desnecessariamente, vários serviços ao mesmo tempo. São situações possíveis de se deparar, principalmente para quem, diariamente, trabalha ligado ao APH.

Com base na questão de pesquisa e nos pressupostos traça-se o seguinte **objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.**

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A prevalência das intercorrências que necessitam de uma intervenção imediata, como as urgências e emergências no trauma, principalmente por causas externas, tem gerado preocupações no setor saúde. Para tanto, a união de vários setores tem buscado elaborar políticas públicas que visam ações preventivas e o adequado tratamento dispêndido a estas situações que atingem a toda população.

No intuito de encontrar alternativas que reduzam o impacto provocado na sociedade e na economia, entendeu-se que as políticas devem estar direcionadas não somente para prevenir, mas também para o proceder adequadamente no atendimento às vítimas. Através da intersetorialidade, a saúde e a administração pública pretendem minimizar as conseqüências e diminuir a morbimortalidade por causas externas (BRASIL, 2002a).

Portanto, esta revisão de literatura é de fundamental importância para conhecer e compreender a temática do presente trabalho em relação aos Aspectos Históricos do Atendimento Pré-Hospitalar, e A Legislação Brasileira e o Transporte de Urgência e Emergência no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

### **2.1 Aspectos Históricos do Atendimento Pré-Hospitalar**

As formas de atendimento de emergência passaram por grandes modificações desde que se pensou nas pessoas acometidas por agravos que necessitavam de um atendimento imediato para evitar, inicialmente, a morte. Hoje, além desta preocupação, procura-se realizar ações com a finalidade de evitar as seqüelas que a vítima possa vir a apresentar após um trauma.

O trauma é o reflexo da história do desenvolvimento da própria humanidade. Talvez seja a doença mais antiga que o ser humano tenha sido vítima, pois entre 3000 e 1600 anos a.C., encontram-se as primeiras descrições de casos de traumatismos de crânio no Edwing Smith Papyrus<sup>10</sup> (ELLU, 2004b).

Historicamente têm-se pensado no transporte das vítimas dos mais variados modos, como está evidenciado na idealização do Barão Larrey para Napoleão, no ano de 1795 - a ambulância voadora - que consistia em “uma carruagem puxada por cavalos com pessoal médico treinado” (ELLU, 2004b) com o objetivo de chegar precocemente aos feridos de

---

<sup>10</sup> Papiro é um documento no qual eram realizados registros e anotações na antiguidade.

guerra, ainda nos campos de batalha. Este fato marcou a introdução do Modelo Europeu de APH<sup>11</sup>, onde o atendimento inicial era praticado pelos profissionais da saúde. Mas nos 100 anos subsequentes pouco foi realizado com vistas ao desenvolvimento deste tipo de assistência.

No entanto, o que contribuiu definitivamente para a reflexão a cerca da organização do APH, foram os conflitos militares, em especial a Segunda Guerra Mundial, devido ao grande número de feridos que vinham a óbito pelo retardo no recebimento das primeiras intervenções. Nesse sentido, “Coréia e Vietnã demonstraram que técnicos, não médicos, poderiam aumentar a sobrevivência das vítimas de trauma, iniciando o tratamento antes do paciente chegar ao hospital” (ELLU, 2004b). Desta forma nasceu o referencial de APH no Modelo Norte-Americano, pois, nota-se a presença do Técnico em Emergências para o atendimento, que na época eram representados pelos soldados da guerra capacitados para tal.

Apesar desta experiência, somente em meados de 1960 estas lições foram aplicadas à população em geral, quando J.D. "Deke" Farrington e outros desenvolveram o primeiro programa EMT-B (Técnicos de Emergência Médica no corpo de bombeiros) para civis. Desde o estabelecimento do primeiro programa EMT-B de Chicago, mais de um milhão de pessoas receberam treinamento, sendo que um quarto destas prosseguiu para níveis Avançados de Suporte de Vida, conforme refere Ellu, (2004b).

Paralelamente, nos anos 60, surgia na França o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, outro modelo de organização do APH. Nesse sentido, segundo Martins; Prado (2003), os Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH) surgem no Brasil sistematizados sob influência do modelo francês, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e do modelo norte-americano, o Serviço de Emergência Médica (SEM). Duas escolas tradicionais de APH surgidas em meados do século passado. O modelo francês

é composto por médicos anestesiológicos, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras, emergencistas, etc, técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância (HECKMAN; CHAIRMAN apud MARTINS; PRADO, 2003, p. 71).

Este modelo presta assistência direta às emergências e é responsável pela ordenação e coordenação de todo sistema através da Central de Regulação Médica.

O modelo norte-americano é uma agregação do *first responder* com o SEM, referido anteriormente, que

---

<sup>11</sup> Durante a Guerra Civil Americana, Tripler e Letterman do Exército Potomac reintroduziram este conceito, segundo o que consta em Ellu Consultoria e Assessoria em Saúde (2004b).

congrega os Técnicos em Emergências Médicas (TEM-Básico habilitado para o Suporte Básico de Vida, TEM-Intermediário e TEM-Avançado ou Paramédico), departamento de emergência, médico supervisor, pessoal da saúde, administração hospitalar, administração do SEM e supervisão de agências governamentais (HECKMAN; CHAIRMAN apud MARTINS; PRADO, 2003, p. 71).

Hoje, o Serviço de Emergência continua sendo um dos componentes de desenvolvimento mais rápido de tratamento médico nos Estados Unidos da América (E.U. A) e na França. A capacitação especializada de emergência representa uma nova geração de conhecimento de Serviços de Emergência Médica. Todo material de apoio produzido nos Estados Unidos, normalmente, incorpora material do *National Standard Curriculum* para EMT-B conforme desenvolvido pelo Departamento de Transportes dos E.U.A, bem como material essencial de outros cursos, incluindo Suporte de Vida no Trauma Pré-Hospitalar, Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida em Emergências Cardíacas, Suporte Avançado de Vida em Pediatria e Suporte Avançado de Vida no Trauma (ELLU, 2004b).

No **Brasil**, do ponto de vista histórico, o primeiro serviço de atenção pré-hospitalar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU, instalado em São Paulo em meados dos anos 50, que acabou sendo desativado progressivamente.

O transporte em urgência e emergência, hoje, é realizado via terrestre, aquaviária e em algumas cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, já é possível contar com a agilidade e rapidez do transporte aéreo, também conhecido como aeromédico. O Corpo de Bombeiros/RJ (CB) iniciou em 1988, juntamente com a Coordenadoria Geral de Operações Aéreas do Estado do Rio de Janeiro (CGOA), um dos programas pioneiros de socorro extra-hospitalar aeromédico.

## **2.2 A Legislação Brasileira e o Transporte de Urgência e Emergência no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

A primeira lei de urgência vem do Senado do Brasil e data de 21 de junho de 1893. Foi aprovada sob n.º 41H de junho de 1893 e pretendia estabelecer o Socorro Médico de Urgência na Via Pública. Em um de seus artigos determinava que a Diretoria de Higiene e Assistência Pública teria duas Seções: uma de Higiene e outra de Assistência Pública. Por intermédio dos Comissários, a seção de Assistência Pública previa o socorro aos feridos, acidentados na rua e afogados, e o atendimento aos doentes pobres, encaminhando-os para os hospitais caso não pudessem ser tratados nos domicílios. As ambulâncias estariam à disposição nas diversas Agências da Prefeitura, facilitando, assim, o socorro. No entanto, para

que este Plano fosse executado era preciso dinheiro e os cofres do município do Rio de Janeiro não suportavam tal despesa, o que adiou a implantação do socorro médico de urgência (BRASIL, s.d.a). Assim, nova tentativa foi feita em 1901. O prefeito do Rio de Janeiro João Felipe Pereira, querendo executar a lei, designou uma comissão, mas mais uma vez não se obteve sucesso (BRASIL, s.d.a).

No ano de 1899, o CB da cidade do Rio de Janeiro, na época, capital do país, pôs em ação uma ambulância de tração animal, sendo a primeira ambulância a realizar o atendimento médico de urgência na via pública. A este fato se atribui a tradição histórica da prestação desse serviço pelo CB (MARTINS; PRADO, 2003).

Em 1907, Pereira Passos autorizou a compra de ambulâncias da Europa que, com o passar dos anos, foram se deteriorando. No entanto, a 1ª Guerra Mundial, iniciada na Europa, impediu a aquisição de novas auto-ambulâncias para o transporte dos acidentados e das vítimas de “doenças súbitas”. Somente em 1920 foi providenciado a renovação e o aumento da frota de auto-ambulância com a fabricação de seis ambulâncias de um só leito. Tinham como finalidade facilitar o socorro no perímetro urbano e em determinadas áreas suburbanas da cidade. Mas por serem de construção e aparelhamento mais simples, não conseguiram dar conta das faltas graves do Pronto-Socorro médico cirúrgico de urgência (BRASIL, s.d.a).

Nos artigos 93, 94 e 95, respectivamente, do Decreto 1.543 de 20 de abril de 1921 do Distrito Federal, na ocasião o Rio de Janeiro (BRASIL, s.d.a), foi determinado o livre trânsito dos carros de Pronto-Socorros Urgentes; a definição de que os carros de socorro seriam pintados de branco, levariam uma bandeira simbólica branca com uma cruz vermelha e usariam tímpano de alarme para livre trânsito; bem como, a proibição às ambulâncias particulares do uso dos símbolos e sinais de alarme que eram privativos dos veículos do Departamento Municipal de Assistência Pública. Ainda, através deste Decreto, o Departamento Municipal de Assistência Pública foi reformado.

Segundo informações encontradas no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL, s.d.a), em 15 de setembro de 1922 foi mandado construir, no Rio de Janeiro, o Bonde Ambulância, pelo Dr. Carlos Sampaio de acordo com plano técnico do Dr. Luís Barbosa. Esse novo meio de transporte e de socorro clínico de urgência destinava-se aos chamados domiciliares, aos das delegacias de polícia e a quaisquer outros pedidos nas ruas servidas pela Light (companhia elétrica do Rio de Janeiro).

A partir da década de 80 o APH passou a ser realizado de maneira mais sistematizada por alguns CB, que estruturou o atendimento de acordo com a peculiaridade de cada estado. Anteriormente o CB prestava um serviço de emergência as mais variadas situações.



A Resolução nº 042 de 22 de maio de 1989 criou o Projeto Resgate. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) através do SAMU-SP, em conjunto com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) através do CB e Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo, desenvolveram este projeto em São Paulo.

O Ministério da Saúde, no ano de 2002, resolve aprovar em Anexo à Portaria n.º 2.048/GM, em 5 de novembro de 2002, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. No ano de 2003, foram editadas três portarias pelo Ministério da Saúde. A Portaria n.º 1.863/GM de 29 de setembro, a Portaria n.º 1.864/GM de 29 de setembro e a Portaria n.º 2.072/GM de 30 de outubro.

A Portaria n.º 1.863 “instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (BRASIL, 2004a, p. 7). Estabelece que esta política deve garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios). Prevê o desenvolvimento de estratégias para a promoção da qualidade de vida e saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade. Além disso, deve ser organizada de maneira que permita fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, quando da ocorrência de situações inesperadas de calamidades públicas e acidentes com múltiplas vítimas, entre outros, adotando a construção de mapas de risco e adoção de protocolos (BRASIL, 2004a).

A mesma portaria quer permitir que sejam desenvolvidos processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, para que se obtenha uma visão do estado de saúde da população e do desempenho do SUS, promovendo intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais e assim elaborar estratégias promocionais. Pretende, de acordo com os princípios da integralidade e humanização, qualificar a assistência, promovendo a capacitação contínua das equipes de saúde de atenção às urgências (BRASIL, 2004a).

Define-se, nesta portaria, que para instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências alguns componentes devem ser considerados:

- a identificação dos determinantes e condicionantes das urgências;
- a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, utilizando o componente Pré-Hospitalar Fixo, componente Pré-Hospitalar Móvel – através da SAMU, componente hospitalar e componente Pós-Hospitalar;

- a instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências; e  
- a capacitação e educação continuada das equipes de saúde abarcando os níveis de atenção às urgências, envolvendo profissionais de nível superior e técnico de acordo com as diretrizes do SUS, alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde e dentro dos princípios da humanização da atenção (BRASIL, 2004a).

Por fim, prescreve em seu artigo 4º, que as providências para a estruturação desta política sejam adotadas pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência e pelo Departamento da Atenção Especializada sob determinação da Secretaria de Atenção à Saúde.

A Portaria n.º 1.864 (BRASIL, 2004a, p. 13),

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 de todo o território brasileiro: SAMU – 192.

Considera, para isto, o quadro de morbimortalidade, principalmente relacionado ao trauma e à violência, a necessidade de implantar e implementar a regulação de atenção às urgências, através de Centrais de Regulação Médica, integrantes do Complexo Regulador da Atenção (Portaria n.º 356/SAS, de 22 de setembro de 2000 e NOAS-SUS 01/2002) e partindo das Portarias n.º 2.048/GM e n.º 1.863/GM, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Atenção às Urgências, respectivamente, e a necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplantes da população, entre outras previamente citadas (BRASIL, 2004a).

A Portaria n.º 1.864 em seus 15 artigos estabelece como etapa inicial do funcionamento do APH a implantação do SAMU-192, das Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e os Núcleos de Educação em Urgência (NEU). Trata, ainda, do financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, bem como do destino destes recursos. Entre as fontes de aplicação destes recursos estão a aquisição de unidades de suporte básico de vida, unidades de suporte avançado, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação das centrais SAMU-192, a estruturação dos Laboratórios de Ensino em procedimentos de saúde para os NEU.

A regra estipulada pela portaria para a aquisição de ambulâncias é de acordo com número de habitantes. Para cada 100.000 a 150.000 habitantes um veículo de suporte básico à vida e um veículo de suporte avançado para cada 400.000 a 450.000 habitantes. Para a capacitação de multiplicadores que atuarão nos NEU o montante será de R\$ 150.000,00 por

núcleo. Os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde não poderão ser utilizados pelos prestadores da rede privada, seja filantrópica ou lucrativa (BRASIL, 2004a).

As despesas de custeio do componente serão de responsabilidade da União (50%), estados e municípios. Os repasses regulares dos recursos para a manutenção das equipes implantadas que cabem a União, corresponderão a R\$ 12.500,00/mês por Equipe de Suporte Básico, R\$ 27.500,00/mês para de Suporte Avançado e R\$ 19.000,00 por equipe da Central SAMU-192, o restante será coberto pelos estados e municípios (BRASIL, 2004a).

A captação dos recursos federais para a implantação do APH previsto na Política Nacional (BRASIL, 2004a), ficará condicionada a alguns requisitos, para novos serviços e para os já existentes. Pode ser citada a elaboração de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências articulados ao Plano Estadual, aprovados pelos Conselhos de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite, nos quais deverão constar as unidades<sup>12</sup> e os serviços que irão compor a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência por especialidade ou área de atuação. Também está incluído, a apresentação do projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da Central SAMU-192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), e da área de Educação em Urgências com a proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível técnico, superior e agentes sociais, com conteúdos e cargas horárias mínimas estabelecidas no Regulamento Técnico<sup>13</sup>.

O SAMU/192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, vem para contribuir para que seja colocada em prática essa regulação. Segundo informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (BRASIL, s.d.c) que regulamenta o SAMU, são 70 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência implantados e em operação no Brasil, totalizando 266 municípios e 62 milhões de pessoas atendidas pelo SAMU. Entre as capitais brasileiras, o SAMU está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo e Teresina. No caso dos municípios com menos de 100 mil habitantes, eles poderão se unir em torno da cidade habilitada como pólo de micro-região. No Rio Grande do Sul existem cinco (05) referências do atendimento do SAMU como está representado no quadro a seguir:

---

<sup>12</sup>Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de saúde da família, unidades não-hospitalares de atenção às urgências, pronto-socorros hospitalares e demais unidades (BRASIL, 2004a, p. 19). Estas unidades fazem parte dos serviços do sistema de referência e contra-referência.

<sup>13</sup> Portaria MS nº 2.048, 05 de novembro de 2002.

**Quadro 1 – Cidades Atendidas pelo SAMU no Estado do Rio Grande do Sul**

<b>CIDADES ATENDIDAS</b>	<b>POPULAÇÃO CONTEMPLADA</b>
<b>Porto Alegre*</b>	342.513 habitantes
<b>Caxias do Sul*</b>	404.187 habitantes
<b>Bagé</b> (Candiota, Ulha Negra, Dom Pedrito, Aceguá, Lavras do Sul)	188.694 habitantes
<b>Pelotas*</b>	1.428.696 habitantes
<b>Canoas e Novo Hamburgo</b> - Projetos Regionais Bases (Alvorada, Araricá, Arroio dos Ratos, Cachoeirinha, Campo Bom, Capela de Santana, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Parobé, Portão, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo, Viamão)	2.614.028 habitantes

\* Presume-se que estas cidades são pólos para as cidades vizinhas, mesmo que não sejam referidas aqui, até porque a população contemplada é maior em número que a população destas cidades. Infelizmente este dado não está disponibilizado na fonte.

Fonte: Brasil, s.d.d - organizado pela autora.

Ainda, são requisitos para a captação dos recursos federais, a implantação das Coordenações Estaduais, Municipais e Regionais de Urgência (quando necessário), a elaboração, formalização e apresentação de proposta do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências<sup>14</sup>, Estadual, Regional e Municipal e a apresentação do termo de adesão ao Plano Municipal ou Regional de Atenção às Urgências.

Atendendo aos requisitos, deve ser apresentado, com frequência trimestral, indicadores de desempenho do serviço<sup>15</sup> e disponibilizadas as informações do banco de dados dos SAMUs para implementar registros de traumatismos e controle sobre doenças de

<sup>14</sup> Estrutura e atribuições constam no Anexo – Item C desta Portaria (Portaria GM nº 1.864, 29 de setembro de 2003).

<sup>15</sup> Acompanhamento e avaliação das ações constam no Anexo – Item A desta Portaria (Portaria GM nº 1.864, 29 de setembro de 2003).

notificação compulsória, além de condições de interesse para desenvolver estratégias promocionais (BRASIL, 2004a).

Comprovar que a contratação dos recursos humanos está de acordo com a legislação vigente e implantar ações que visualizam a humanização do atendimento em urgências - trabalhadores de saúde, doente e seus acompanhantes - somam-se aos outros requisitos, que atendidos resultam na consecução do repasse dos recursos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

A Portaria n.º 1.864, ainda traz um anexo subdividido em sete itens: Item A, B, C, D, E, F e G, que tratam, respectivamente, do Acompanhamento e Avaliação das Ações; da Regulação da Atenção das Urgências (papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde); das Definições da Estrutura e das Responsabilidades no Âmbito dos Comitês Gestores; dos Núcleos de Educação em Urgência; do Planejamento da Operação dos Sistemas de Atenção às Urgências (Componente Pré-Hospitalar Móvel e sua avaliação prospectiva); da Padronização Visual; e as Referências Bibliográficas para a Elaboração dos Projetos.

O Ministério da Saúde, instituiu o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências através da Portaria n.º 2.072 de 30 de outubro de 2003. Considerou para tanto, as portarias anteriormente citadas, em especial a Portaria n.º 1.864 que em seu artigo 6º, Item E, exige como pré-requisito a estruturação e formalização dos Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal. Estabelece, assim, a composição por representantes de Entidades/Instituições que deverão atuar sob a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – DAE/SAS/MS<sup>16</sup> e define as atribuições e responsabilidades do Comitê (BRASIL, 2004a).

A Portaria n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Nesta, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) considera a área de emergência um importante componente da assistência à saúde. Além disso, refere um crescimento da demanda por estes serviços pelo aumento do número de acidentes e da violência urbana, associado à estrutura insuficiente da rede assistencial, o que contribui para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência.

O Ministério da Saúde entende, ainda, a necessidade de definir uma ampla política nacional para esta área, com sistemas regionalizados organizados, com prévia e efetiva

---

<sup>16</sup> DAE – Departamento de Atenção Especializada.  
SAS – Serviço de Atenção à Saúde.  
MS – Ministério da Saúde.

pactuação de referências sob regulação médica, hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção, garantindo o atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (acidentes e violências) e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de acordo com as diretrizes gerais do SUS e a NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002b).

A necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços estabelecendo uma relação entre trabalho e educação, surge como uma importante consideração, entre outras, na elaboração da Portaria n.º 2.048 (BRASIL, 2002b). Pretende-se estabelecer integração entre trabalho e educação, resgatando o processo de capacitação e educação continuada<sup>17</sup> para o desenvolvimento dos serviços e proporcionando impacto em saúde dentro de cada nível de atenção, propondo currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país que não garantem a qualidade do aprendizado, que se pretende estabelecer (BRASIL, 2002b).

Esta portaria revoga a Portaria n.º 814/GM de 01 de junho de 2001, que estabelecia em seus artigos 1º e 2º, na forma de Anexo I e Anexo II, respectivamente, o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências, e a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes e dos que fossem criados no País (BRASIL, 2001). Estabelece, ainda, o prazo de dois anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento (BRASIL, 2002b).

O anexo da Portaria n.º 2.048 é composto por sete capítulos. O Capítulo I se refere ao Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências; o Capítulo II A Regulação Médica das Urgências e Emergências; o Capítulo III do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo; o Capítulo IV do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; o Capítulo V do Atendimento Hospitalar; o Capítulo VI das Transferências e Transporte Inter-Hospitalar e o Capítulo VII dos Núcleos de Educação em Urgências. Neste trabalho, será dado maior enfoque ao Capítulo IV - Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

O propósito desta portaria é estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de maneira a envolver a rede assistencial, abrangendo desde a rede pré-hospitalar,

---

<sup>17</sup> Esta Portaria n.º 2.048 de 30 de outubro de 2003 é anterior à elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde – Portaria n.º 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, por isso fala-se em Educação Continuada ao invés de Educação Permanente.

que compreende as Unidades Básicas de Saúde, o Programa de Saúde da Família – PSF, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não-hospitalares; os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, “capacitando e responsabilizando cada um destes pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução” (BRASIL, 2002b, p. 33).

Assim, cada um destes componentes, parte dos diferentes níveis de atenção, devem relacionar-se de forma complementar, utilizando-se da referência e contra-referência a fim de atender adequadamente a demanda que ocorre ao serviço.

O Capítulo I se refere à estruturação dos sistemas loco-regionais de Atenção às Urgências, dentro dos preceitos da NOAS-SUS. O Capítulo II compreende a Regulação Médica das Urgências e Emergências como o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual, os pedidos de socorro são recebidos. Estabelece, ainda, as Atribuições da Regulação Médica, subdividindo-as em Técnicas - discernir o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso; e Gestoras - ter autoridade delegada pelos gestores para decidir sobre os meios disponíveis, acionando-os, de acordo com seu julgamento; a Regulação do Setor Privado de APH Móvel, incluindo as concessionárias de rodovias (o setor privado deve contar com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica e estar submetidas à regulação pública); e a Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações (refere-se neste os Corpos de Bombeiros Militares, as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área da Segurança Pública). Ambos deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS (BRASIL, 2002b).

O Capítulo III, referente ao Atendimento Pré-hospitalar Fixo, discorre que esta assistência é prestada num primeiro nível de atenção por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, Unidades do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências e pelos Serviços de APH Móvel. Deve prover o atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002b).

Segundo consta no Diário Oficial da União (BRASIL, 2002b), o Capítulo IV compreende o Atendimento Pré-hospitalar Móvel, definido como o atendimento que procura

chegar precocemente à vítima, após agravo de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, prestando-lhe atendimento e/ou transporte adequado, a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

No capítulo V está contemplado o Atendimento Hospitalar. Neste, são definidas as Unidades Hospitalares (Pronto-Socorros das unidades hospitalares, leitos de internação - gerais, especializados, de retaguarda, de longa permanência, de terapia intensiva) e estabelecidos os Critérios de Classificação destas Unidades de Atendimento em Urgência e Emergência (Unidades Gerais e Unidades de Referência).

O Capítulo VI, conforme o Diário Oficial da União (BRASIL, 2002b), trata das Transferências e Transporte Inter-Hospitalar, que se refere à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

O último capítulo compreende os Núcleos de Educação em Urgências (NEU). Estes Núcleos devem se organizar como “espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para urgências” (BRASIL, 2002b, p. 41). Devem ser administrados por um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS. Integram os NEU: as secretarias estaduais e municipais de saúde; hospitais e serviços de referência na área de urgência; escolas de bombeiros e policiais; instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde; escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

Os NEU têm como princípios norteadores a organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, a promoção integral da saúde, a educação continuada e a transformação da realidade e seus determinantes. Assim, para alcançar seus objetivos – estratégicos e operacionais (capacitar, certificar<sup>18</sup> e recertificar<sup>19</sup>), foi estabelecido currículos mínimos de capacitação e habilitação<sup>20</sup> para o atendimento às urgências. O presente regulamento propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidas para a habilitação e certificação dos

---

<sup>18</sup> Afirmer a (alguém); dar a (alguém) ciência acerca de (algo); cientificar; tornar certo; assegurar; atestar (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 680).

<sup>19</sup> Reafirmar; dar a (alguém) ciência acerca de (algo) novamente; reassegurar; atestar novamente.

<sup>20</sup> Tornar hábil. Munir de conhecimentos precisos para um ato público ou para qualquer fim. Tornar apto, capaz. Preparar, dispor (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 1502).



profissionais da área de atendimento às urgências e emergências, de caráter público ou privado, inclusive para a certificação inicial de todos os profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento (BRASIL, 2002b).

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo foi construído com o intuito de direcionar, compreender e subsidiar o presente trabalho. Contempla alguns aspectos relevantes para a posterior análise e compreensão da temática: O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Urgências e Emergências no Trauma; O Processo de Trabalho no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; A Educação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; O Olhar da Enfermagem no Cuidado às Vítimas do Trauma.

#### **3.1 O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

O APH móvel, a que se refere o capítulo IV do anexo da Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, é um serviço que deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde e estar vinculado a uma central de Regulação que disponha de equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população. A região de cobertura deste serviço deve ser definida considerando aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos utilizados pelos clientes (BRASIL, 2002b).

A Central de Regulação Médica deve ser de fácil acesso à população, por via telefônica, em sistema gratuito, utilizando “192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível” (BRASIL, 2002b, p. 36). Nesta central, o médico regulador, após analisar cada caso, define a resposta mais adequada (um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou aciona múltiplos meios).

Nesse sentido, todos os pedidos de socorro médico com entrada por meio de outras centrais, como a polícia militar pelo fone 190, o corpo de bombeiros pelo 193 e outras existentes, devem ser retransmitidos à Central de Regulação por meio do sistema de comunicação (Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes) para ser adequadamente regulados e atendidos. Assim, quando houver demanda com vítimas ou doentes nos serviços de segurança e salvamento, estes também devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências (BRASIL, 2002b).

### 3.1.1 Equipe de Intervenção do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O atendimento prestado no local pela equipe de intervenção deve ser monitorado via rádio pelo médico regulador que a orienta, indicando os procedimentos necessários à condução do caso (BRASIL, 2002 b).

A equipe profissional dos serviços de APH móvel deve ser composta por profissionais oriundos da área da saúde e os não oriundos da área da saúde. Considerando que “as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente” (BRASIL, 2002b, p. 36), entende-se a necessidade de habilitar ambos os profissionais através dos NEU. A criação destes e o conteúdo curricular mínimo é indicado pelo presente regulamento no capítulo VII.

A equipe de profissionais oriundos da área da saúde, esta deve ser composta por: Coordenador do Serviço; Responsável Técnico (médico responsável pelas atividades médicas do serviço); Responsável de Enfermagem (enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem); Médicos Reguladores (responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder as solicitações); Médicos Intervencionistas (responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte); Enfermeiros Assistenciais (responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte); Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro) (BRASIL, 2002b).

Em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pessoas em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada com bombeiros militares, policiais militares e rodoviários entre outros reconhecidos pelo gestor público, a fim de desempenhar ações de segurança, socorro público e salvamento. Dentre estas ações estão: a sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso à vítima e suporte básico de vida (BRASIL, 2002b).

O perfil dos profissionais e suas respectivas competências e atribuições estão descritas nesta portaria. Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem compõem a equipe dos profissionais oriundos da Área da Saúde e têm suas respectivas atribuições dentro do serviço. Serão descritas as atribuições e competências do Médico, do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem e do Auxiliar de Enfermagem dispostas no Capítulo IV, página 36 da Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial

da União em 12 de novembro de 2002, uma vez que o tema deste trabalho se refere aos profissionais oriundos da área da saúde.

O **Médico**, profissional de nível superior, registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência. Deve ter equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII desta portaria, referente aos NEU, bem como para a recertificação periódica.

Ao médico compete exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para a melhor resposta, acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino da vítima, orientação telefônica; manter contato com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência, obedecer ao código de ética médica.

O **Enfermeiro**, profissional de nível superior, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no APH móvel, deve, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais. Deve ter disposição para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviços de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no

Capítulo VII desta portaria - nº 2.048, referente aos NEU, bem como para a recertificação periódica.

Compete ao enfermeiro supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe de APH móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

O **Técnico de Enfermagem** é um profissional com ensino médio completo e curso regular de técnico de enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. É habilitado para exercer atividades de nível técnico, no APH móvel. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, deve realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional. Deve ter mais de 18 anos; disposição para atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviços de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII desta portaria, referente aos NEU, bem como para a recertificação periódica.

Dentre as atribuições do técnico de enfermagem está o auxílio ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

O **Auxiliar de Enfermagem**, profissional com ensino médio completo e curso regular de auxiliar de enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele

delegados, sob supervisão do profissional enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional. Deve ter mais de 18 anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviços de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII desta portaria, referente aos NEU, bem como para a recertificação periódica.

Ao auxiliar de enfermagem cabe auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas.

Este capítulo trata, ainda, do Perfil e das Competências e Atribuições da Equipe dos Profissionais não Oriundos da Saúde, que é composta por: Telefonista; Rádio-Operador; Condutor de Veículos de Urgência (veículos terrestres, veículos aéreos, veículos aquáticos); Profissionais Responsáveis pela Segurança e Bombeiros Militares. Este trabalho abrange o atendimento prestado pelos policiais rodoviários que estão inclusos na categoria dos Profissionais responsáveis pela Segurança. Assim, faz-se necessário enfatizar o perfil, as competências e atribuições dos mesmos.

Os Profissionais Responsáveis pela Segurança são os policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, que tenham concluído o nível médio e que sejam reconhecidos pelo gestor público de saúde para o desempenho destas atividades. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde.

Como requisitos gerais estão a idade acima dos 18 anos; disposição e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de trabalhar em equipe; capacitação específica e disponibilidade para capacitação e recertificação periódica por meio dos NEU, como está discriminada no Capítulo VII desta portaria (nº 2.048).

As competências/atribuições destes profissionais são: comunicar imediatamente a Central de Regulação Médica de Urgências de uma ocorrência; avaliar a cena do evento reportando as informações ao médico regulador ou à equipe de saúde; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente (estabelecer a segurança na área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde); realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para um local seguro; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima comunicando ao médico regulador (condições de respiração, pulso e consciência); correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial (compressão torácica externa); controlar sangramento externo por pressão direta; mobilizar e remover as vítimas com proteção da coluna vertebral; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas no recém-nato e parturiente; prestar primeiro atendimento às intoxicações (sob orientação do médico regulador); conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento, conhecer e utilizar os Equipamentos de BioProteção Individual; preencher os formulários de registro obrigatórios; manter-se em contato com a Central de Regulação (BRASIL, 2002b).

### 3.1.2 Veículos para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

Conforme consta no Diário Oficial da União (BRASIL, 2002b), a portaria nº 2.048 define os Veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, sendo a Ambulância classificada em: Tipo A, Tipo B, Tipo C, Tipo D, Tipo E e Tipo F.

A ambulância do **Tipo A** é a de **Transporte**, para remoções simples e de caráter eletivo. A do **Tipo B**, de **Suporte Básico**, é destinada ao transporte inter-hospitalar de pessoas com risco de morte conhecido e ao APH de vítimas com risco desconhecido de morte. A do **Tipo C**, de **Resgate**, é um veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de vítimas de acidentes ou de pessoas em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). A do **Tipo D** é uma ambulância de **Suporte Avançado**, destinada ao atendimento e transporte de vítimas de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, contando com equipamentos médicos necessários para o atendimento. A **Tipo E** é

uma **Aeronave de Transporte Médico**, de asa fixa ou rotativa, utilizada para transporte inter-hospitalar, sendo que a aeronave de asa rotativa é para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC). A do **Tipo F, Embarcação de Transporte Médico**, é um veículo motorizado aquaviário para o transporte via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

Nesta portaria, são definidos além das Ambulâncias, os Veículos de Intervenção Rápida – veículos leves ou de ligação médica, utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte às ambulâncias para que possa ser prestado o atendimento avançado de vida.

### **3.1.3 Materiais, Equipamentos e Medicamentos das Ambulâncias**

A mesma portaria traz nas páginas 37 e 38 a definição dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias, cuja quantidade, diversidade e especificidade variam de acordo com a classificação das ambulâncias por tipo A, B, C, D, E e F. Quanto a definição dos Medicamentos das Ambulâncias, deve atender o mesmo critério, já citado anteriormente (Tipo D, E e F), bem como a Tripulação que acompanha o resgate.

### **3.2 Urgências e Emergências no Trauma**

Em virtude do aumento da violência, as emergências têm sido uma grande preocupação, tanto em temas de implantação de políticas públicas como o aperfeiçoamento do APH. Este atendimento visa a assistência às vítimas de mal súbito e dos mais variados tipos de trauma. O que se busca no APH é um atendimento rápido e eficaz, garantindo um primeiro socorro adequado. Oppermann (2003, p. 317) define atendimento de urgência como aquele em que “as condições do paciente requerem atenção médica em poucas horas”, pois as alterações são agudas embora não sejam, necessariamente, severas. Já, atendimento de emergência entende-se como o conjunto de ações empregadas às pessoas cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata por apresentarem risco à vida, visto que o comprometimento de determinadas funções vitais se agrava com o passar do tempo, diminuindo temerariamente a chance de sobrevivência e recuperação (GOMES, 1994).

O trauma, atualmente, vem sendo considerado um problema de saúde pública, devido à frequência de seu acontecimento e da proporção de suas conseqüências para a população e



para o poder público de um modo geral. Segundo Gomes (1994, p. 73), o trauma tem sido a causa de morte de um número bastante elevado de adultos e crianças, “devido ao constante aumento dos acidentes de trânsito, nas indústrias, nas construções, no lar e nos esportes, além das agressões”.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos no país (32%), seguidas pelas causas externas (15%), neoplasias (15%) e doenças do aparelho respiratório (11%) (BRASIL, 2002a). Essas principais causas de morte também são registradas pelo Núcleo de Informações em Saúde do Rio Grande do Sul (NIS/DAS/SES/RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2003). No entanto, constata-se uma variação das percentagens quando se consideram, apenas, as estatísticas do Estado do Rio Grande do Sul. Nestas estatísticas, dezoito grupos de causa da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Anexo 01), foram considerados, estabelecendo a faixa etária de menores de 01 ano até 80 anos e mais, residentes no Rio Grande do Sul.

As doenças do aparelho circulatório representam 30,6% das mortes, sendo mais freqüentes na faixa etária acima dos 50 de idade. As neoplasias (tumores) são a causa de morte em 19,5% dos óbitos, e na faixa etária dos 40 aos 49 anos é a causa de morte mais freqüente. A terceira causa de morte são as doenças do aparelho respiratório – 12,1%, seguida pelas causas externas que representa 9,6% , e são a principal causa de morte na faixa etária que compreende de 01 ano aos 39 anos (Anexo 02), sendo que, na faixa etária dos 15 aos 29 anos, as causas externas aparecem como a causa de mais da metade dos óbitos (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Causas externas de morbidade e mortalidade são uma classificação, encontrada no capítulo XX da CID-10 (V01 a Y98), dos acidentes e violências. Os grupos de causas externas mais importantes são os de acidente de transporte (V01 a V99), os suicídios (X60 a X84), os homicídios (X 85 a Y09 e Y35 a Y36). São definidas como lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com intenção de matar, inclusive as intervenções legais, e as causas de intenção indeterminada (Y10 a Y34) (BRASIL, 2002a).

Os óbitos por causas externas têm registrado crescimento, com uma sobremortalidade masculina mais acentuada entre os jovens. Em 1999, ocorreram 116.894 mortes por essas causas, no país, ou seja, 71 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que as maiores taxas encontram-se nas Regiões Sudeste (87,3%) e Centro-Oeste (80,2%). Os homicídios ocupam o primeiro lugar no Norte, Nordeste e Sudeste, enquanto os acidentes de transporte predominam no Sul e há um equilíbrio entre esses dois tipos de causas no Centro-Oeste (BRASIL, 2002a).

No Rio Grande do Sul, as causas externas são a terceira causa de mortalidade no sexo masculino. As doenças do aparelho circulatório representam 10.728 óbitos, as neoplasias, 7.731 óbitos, enquanto as causas externas, 5.434. A faixa etária mais atingida pelas causas externas é dos 20 aos 29 anos, sendo muito expressiva, também, dos 30 aos 39 anos e mantendo uma alta ocorrência até os 59 anos. Nesse sentido, evidencia-se que a sobremortalidade masculina acentuada em jovens prevalece no Brasil assim como no Estado. Entre o sexo feminino as causas externas são a sexta (6<sup>a</sup>) causa de morte, com maior frequência entre os 20-29 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2003) (Anexos 03, 04 e 05).

Dentre as mortes por causas externas, estão as causadas por acidentes de trânsito, que são inúmeras, segundo o anuário estatístico do Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN/2002 (SOS ESTRADAS, 2002), ocorrendo colisão e abalroamento, tombamento e capotagem, atropelamento, e choque com objeto fixo. Já, a natureza dos acidentes está dividida em: acidentes com mortes, com lesões e com danos materiais. A maioria dos acidentes com vítimas fatais, no Brasil, envolve o sexo masculino, e acontece com pedestres.

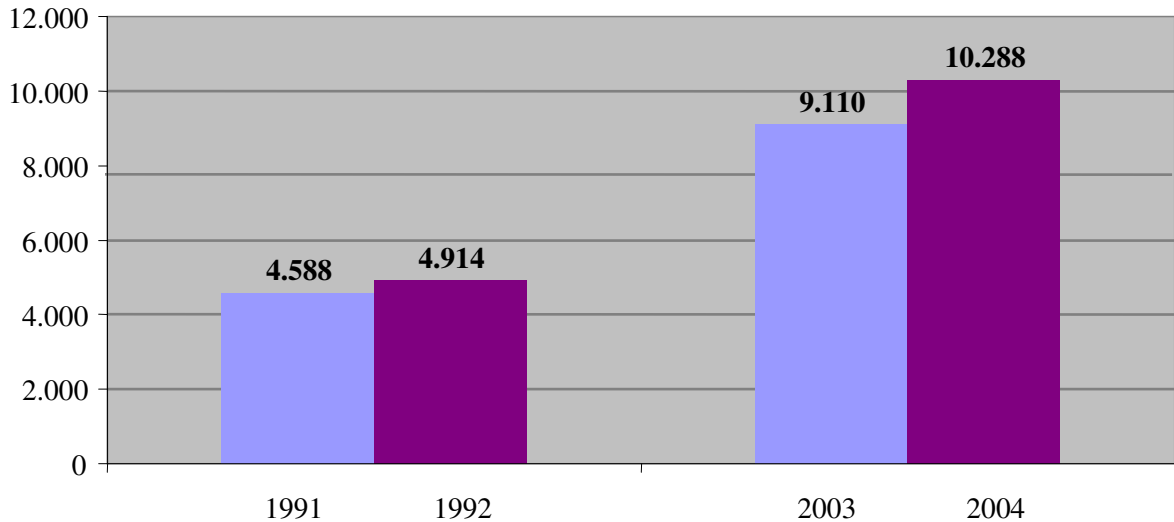
Cabe ressaltar que o Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem - DAER pertence à Secretaria de Transporte, enquanto o Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul - DETRAN-RS, pertence à Secretaria da Justiça e da Segurança, que juntamente com a Secretaria de Coordenação e Planejamento e da Secretaria de Transporte, compõe o Sistema Estadual de Trânsito, ou seja, ambos os Departamentos são integrantes do Sistema Estadual de Trânsito.

O DAER é um órgão rodoviário estadual, representa autoridade executiva de trânsito com jurisdição sobre as rodovias estaduais. É responsável por regulamentar o uso das vias, cumprir e fazer cumprir a legislação de trânsito, aplicar e arrecadar multas decorrentes de infrações de trânsito e elaborar estatísticas (RIO GRANDE DO SUL, 2004b).

O DETRAN foi instituído pela Lei nº 10.847 de 20 de agosto de 1996, iniciando as atividades em 01 de julho de 1997. O DETRAN-RS (RIO GRANDE DO SUL, s.d.a), é responsável pela gestão e coordenação do Sistema Estadual de Trânsito, gerenciando, fiscalizando, controlando e executando os serviços de trânsito no território estadual.

Segundo dados do DAER, os acidentes de trânsito aumentaram significativamente nos últimos quatorze anos nas rodovias estaduais do Rio Grande do Sul (Anexo 06). Os gráficos a seguir demonstram um comparativo da acidentalidade, da mortalidade e dos feridos em acidentes de trânsito nas rodovias estaduais do Rio Grande do Sul entre os anos de 1991 e 1992 (primeiros anos disponibilizados no *site* do DAER) e entre os anos de 2003 e 2004.

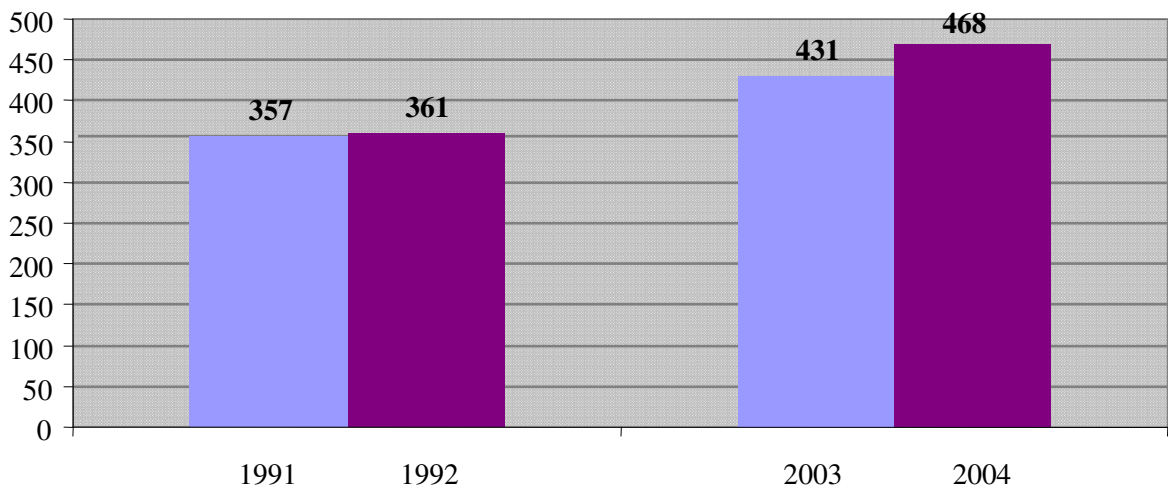
**Gráfico 1 - Acidentalidade nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1992 e 1993, 2003 e 2004**



Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.f.

No ano de 2004 foram registrados 10.288 acidentes de trânsito, um número superior ao dobro dos registrados em 1991 – 4.588 acidentes. No ano de 2003 foram 9.110 acidentes e em 1992, 4.914 acidentes. Observa-se o aumento de um ano a outro, pois no ano de 1992 ocorreram 326 acidentes a mais que no ano anterior, enquanto em 2004 foram 1.178 a mais que em 2003 (RIO GRANDE DO SUL, s.d.f).

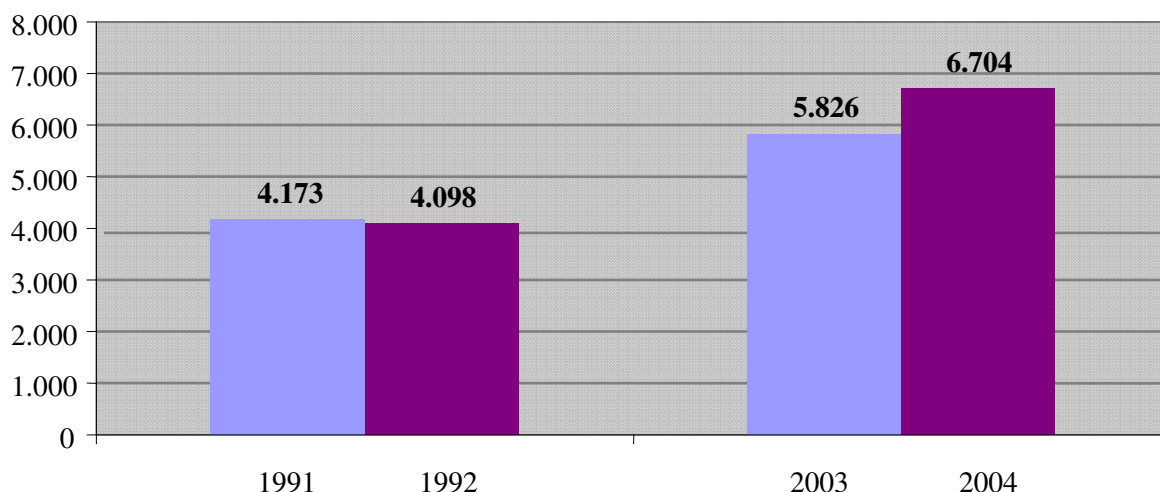
**Gráfico 2 - Mortalidade em Acidentes de Trânsito nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1991 e 1992, 2003 e 2004**



Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.f.

O número de mortos não aumentou proporcionalmente ao dos acidentes. Em 1991 foram 357 mortes, em 1992, 361. No ano de 2003, 431 mortes e em 2004, 468. O número de feridos foi, 4.173, 4.098, 5.826 e 6.704, nos respectivos anos (RIO GRANDE DO SUL, s.d.f).

**Gráfico 3 - Feridos em Acidentes de Trânsito nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul nos anos de 1991 e 1992, 2003 e 2004**



Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.f.

No entanto, há uma divergência estatística nos dois departamentos. Os dados disponibilizados pelo DETRAN-RS diferem dos anteriores. As estatísticas são superiores em termos de accidentalidade e abrangem um período de tempo menor, de 1997 a 2003, sendo considerados os acidentes ocorridos nas rodovias estaduais e federais do estado do Rio Grande do Sul e as vias municipais de Porto Alegre.

No ano de 2003 ocorreram 13.000 acidentes de trânsito com vítimas, 3.022 acidentes em rodovias Federais, 3.774 nas rodovias Estaduais e 6.204 nas vias municipais de Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, s.d.c). No mesmo ano foram registradas 292 vítimas fatais nas rodovias federais, 431 nas estaduais e 170 nas vias municipais, totalizando 893 vítimas fatais (RIO GRANDE DO SUL, s.d.d). Já o número de vítimas não fatais em acidentes de trânsito no ano de 2003, totalizou 18.504. Nas vias municipais de Porto Alegre foi registrado o maior número de acidentes com vítimas não fatais, 7.998. Nas rodovias estaduais foram 5.826 feridos e nas federais 4.680 (RIO GRANDE DO SUL, s.d.e). O quadro a seguir demonstra estes dados:

**Quadro 2 - Acidentes de Trânsito no Rio Grande do Sul no ano de 2003**

	<b>RODOVIAS FEDERAIS</b>	<b>RODOVIAS ESTADUAIS</b>	<b>VIAS MUNICIPAIS DE PORTO ALEGRE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>VÍTIMAS</b>	3.022	3.774	6.204	13.000
<b>VÍTIMAS FATAIS</b>	292	431	170	893
<b>VÍTIMAS NÃO FATAIS</b>	4.680	5.826	7.998	18.504

Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.c.

Outra fonte que dispõe de estatísticas dos acidentes de trânsito é o Comando Rodoviário Estadual do estado do Rio Grande do Sul<sup>21</sup>. Os dados são referentes ao perfil dos acidentes de trânsito, perfil dos veículos envolvidos, perfil dos condutores, perfil da mortalidade, perfil dos feridos, no ano de 2005 e até o presente momento deste ano de 2006.

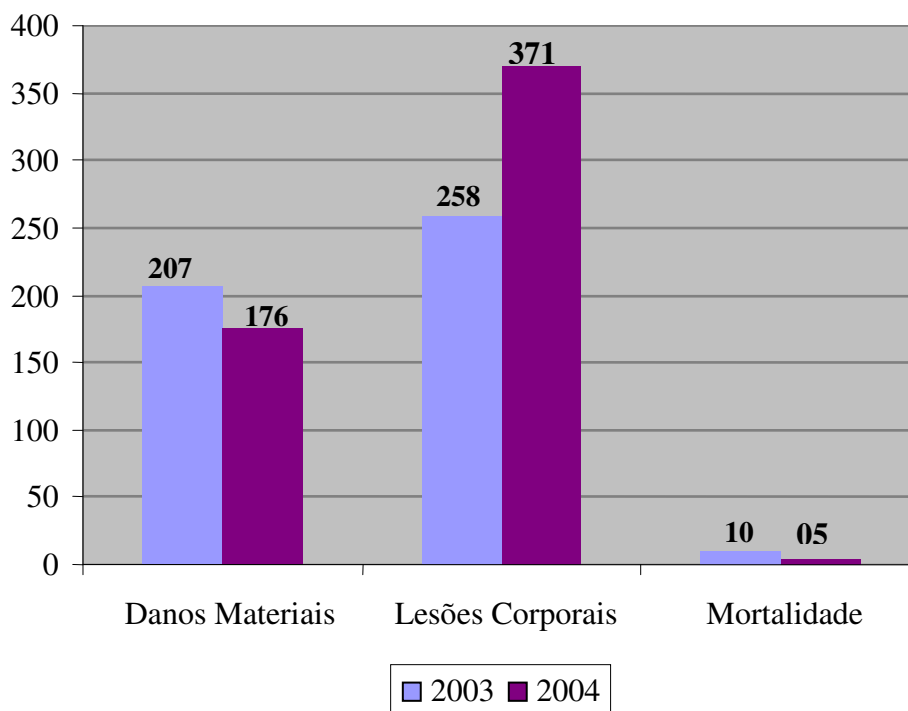
Na Cidade do Rio Grande as ocorrências de trânsito são registradas pelo 6º Batalhão de Polícia Militar (BPM) e pela Secretaria Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito (SMSTT). O 6º BPM, através dos servidores militares estaduais, atende os acidentes de veículo com danos materiais, com lesões corporais e com morte. A SMSTT, com agentes de fiscalização de trânsito e transporte, registra somente os acidentes com danos materiais. Os dados estatísticos foram fornecidos por ambos, sendo que a SMSTT disponibilizou, ainda, um demonstrativo dos tipos de veículo envolvidos em acidentes de trânsito com danos materiais, sem vítimas, atendidos no período de janeiro a junho do ano de 2004 (Anexo 07) e um comparativo de ocorrências de acidentes de trânsito com danos materiais, sem vítimas, e o tipo de clima, no ano de 2004, na Cidade do Rio Grande (Anexo 08).

No ano de 2003 o 6º BPM registrou 475 ocorrências. Foram 207 acidentes de veículo com danos materiais, 258 acidentes de veículo com lesões corporais e 10 acidentes de veículo com morte. Já no ano de 2004 foram 552 ocorrências. 176 acidentes de veículo com danos materiais, 371 acidentes de veículo com lesões corporais e 05 acidentes de veículo com morte. Pode-se perceber que no ano de 2004 houve um aumento no número de acidentes com lesões corporais, mas diminuiu o número de vítimas fatais. Do total de 552 ocorrências, foram 176 com danos materiais, 371 com lesões corporais e 05 vítimas fatais (RIO GRANDE DO SUL,

<sup>21</sup> <http://www.brigadamilitar.rs.gov.br/crbm/index.asp?link=4>

2005). Os gráficos que seguem demonstram os acidentes ocorridos no município nos anos de 2003 e 2004.

**Gráfico 4 - Acidentalidade por Tipos na Cidade do Rio Grande - RS**

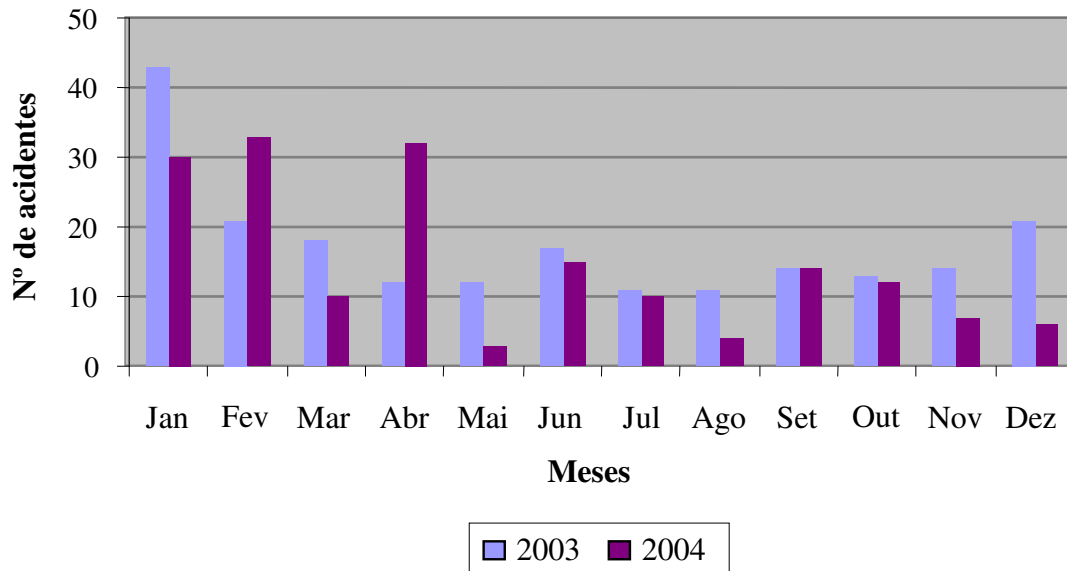


Fonte: Rio Grande do Sul, 2005.

No ano de 2003, do total de acidentes, a principal consequência foram as lesões corporais, seguida pelos danos materiais e, por último, a mortalidade. No ano de 2004, as lesões corporais continuaram sendo a principal consequência com um significativo aumento. No entanto, os danos materiais diminuíram, assim como a mortalidade. É evidente a prevalência das lesões corporais como consequência dos acidentes de trânsito registrados nos anos de 2003 e 2004 no município.

Conforme representado no gráfico a seguir, os acidentes de trânsito com danos materiais, foram registrados em maior número, no ano de 2003, nos meses de janeiro, fevereiro e dezembro. No ano de 2004, foram nos meses de janeiro, fevereiro e abril, sendo registrado o maior número em fevereiro.

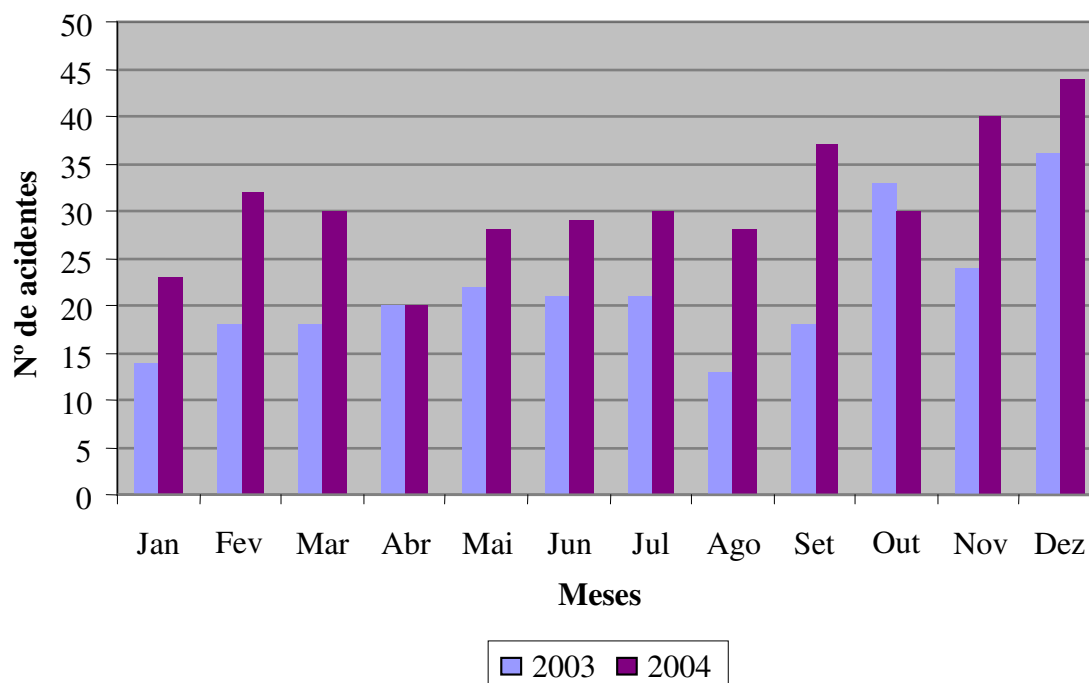
**Gráfico 5 - Acidentes de Veículos com Danos Materiais  
na Cidade do Rio Grande - RS**



Fonte: Rio Grande do Sul, 2005.

Os acidentes de trânsito que resultaram em lesões corporais ocorreram em maior número no mês de dezembro de ambos os anos, mas com valores muito significativos em todos os meses.

**Gráfico 6 - Acidentes de Veículos com Lesões Corporais na Cidade do Rio Grande - RS**

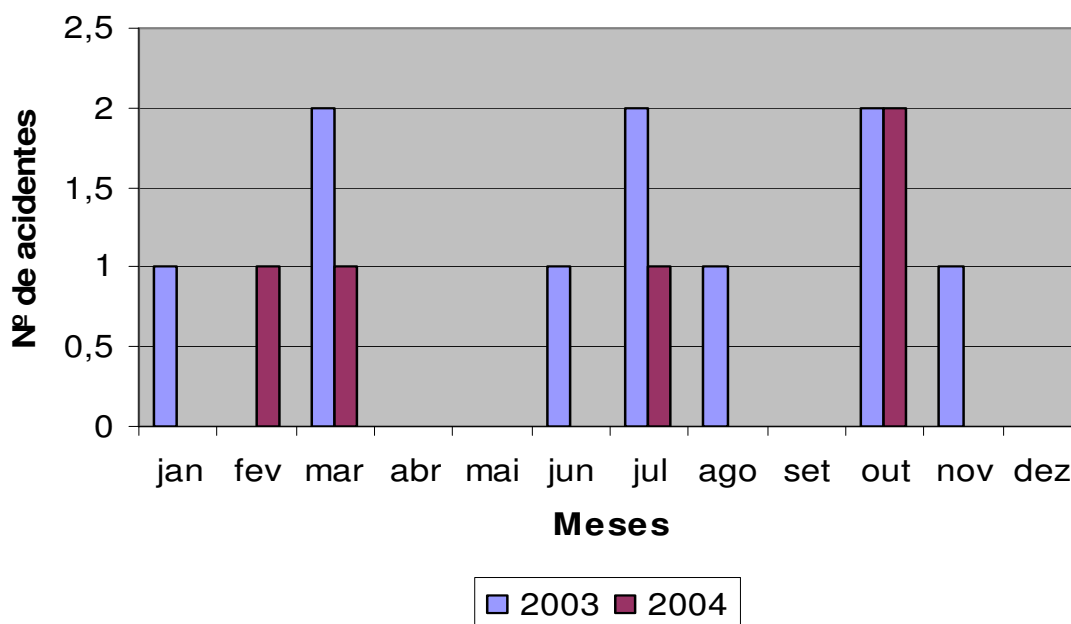


Fonte: Rio Grande do Sul, 2005.

Os acidentes resultantes em óbitos expressam os menores valores em relação a consequência dos acidentes de veículos, mas nem por isso menos relevantes. As estatísticas apontaram os meses de março, julho e outubro com maior número de mortes no ano de 2003 e o mês de outubro em 2004.



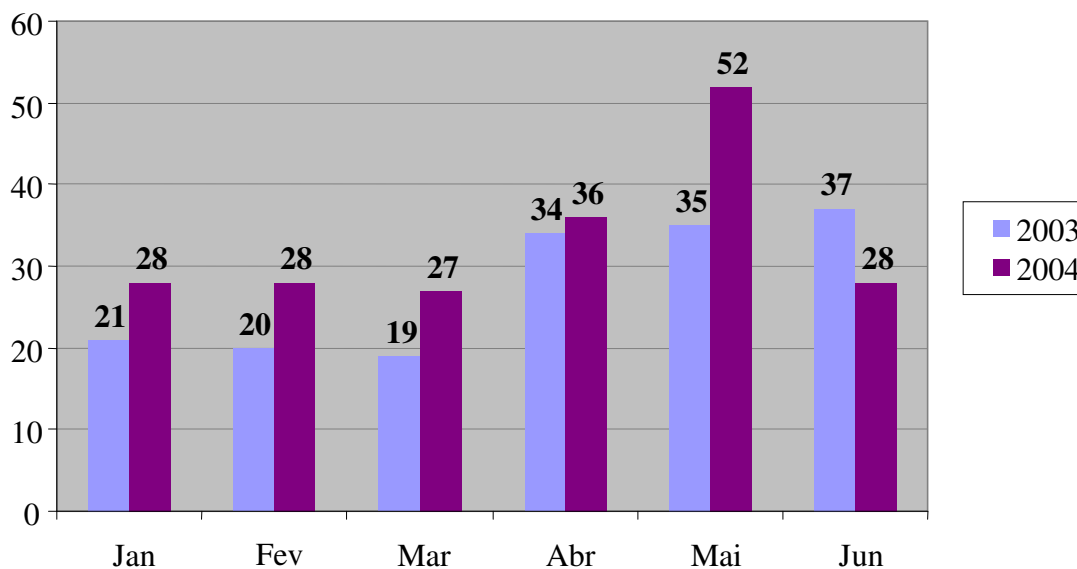
**Gráfico 7 - Acidente de Veículos com Morte na Cidade do Rio Grande – RS**



Fonte: Rio Grande do Sul, 2005.

Os agentes de fiscalização de trânsito da SMSTT atenderam, no primeiro semestre de 2003 e 2004, 166 e 199 ocorrências de acidentes de trânsito com danos materiais sem vítimas, respectivamente. Até o mês de outubro de 2004 foram 653 veículos envolvidos em acidentes de trânsito com danos materiais, sem vítimas (CIDADE DO RIO GRANDE, 2005).

**Gráfico 8 - Acidentes de Trânsito com Danos Materiais/Sem Vítimas Atendidas pelos Agentes de Fiscalização de Trânsito e Transporte no 1º Semestre dos anos de 2003 e 2004**



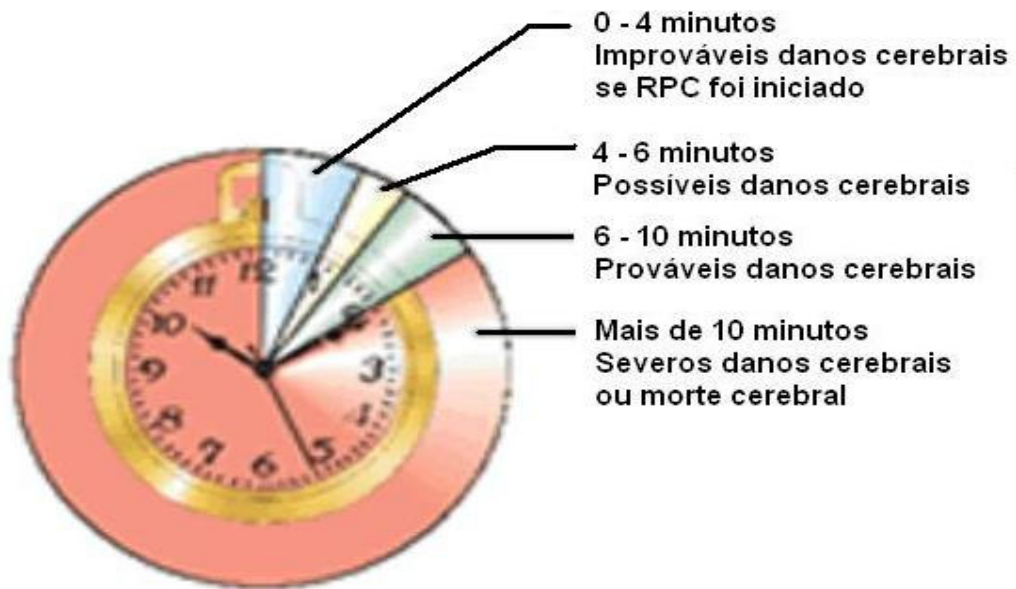
Fonte: Cidade do Rio Grande, 2005.

Os efeitos do trauma em um organismo podem assumir grandes proporções e na maioria das vezes irreversíveis. “A morte pode ser imediata se o traumatismo atingir órgãos ou sistemas vitais, como o cérebro, o coração e os grandes vasos” (GOMES, 1994, p. 73).

O traumatizado deve ser considerado prioridade pela gravidade que suas lesões podem representar, pois freqüentemente vários órgãos são atingidos e a deterioração das suas funções vitais pode ocorrer em um curto período de tempo, “dependendo do mecanismo de acidente e da região anatômica do organismo que foi atingida” (PAVELQUEIRES et al, 2002, p.7).

O período de tempo decorrido entre o acionamento do serviço e a chegada da equipe até o local, nos países desenvolvidos, não pode ultrapassar 04 minutos, pois este tempo está diretamente relacionado aos danos cerebrais ocorridos devido à falta de oxigenação. No Brasil, o tempo de resposta do sistema de urgência é, infelizmente, nas melhores condições, 10-15 minutos (ELLU, 2005a).

**Figura 1 – Danos Cerebrais Ocorridos Devido à Falta de Oxigenação**



Fonte: Ellu, 2005a.

O tempo entre o trauma e o tratamento definitivo está diretamente relacionado com o prognóstico do paciente, visto que a **curva de mortalidade** pode ser apresentada da seguinte maneira, segundo Pavelqueires et al (2002):

**Quadro 3 - Curva de Mortalidade**

	<b>IMEDIATAS</b> (Primeiro pico de morte)	<b>MEDIATAS ou PRECOCES</b> (Segundo pico de morte)	<b>TARDIAS</b> (Terceiro pico de morte)
<b>TEMPO</b>	Segundos até minutos após o acidente.	Minutos até algumas horas após o acidente.	Dias ou semanas após o trauma.
<b>REPRESENTATIVIDADE</b>	50% das mortes no trauma.	30% das mortes no trauma.	20% das mortes no trauma.
<b>CAUSAS</b>	Laceração em tronco cerebral, medula espinhal alta, lesões de aorta e/ou grandes vasos com sangramento profuso.	Hematomas epidurais e subdurais, hemopneumotórax, lesões de fígado, de baço e fraturas pélvicas com sangramento intenso.	Infecções ou falências orgânicas.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	- //-	Estes pacientes são denominados <b>potencialmente salváveis</b> . Seriam salvos se beneficiados por um sistema de atendimento pré-hospitalar e hospitalar adequadamente planejado e regionalizado. “Golden hour” – “Hora de Ouro” do traumatizado.	Esta fase é influenciada pela qualidade do atendimento inicial administrado. Estudos estabeleceram a relação entre a duração da hipóxia, hipotensão arterial e choque com a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, podendo ocasionar sépsis pós-traumática.

Fonte: Pavelqueires et al, 2002 – organizado pela autora.

Este quadro reforça a evidência da rapidez e da qualidade do serviço de APH móvel como imprescindíveis para melhorar as expectativas de sobrevivência das vítimas de trauma. Segundo o *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, na maioria das comunidades urbanas dos Estados Unidos da América (EUA), o acesso ao Centro de Trauma deve ser possível dentro de 30 minutos a partir da ativação do Serviço Médico de Emergência. De acordo com as normas desse Comitê, o tempo ideal de execução dos procedimentos no local do evento é de 20 minutos. Porém, alguns fatores como a distância, a dificuldade de acesso e a retirada das ferragens podem interferir no resgate consumindo minutos preciosos (WHITAKER; GUTIÉRREZ; KOIZUMI, 1998). O trauma, para as autoras, determina

consequências sociais e econômicas importantes, pois as lesões podem ocasionar a morte ou incapacidade temporária ou permanente da vítima comprometendo a qualidade de vida, além de suscitar um alto custo com a recuperação.

No Brasil, a maior parte das internações por causas externas, em 2001, foram em decorrência das quedas - 43%, seguidas pelos acidentes de transportes - 17%. Nas Regiões Sudeste e Sul, cerca da metade das internações por causas externas deveu-se as quedas. No entanto, as internações por acidentes de transportes registraram maiores proporções nas Regiões Sudeste (20%) e Nordeste (19%) (BRASIL, 2002a).

Com base nas estatísticas apresentadas, observa-se a dificuldade em estabelecer políticas públicas resolutivas com relação à prevenção e diminuição dos traumas e mortes decorrentes destes. Um investimento plausível está em associar a estas, políticas públicas de saúde, no intuito de prestar uma assistência adequada às vítimas de trauma através da implantação e implementação de um atendimento pré-hospitalar regulamentado e, por conseguinte resolutivo.

Atendimento pré-hospitalar móvel ou APH móvel, de acordo com Gomes (1994, s.p) vem “resgatar na emergência os melhores métodos do cuidado ao paciente, com um desempenho objetivo e preciso, fundamentado no conhecimento técnico-científico e pautado por princípios ético-morais”.

Embora se tenham dúvidas com relação ao APH móvel e sua contribuição sobre os resultados alcançados pela vítima, é inegável o aporte para a diminuição do tempo de chegada até a vítima e posteriormente ao hospital apropriado, bem como subsídios para a realização de intervenções iniciais fundamentais à manutenção da vida.

Essas premissas básicas, previstas na própria definição de APH, deixam claro que este componente do sistema de saúde não pretende ser um tratamento definitivo, mas sim realizar seu papel de agente temporário de manutenção da homeostase até o tratamento mais indicado ser possível (MALVESTIO; SOUSA, 2002, p.585).

### **3.3 O Processo de Trabalho no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

O trabalho pode ter definições e associações variadas de acordo com os aspectos históricos, sociais, culturais. Pode ser atribuído a este, o conceito de fonte de sustento e sobrevivência do ser humano. Apresenta-se mais abrangente, no entanto, quando concebido como uma ação que promove a relação entre os seres humanos e destes com a natureza dentro de um processo social e histórico. Nesse sentido, direciona-se para o conceito de Marx, que

refere o trabalho como sendo o resultado da ação do ser humano, uma vez que a pessoa “põe em movimento as forças naturais de seu corpo - braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana” (MARX, 2006, p. 211). Dessa maneira, atua sobre a natureza externa e modifica-a, ao mesmo tempo em que imprime mudança a sua própria natureza, desenvolvendo as potencialidades nela adormecidas e submetendo ao seu domínio o jogo das forças naturais (MARX, 2006).

Visto nesta linha de pensamento, o trabalho não ocorre separado de outras coisas do mundo real, mas sim nasce e se desenvolve numa grande rede de relações. A primeira destas relações é a que se estabelece como modo de ligar o homem à natureza, quando, através de uma ação, ele a toca, modifica, desenvolve (MARX, 2006). Leopardi (1999, p. 09) parte da premissa que “o trabalho, como atividade humana, é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente”. É algo integrado e integrador, fonte que aproxima ser humano e natureza promovendo a interação destes dois elementos vivos e a mútua transformação.

Nesta concepção filosófica,

o homem trabalha quando põe em atividade suas forças espirituais ou corporais, tendo em mira um fim sério que deve ser realizado ou alcançado. Assim, mesmo que não se produza nada imediatamente visível com o esforço do estudo, o trabalho de ordem intelectual corresponde àquela definição tanto quanto o trabalho corporal, embora seja este que leve a um resultado exteriormente perceptível, um produto concreto ou uma mudança de estado ou situação (ALBORNOZ, 2002, p. 11).

Para Cattani (1996, p. 140), o trabalho “é uma experiência social”, “um fator essencial da construção identitária da socialização e da dinâmica das relações sociais”. Segundo o mesmo autor, “trabalhar significa viver, sair do discurso e da representação para se confrontar com o mundo”. Nesse sentido, Erdmann; Lentz (2003, p. 16) afirmam que o trabalho “existe porque se tem a vida e que a vida é grande parte vivida no trabalho”. Percebe-se, assim, a importância deste na e para a vida do ser humano e a necessidade de tornar o ambiente, onde é realizado o melhor possível, para poder desenvolvê-lo com prazer.

O ser humano é um ser naturalmente inacabado, possui potencialidades que trabalhadas podem despertar um ser crítico, motivado, capaz de interagir, aprender, desaprender, aperfeiçoar, reaprender, decidir, criar. Segundo Siqueira (1998, p. 27) “as potencialidades do indivíduo podem ser desenvolvidas através da aprendizagem e experiências vividas, podendo, assim, modificar sua conduta, seu comportamento”. Como um

ser inacabado, vai se construindo ao longo da caminhada e se descobrindo, exteriorizando suas potencialidades que, por vezes, estão adormecidas mas que precisam ser despertadas para aflorar todo o potencial para criar, recriar, transformar.

O pensamento, o sentimento e a intuição que se manifestam de diferentes formas e intensidades em cada indivíduo demonstram, claramente, que não somos dominados apenas por instintos que respondem a estímulos externos. A consciência, a culpa, o idealismo, o humor, entre outras, são, especificamente, características humanas, conforme refere Abraham Maslow (ENGUITA, 1993).

Para Siqueira (2001) o ser humano visto como um ser multidimensional é capaz de adaptar-se, dar sentido e modificar o meio em que se encontra inserido conforme as situações que enfrenta. E a partir daí trabalhar suas potencialidades de acordo com o ambiente em que está inserido. Ser mais ou menos produtivo está diretamente relacionado à consciência de suas potencialidades, pôr em prática o que deseja para atender suas necessidades.

Vendo o ser humano nesta perspectiva é ele que desenvolve o trabalho e se desenvolve com ele. É um ser complexo que tem características peculiares e busca, também com o trabalho, atender suas necessidades, desenvolver suas potencialidades. Segundo Siqueira (1998, p. 27), “as modificações, no comportamento do homem, dependem das motivações, das potencialidades do indivíduo e da natureza da atividade a ser executada”. Isso vale tanto para sua vida dentro da organização quanto fora dela. Se descobrir ou redescobrir, saber suas capacidades e suas limitações, a importância do seu trabalho na sua vida e das outras pessoas e, principalmente conscientizar-se a respeito do reflexo do fazer em sua vida, para sua autovalorização, são questões relevantes na significação que o trabalho tem para o indivíduo e pode exteriorizar-se através da intensidade de sua dedicação.

O ser humano é motivado essencialmente pela necessidade de “estar junto” de “ser reconhecido”, comunicar-se e ser comunicado. É influenciado e exerce influência sobre os outros, procura ajustar-se a outros indivíduos e grupos, procura ser compreendido, aceito. O relacionamento interpessoal o caracteriza como um ser social-político-cultural, que tem necessidade de estar em comunidade, seja esta relação estabelecida em nível familiar, grupal e/ou organizacional. No âmbito organizacional, aumentar a produtividade ou então prestar um serviço de qualidade torna-se impraticável se as necessidades do trabalhador não forem devidamente conhecidas e satisfeitas e este se sentir valorizado ao realizar suas atividades.

Os sentimentos despertados no indivíduo ao realizar o seu trabalho estão relacionados ao que a organização, onde desenvolve suas atividades profissionais, espera dele. Conseqüentemente o ambiente de trabalho pode motivar e permitir que desenvolva suas

potencialidades fazendo com que se sinta como parte daquela organização e assim dedique-se com afinco aos seus afazeres.

Assim, o trabalho pode ser fonte de prazer ou de sofrimento, tendo características ambivalentes. A visualização do trabalho como uma obrigatoriedade, um esforço, um castigo, uma forma de escravidão remunerada, algo que gera sofrimento para quem o realiza e depende dele (ALBORNOZ, 2002) está ligada a sua etimologia. Associar a atividade laboral ao instrumento de tortura dos romanos (*tripalium*) revela esta dimensão penível do trabalho, que o vincula a uma forma de aprisionamento (CATTANI, 1996). Entretanto, quando visto como obra produtiva, possibilitando a concretização de objetos ou tarefas úteis para a sociedade, o trabalho pode ser fonte de realização (CATTANI, 1996).

O trabalho pode ser visto como ato de criação, pois permite ao ser humano expressar-se através de sua obra proporcionando bem-estar, auto-valorização e auto-realização. Valoriza a tendência natural para o que se quer e se gosta de fazer. A realização da obra pode vir pelo esforço físico ou mental concretizando o desejo de criação. Criar permite lançar mão de toda a subjetividade que se consegue expressar através da obra (CATTANI, 1996). A sensação de utilidade, de poder fazer a diferença na vida das pessoas faz com que o trabalho seja estimulante, positivo, benéfico e auto-determinante.

O ser humano ao criar, com vistas à satisfação das suas necessidades, transforma a natureza, utilizando-se, para isto, de sua subjetividade e transpondo para o mundo concreto algo que foi idealizado previamente, projetado em sua consciência. Assim, vislumbra-se a criação como uma ação característica da essência humana. Segundo Braverman (1987), o trabalho humano é produto especial da espécie humana, pois é consciente e proposital, orientado pela inteligência, ao passo que o trabalho dos outros animais é instintivo.

Marx (2006, p. 211) ilustra essa comparação considerando que

o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

Segundo Cattani (1996, p. 140), “o indivíduo produz e cria, realiza os seus momentos de vida, assegura para si e para os seus os recursos que dão acesso aos bens materiais e ao patrimônio cultural”. Além disso, pretende-se deixar o que se produziu para que fique



eternamente e que todas as gerações futuras possam gozar dele e saber quem o fez (ALBORNOZ, 2002).

Na relação ser humano-natureza

uma seqüência de operações sistematicamente reguladas são efetuadas pelos agentes do processo de trabalho que “trabalham” um objeto de trabalho (matéria bruta, matéria-prima, animais domésticos, etc), empregando para tal fim instrumentos de trabalho (ferramentas mais ou menos elaboradas, em seguida, máquinas, etc) de maneira a “transformar” o objeto de trabalho, por um lado, em produtos próprios a satisfazerem as necessidades humanas diretas (alimentação, vestuário, moradia, etc) e, por outro, em instrumentos de trabalho destinados a garantir a prossecução ulterior do processo de trabalho (ALTHUSSER, 1999, p. 45).

Esse processo de trabalho se constitui por agentes, objeto, meios/instrumentos de trabalho e finalidade, sendo um jogo entre produção, consumo e necessidade dos indivíduos. Para Marx (2006, p. 214), “no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto”. O produto é um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma (MARX, 2006).

A manifestação da necessidade gera um trabalho, impulsiona para uma ação, é o motivo pelo qual se executa um projeto que é a antecipação da realidade. O ser humano pode planejar todos os passos para concretizar o que deseja, executar um determinado trabalho, ou seja, pode antever o que irá satisfazer a necessidade (MARX, 2006). Este projeto será executado quando o objeto for trabalhado e direcionado à finalidade para resultar em um produto.

Marx (2006) refere que **objeto do trabalho** é aquele sobre o qual se vai trabalhar a fim de satisfazer a necessidade. Este objeto sob a execução do projeto de trabalho se transforma e passa a ser um **produto**. Em fim, o produto é o que resulta do processo de trabalho.

Para que o produto seja gerado é necessária a transformação do objeto, que ocorre quando sobre ele se imprime uma energia que se torna trabalho, havendo um desgaste real de calorías do corpo. Assim, nem sempre o corpo e a mente são suficientes para imprimir esta transformação, então o ser humano, que põe em ação a **força de trabalho**, necessita usar **meios** – ferramentas - que o auxiliem como se fossem extensões de si mesmo, aumentando a sua capacidade. A partir daí, são os meios/instrumentos de trabalho que entram no processo para atuar sobre o objeto de trabalho (MARX, 2006). Segundo Marx (2006, p. 214) “os meios

de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho”.

Reportando-se ao processo de trabalho em saúde, Pires (1999) identifica os elementos do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Segundo a autora a **finalidade** consiste na ação terapêutica de saúde; como **objeto** é o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; os profissionais de saúde são os detentores da **força de trabalho**; o **instrumental** de trabalho são os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o **produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

O processo de trabalho no APH móvel inter-relaciona o **objeto**, que são os clientes/vítimas; a **força de trabalho**, que são os recursos humanos - compreende os profissionais oriundos da área da saúde que atuam no APH: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os recursos humanos ainda englobam os serviços de apoio e a coordenação/gerência; os **meios/instrumentos**, que correspondem aos recursos materiais - materiais e equipamentos disponíveis para a equipe prestar o atendimento -, aos recursos financeiros que se referem às formas de suprimento destes materiais e equipamentos utilizados e ao saber - as atividades desenvolvidas para atender o cliente/vítima, o conhecimento específico dos profissionais que atuam no APH móvel; e a **finalidade**, que se refere à manutenção da vida do cliente/vítima (o objeto). O produto, portanto, é o resultado do processo, é o sujeito cuidado.

O quadro a seguir ilustra a aplicação do processo de trabalho.

Quadro 4 - O Processo de Trabalho

	PROCESSO DE TRABALHO <sup>1</sup>	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE <sup>2</sup>	PROCESSO DE TRABALHO NO APH MÓVEL
Objeto	sobre o qual se vai trabalhar a fim de satisfazer a necessidade	indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças	os clientes/vítimas
Força de Trabalho	trabalhador: detentor da força de trabalho	profissionais de saúde	# <b>Recursos Humanos:</b> os profissionais oriundos da área da saúde que atuam no APH - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem; os serviços de apoio e a coordenação/gerência.
Meios/ instrumentos	auxiliam como se fossem extensões do ser humano, aumentando a sua capacidade	instrumentos e condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde	# <b>Recursos Materiais:</b> os materiais e equipamentos disponíveis para a equipe prestar o atendimento. # <b>Recursos Financeiros:</b> às formas de suprimento destes materiais e equipamentos utilizados # <b>os saberes</b> operados/desenvolvidos, o conhecimento específico, que se expressam nas atividades desenvolvidas pelos profissionais para atender o cliente/vítima.
Finalidade	satisfazer a necessidade	ação terapêutica de saúde	<b>manutenção da vida do cliente/vítima</b> até a chegada ao hospital, prevenindo o surgimento de novas lesões ou o agravamento das já existentes
Produto	material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. Resultado do processo de trabalho	a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida	O cliente/vítima de trauma cuidado/atendido;

Fonte: Marx (2006)<sup>1</sup>, Pires (1999)<sup>2</sup> - organizado pela autora.

Na área da saúde, particularmente, se produz atos de saúde buscando a produção do cuidado. O processo de trabalho em saúde se constitui como um espaço de relação e de movimento constante. Vale ressaltar que os instrumentos de trabalho não são naturais, mas

sim construídos historicamente pelo sujeito que assim entende sua possibilidade de intervenções sobre o objeto (ROSSI; SILVA, 2005). Ao passo que, se o objeto modificar em relação as suas necessidades, as intervenções do trabalhador também deverão alterar (MENDES GONÇALVES, 1992). Segundo Cezar Vaz (1999, p. 69)

a prática em saúde tem suas origens em necessidades determinadas socialmente e se volta para o atendimento delas. Como trabalho, através de seus agentes, transforma a natureza para satisfazer carências e com isso constrói o mundo da saúde, o campo da saúde e suas teorias, nas suas infinitas particularidades.

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais ou trabalhadores capacitados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional (PIRES, 1999). O trabalho que depende do conhecimento dificilmente se presta, ao método de divisão de tarefas em simples peças de um mesmo conjunto, ou então, às rígidas e elementares descrições de tarefas que caracterizam o trabalho físico. Ao contrário, ele abarca um diálogo constante que envolve a troca de dados e de novas informações e inclui pessoas cujas atividades estão vinculadas ao seu colega, pois todos são responsáveis por um aspecto do trabalho e (provavelmente) não trabalham isolados, mas como equipes (BRANDEN, 1999).

A enfermagem, tendo por essência o cuidado, tem como uma de suas características desenvolver o trabalho em equipe. Na enfermagem fica muito visível que não se pode e não se faz nada sozinho, precisa-se de todos os componentes da equipe. A união, o respeito, a cooperação, o diálogo, a aceitação do outro com suas especificidades são a base para o bom relacionamento da equipe que deve ter no conhecimento a estruturação e a solidificação das relações interpessoais no desempenho das funções de cada integrante.

O **trabalho em equipe** tem uma representação diferenciada, pois não acontece apenas a partir do esforço e do querer individual. O que se espera é que a partir desse esforço se possa ter um bem coletivo, não sendo possível pensar em fazer algo que somente o beneficie enquanto indivíduo, mas sim que seja em benefício do grupo. Para que isto ocorra, é necessário haver uma harmonia e uma articulação entre os membros a fim de se obter um resultado satisfatório, atingindo o objetivo do todo.

O grupo multiprofissional se constitui de diversos membros cuja especificidade de formação básica deve ser respeitada. Todos devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, nesta forma de trabalho existem vantagens adicionais, como o crescimento profissional pela constante troca de informações, maior confiança individual e no serviço como um todo.

O trabalho em equipe exige uma especificidade de cada profissional e áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos. Para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: capacitação profissional, a interface do trabalho dos profissionais e a autonomia dos profissionais.

A autonomia se refere ao grau de independência e de critério pessoal que o trabalhador tem para planejar e executar o seu trabalho. Refere-se à liberdade e à independência para programar seu trabalho, selecionar os recursos materiais que deverá utilizar e decidir que métodos ou procedimentos deverá seguir. A autonomia está relacionada com o lapso de tempo de que o profissional dispõe para receber supervisão direta de seu gerente. Assim, quanto maior a autonomia maior a extensão de tempo em que deixa de receber supervisão direta e maior a auto-administração do próprio trabalho (CHIAVENATO, 2004).

Ocorre falta de autonomia quando os métodos de trabalho são previamente determinados, os intervalos são rigidamente controlados, a mobilidade física da pessoa é restrita, os insumos de seu trabalho dependem da gerência ou de outros. Pois contrário a isto, a autonomia proporciona liberdade de métodos, programação do trabalho e intervalos de repouso, mobilidade física ilimitada, deixando de depender da gerência ou de outras pessoas (CHIAVENATO, 2004).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. “Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção, e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade” (PIRES, 1999, p. 29).

O **serviço** é visto como um todo, no qual todos os profissionais que nele trabalham contribuem para alcançar o que a instituição se propõe. Para Siqueira (2001, p. 92) “devem funcionar de forma dinâmica, interdependente, inter-relacionada/integrada”, para alcançar o produto.

Nos serviços de saúde, a produção e o consumo de serviços atuam simultaneamente. Segundo Siqueira (2001, p. 99) o “trabalho humano desenvolve-se através de diversas ações, com a finalidade de produzir saúde”. Para a autora, estas ações correspondem às ações profissionais específicas da saúde, administrativas e de apoio. As ações exercidas pelos profissionais (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social), “se envolvem diretamente com o cliente, oferecendo o produto, isto é, prestando assistência” (SIQUEIRA, 2001, p. 99). Entretanto, são as ações profissionais, as atividades administrativas e os serviços de apoio/suporte que, em conjunto, fazem a instituição/serviço funcionar, com a finalidade de

prestar a assistência/cuidado, atendendo as necessidades das pessoas. Para isto, precisam de um ambiente de trabalho favorável e práticas gerenciais participativas a fim de conseguir produzir de maneira adequada.

Os **serviços de apoio** no APH são representados por aqueles serviços que fornecem os meios necessários para que os serviços fins (atividades ligadas diretamente à consecução dos objetivos, refere-se aos agentes diretamente envolvidos com a entrega do serviço) consigam desempenhar, com eficiência, o que a instituição se propõe. Os serviços de apoio amparam os serviços fins, ressaltando a grande importância que representam em termos da eficiência e eficácia da sua produtividade em relação aos resultados esperados pela organização. A produtividade será altamente prejudicada quando algum dos serviços de apoio deixar de executar, em tempo hábil e com qualidade suas tarefas. O que é mais significativo para a organização não se refere às ações individuais de um ou outro serviço, mas a sua relação, interconexão/integração dentro da abordagem da totalidade e interdependência, buscando satisfazer as necessidades da clientela e, assim, cumprindo o objetivo da organização (SIQUEIRA, 2001).

Segundo Sell (1994), para que o trabalho aconteça é necessário dispor de condições de trabalho. Estas condições incluem tudo o que o influencia: o ambiente, a tarefa, a função, os meios de produção, a organização do trabalho, as relações entre produção e salário, ou seja, as formas gerenciais.

Sugere-se que boas condições de trabalho significam meios de produção adequados às pessoas, objetos de trabalho, cargos, controle sobre os fatores ambientais adversos, organização do trabalho que garanta a integridade física e psíquica do homem, organização temporal do trabalho, um regime de pausas que possibilitem a recuperação das funções fisiológicas do trabalhador, remuneração de acordo com a solicitação do trabalhador no seu sistema de trabalho, clima social sem atritos.

A higiene do trabalho refere-se a um conjunto de normas e procedimentos que visa à proteção da integridade física e mental do trabalhador, preservando-o dos riscos de saúde inerentes às tarefas do cargo e ao ambiente físico onde são executadas. A higiene do trabalho relaciona-se com o diagnóstico e a prevenção das doenças ocupacionais a partir do estudo e controle de duas variáveis: o homem e o seu ambiente de trabalho (CHIAVENATO, 2004, p. 431).

“A higiene do trabalho está relacionada com condições ambientais do trabalho que assegurem a saúde física e mental e com condições de saúde e bem-estar das pessoas” (CHIAVENATO, 2004, p. 430). Assim, um ambiente saudável deve envolver condições

ambientais físicas que atuem positivamente sobre todos os órgãos dos sentidos humanos – como visão, audição, tato, olfato e paladar. Do ponto de vista de saúde mental, o ambiente de trabalho “deve envolver condições psicológicas e sociológicas saudáveis e que atuem positivamente sobre o comportamento das pessoas evitando impactos emocionais, como o estresse” (CHIAVENATO, 2004, p. 430). Nesse sentido, “um ambiente de trabalho agradável pode melhorar o relacionamento interpessoal e a produtividade, bem como reduzir acidentes, doenças, absenteísmo e rotatividade do pessoal” (CHIAVENATO, 2004, p. 431).

Nesse sentido, o **ambiente de trabalho** se caracteriza por condições físicas e materiais e por condições psicológicas e sociais para que se possa executar o trabalho. De um lado, os aspectos ambientais que impressionam os sentidos e que podem afetar o bem-estar físico, a saúde e a integridade física das pessoas. De outro lado, os aspectos pessoais que podem afetar o bem-estar psicológico, a saúde mental e a integridade moral das pessoas (CHIAVENATO, 2004).

O pensamento, o sentimento e a intuição que se manifestam de diferentes formas e intensidades em cada indivíduo demonstram claramente que não somos dominados, apenas, por instintos que respondem a estímulos externos. A consciência, a culpa, o idealismo, o humor, etc, são especificamente características humanas, conforme refere Abraham Maslow (ENGUIITA, 1993). Assim, essas características contribuem para que o impacto das condições de trabalho tome maiores ou menores proporções, em relação aos efeitos no organismo humano, provocando ações e reações benéficas ou não, para cada pessoa, de acordo com o seu limiar de tolerância ao estresse, que está frequentemente relacionado às condições e ao ambiente de trabalho.

O **estresse** é definido por Chiavenato (2004, p. 433) como “um conjunto de reações físicas, químicas e mentais de uma pessoa decorrente de estímulos ou estressores que existem no ambiente”. É uma condição dinâmica, na qual uma pessoa é confrontada com uma oportunidade, restrição ou demanda relacionada com o que ela deseja. O autoritarismo do chefe, a desconfiança, a pressão das exigências e cobranças, o cumprimento do horário de trabalho, a monotonia de certas tarefas, o baixo astral dos colegas, a falta de perspectiva de progresso profissional e a insatisfação pessoal não somente derrubam o bom humor das pessoas, como também provocam estresse no trabalho (CHIAVENATO, 2004).

O estresse é a soma das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por diversos agentes agressores, tais como: traumas, emoções fortes, fadiga, exposição a situações conflitivas e problemáticas. Certos fatores relacionados com trabalho, como sobrecarga de atividade, pressão de tempo e urgência, relações problemáticas com a gerência ou clientes,

provocam reações como nervosismo, inquietude, tensão. Existem duas fontes principais de estresse no trabalho: ambiental e pessoal (CHIAVENATO, 2004, p. 433).

Para Chiavenato (2004), as conseqüências humanas do estresse incluem ansiedade, depressão, angústia e várias conseqüências físicas, como distúrbios gástricos e cardiovasculares, dores de cabeça, nervosismo e acidentes. Na instituição/organização, interfere na quantidade e qualidade do trabalho, no aumento do absenteísmo e rotatividade e na predisposição a queixas e reclamações. No entanto, para algumas pessoas, “o estresse não é necessariamente disfuncional, pois elas trabalham bem sob pequena pressão e são mais produtivas em uma abordagem de cobrança de metas” (CHIAVENATO, 2004, p. 433).

Uma outra condição que influencia no trabalho são as **práticas gerenciais**. Estas devem possibilitar abertura de espaços para a participação de todos os trabalhadores no processo decisório, permitindo desenvolvimento da criatividade para um fazer diferente, um fazer compartilhado, ou seja, construtivo (SIQUEIRA, 2001). A partir dessa visão temos a inclusão do outro nos processos gerenciais, não como um recurso, mas sim como sujeito das ações. Esse outro pode ser o colega de equipe, o profissional de outra área ou o próprio usuário, e vem dotado de saberes, emoções, limitações, potencialidades, poderes – enfim de características humanas e define juntamente com o coordenador/gerente a qualidade do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

O trabalho gerencial é coletivo, interdependente, determinado pelas demandas e necessidades do cliente sendo que o sucesso está ancorado na ética e em times de trabalho que respeitem e valorizem as diferenças enquanto aspectos complementares de grupos heterogêneos que colocam a disposição do cliente seus conhecimentos e habilidade (ROSSI; SILVA, 2005). Assim, devem ser considerados fatores como a capacidade e envolvimento dos gestores, dos profissionais que comandam em instâncias mais elevadas no interior dos estabelecimentos, dos profissionais das áreas de apoio, dos profissionais da área da assistência e o usuário como imprescindíveis para o sucesso das ações gerenciais focadas no cuidado (ROSSI; SILVA, 2005). Rossi e Silva (2005) enfatizam o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários para que haja mudanças nas formas de se fazer gestão e assistência, pois são eles que refletem o cotidiano (ROSSI; SILVA, 2005).

Particularmente, se referindo ao trabalho do enfermeiro, enquanto componente da equipe de APH móvel, espera-se que gerenciar o cuidado resulte em mais do que, simplesmente, organizar o serviço segundo padrões de eficiência. É esperado que consiga, também, construir sujeitos que contribuem para a caracterização e concretização do cuidado. O gerenciamento do cuidado exige dos profissionais de saúde, uma visão que integre e acolha



os valores e lógicas diferenciadas impressos nas necessidades dos usuários. Diante disso, é necessária uma imersão dos profissionais nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia, no sentido de satisfazerem às necessidades emergentes nos processos de trabalho, cujas soluções não são encontradas em nenhum manual de normas, rotinas e técnicas. O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado, hoje, é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia. E através dessas mesmas relações, sustentar a satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários potencialmente capazes para intervirem no trabalho (ROSSI; SILVA, 2005).

Trabalhar as potencialidades do ser humano trabalhador significa valorizar o seu pensar, fazer, enquanto lhe oferece condições para prosseguir no seu desenvolvimento, sua realização. Visto dessa maneira é dignificar o ser humano e propiciar-lhe uma melhor qualidade de vida no trabalho.

**Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)** refere-se à preocupação com bem-estar geral e a saúde dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas. Atualmente o conceito de QVT envolve tanto os aspectos físicos e ambientais, como os aspectos psicológicos do local de trabalho. A QVT tem sido utilizada como indicador das experiências humanas no local de trabalho e o grau de satisfação das pessoas que desempenham o trabalho. Para alcançar níveis elevados de qualidade e produtividade, “as organizações precisam de pessoas motivadas, que participem ativamente nos trabalhos que executam e que sejam adequadamente recompensadas pelas suas contribuições” (CHIAVENATO, 2004, p. 448).

Chiavenato (2004) apresenta os componentes da QVT: a satisfação com o trabalho executado; as possibilidades de futuro na organização; o reconhecimento pelos resultados alcançados; o salário recebido; os benefícios auferidos; o relacionamento humano dentro do grupo e da organização; o ambiente psicológico e físico do trabalho; a liberdade e responsabilidade de tomar decisões, as possibilidades de participar.

Assim, a QVT representa “o grau em que os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais através do seu trabalho na organização”, uma vez que para “satisfazer o cliente externo as organizações precisam antes satisfazer os seus funcionários responsáveis pelo produto ou serviço oferecido” (CHIAVENATO, 2004, p. 448).

Para Chiavenato (2004, p. 449), o desempenho no cargo e o clima organizacional representam fatores importantes na determinação da QVT. Ainda, segundo o autor, “se a qualidade do trabalho for baixa, conduzirá a alienação do empregado e à insatisfação, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes”. Nesse sentido, entende-se

que a qualidade do trabalho elevada conduz a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual as pessoas tendem a aumentar suas contribuições e elevar suas oportunidades de êxito psicológico enquanto a administração tende a reduzir mecanismos rígidos de controle social (CHIAVENATO, 2004).

Assim, a inter-relação desses fatores gera um desempenho satisfatório dos profissionais em qualquer que seja a instituição/organização e será possível prestar um serviço de qualidade por encontrar satisfação no e com seu trabalho. Isto resulta em um atendimento mais rápido e eficaz que poderá garantir, no caso do APH móvel, uma chance maior de sobrevivência à vítima reduzindo a possibilidade de seqüelas.

As práticas e os conhecimentos apresentados fornecem a base sólida necessária para avaliar e gerenciar a maioria das emergências encontradas pelo profissional no ambiente Pré-Hospitalar. O indivíduo que se torna um profissional de emergência assume a responsabilidade pela vida do cliente o qual ele concorda em administrar. Nesta profissão são necessárias decisões críticas imediatas baseadas em conhecimentos, avaliação e competência.

### **3.4 A Educação no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

Conhecer é saber. Este saber constitui o resultado de aprender a aprender. Enquanto o conhecer é saber a habilidade é o saber fazer. Para Senge (1998) é necessária a abertura em busca de novas descobertas, procurando aprender, desaprender e reaprender. Significa utilizar e aplicar o conhecimento, seja para resolver problemas ou situações ou criar e inovar. A competência é o saber fazer acontecer, permite alcançar e superar metas e resultados, agregar valor, obter excelência e abastecer o espírito empreendedor (CHIAVENATO, 2004).

Para Freire (1987), a educação é um elo na libertação dos homens, possibilitando-lhes a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesmo, mas constituindo-se num instrumento da ação crítica e criativa. As pessoas apresentam uma grande capacidade de aprender e se desenvolver. “Aprendizagem significa uma mudança no comportamento da pessoa através da incorporação de novos hábitos, atitudes, conhecimentos e destrezas” (CHIAVENATO, 2004, p. 339). Os processos de desenvolvimento de pessoas estão intimamente relacionados com a educação. “Educar significa extrair, trazer, arrancar” (CHIAVENATO, 2004, p. 334). Representa a necessidade do ser humano de trazer de dentro para fora as suas potencialidades interiores. A palavra educar, segundo Chiavenato (2004, p. 334), significa

a exteriorização dessas latências e do talento criados da pessoa. Todo modelo de formação, capacitação, educação, desenvolvimento deve assegurar ao ser humano a oportunidade de ser aquilo que pode ser a partir de suas próprias potencialidades, sejam elas inatas ou adquiridas.

Desenvolver pessoas não é apenas dar-lhes informação para que elas aprendam novas habilidades e destrezas e se tornem mais eficientes naquilo que fazem. É, sobretudo, dar-lhes a formação básica para que aprendam novas atitudes, soluções, idéias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem. Formar, para Chiavenato (2004, p. 334), “é muito mais do que simplesmente informar, pois apresenta um enriquecimento da personalidade humana”.

As pessoas constituem o principal patrimônio das organizações. “As organizações precisam de pessoas espertas, ágeis, empreendedoras e dispostas a assumir riscos” (CHIAVENATO, 2004, p. 338), pois são elas que conduzem os negócios, produzem e prestam serviços. Nesse sentido, a capacitação e o desenvolvimento das pessoas vêm como estímulo para melhorar a atuação dos profissionais e mantê-los na instituição/serviço.

A capacitação serve como um meio para alavancar o desempenho no cargo, é “um processo pelo qual a pessoa é preparada para desempenhar de maneira excelente as tarefas específicas” (CHIAVENATO, 2004, p. 338). É um meio de desenvolver competências nas pessoas para que se tornem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de contribuir melhor para os objetivos organizacionais, além de produzir uma mudança relativamente permanente em um indivíduo e melhorar sua capacidade de desempenhar um cargo. Pode envolver uma mudança de habilidades, atitudes ou comportamentos. Isso significa mudar aquilo que os profissionais conhecem, como eles trabalham, suas atitudes perante o seu trabalho ou suas interações com os colegas ou gerência.

Através da capacitação a pessoa pode assimilar informações, aprender habilidade, desenvolver atitudes e comportamentos diferentes e desenvolver conceitos abstratos (CHIAVENATO, 2004). Ao desenvolverem habilidades nas pessoas, também estão transmitindo informações e incentivando o desenvolvimento de atitudes e de conceitos, simultaneamente.

Segundo Chiavenato (2004), além das informações, habilidades, atitudes e conceitos, a capacitação está sendo fortemente inclinada a desenvolver certas competências desejadas pela organização. A capacitação por competência se baseia em um prévio mapeamento das competências essenciais necessárias ao sucesso organizacional.

Ao iniciar o atendimento ao cliente, o conhecimento, as atitudes, as habilidades e o comportamento a ser adotado devem estar prontamente de acordo com as necessidades de cada um a ser socorrido. Por isso a educação permanente é indispensável e constitui-se como ferramenta necessária para manter atualizadas as tecnologias e os avanços científicos em relação à administração e o atendimento ao cliente.

A manutenção de pessoas satisfeitas exige um conjunto de cuidados especiais, entre os quais sobressaem os estilos de gerência, as relações com os empregados e os programas de higiene e segurança do trabalho que assegurem qualidade de vida na organização. Os processos de manutenção das pessoas existem para manter os participantes satisfeitos e motivados e para assegurar condições físicas, psicológicas e sociais de permanecer na organização, obter seu compromisso (CHIAVENATO, 2004). Da mesma forma que todos estes processos visam a proporcionar um ambiente físico, psicológico e social de trabalho agradável e seguro, visam também, assegurar relações sindicais amigáveis e cooperativas, pois são importantes elementos na definição da permanência das pessoas na organização e na sua motivação para o trabalho (CHIAVENATO, 2004).

O atendimento de qualidade às vítimas de trauma, como produto a ser alcançado pelas instituições/serviços que prestam o APH móvel, envolve a vida do ser humano, única e de grande complexidade. Assim, é necessária uma equipe multiprofissional que busca soluções mais adequadas para a manutenção da vida e preservação de seqüelas, resultando no processo de viver saudável do cliente. Portanto, para prestar o atendimento, exige um número de pessoas qualificadas e especializadas, para poder atender as necessidades das múltiplas complexidades dos clientes (SIQUEIRA, 2001).

Para a prestação de um APH de qualidade a educação permanente vem como um componente indispensável para a recertificação dos recursos humanos. Para Roschke citada por Dellatorre (2003), “educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Dellatorre (2003) refere, ainda,

que demandas de capacitação não se definem a partir de listas individuais de atualização e orientações de nível central, mas de problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a necessidade de prestar serviços relevantes e de qualidade. Como? Problematizando o processo e a qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, identificando necessidades.

Fica evidente a necessidade da capacitação dos profissionais vir ao encontro das lacunas do serviço diário, permitindo identificar, analisar e repensar as ações individuais e coletivas do trabalho realizado.

As instituições/organizações necessitam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos, realizando um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional. Uma das estratégias para que isto ocorra é a educação do funcionário no seu local de trabalho, facilitando a transformação do potencial do trabalhador em comportamentos objetivos, de acordo com a realidade que o cerca.

A capacitação dos trabalhadores da saúde deve trabalhar os aspectos em relação a abrangência do cuidado e do saber cuidar. Apontar caminhos para revalorização do caráter humano da assistência através do “desenvolvimento de habilidade cognoscível e intuitiva para **ver** [grifo do autor] o ser humano como ele se apresenta, pelo contato integral, interessando tanto o que a competência técnica possibilita como o que a sensibilidade apreende” (CAPELLA; LEOPARDI, 1999, p. 86).

A Portaria nº 198 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004c, p. 01). Para isto, o Ministério da Saúde considerou alguns aspectos como: o desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS; a necessidade de formação de recursos humanos para a área da saúde; a necessidade de formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde, isso para qualificar as práticas de saúde e de educação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004c).

Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e, entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre a formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004c). “A Educação Permanente em Saúde (EPS) realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção de saúde coletiva” (BRASIL, 2004c, p. 02).

Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004c).

A PNEPS é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da EPS: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e, entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004c).

Propõe-se a implantação e mobilização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS como estratégia de articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2004c).

O MS tem como objetivo elaborar projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como, a educação popular para gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c).

O MS considera os PEPS uma das principais estratégias para a implementação da política de formação e desenvolvimento e para o fortalecimento do trabalho no SUS. Está em desenvolvimento pelo

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e possibilita a indispensável articulação entre gestores do SUS e instituições formadoras para adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema. A falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS (BRASIL, 2004c, p. 01).

Os PEPS serão núcleos de articulação entre gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino, serviços e representação estudantil e terão como função principal propiciar o debate amplo à cerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores e demais

atores sociais da saúde (BRASIL 2004b). No entanto, também estão sendo organizados o acompanhamento e avaliação das iniciativas, que possibilitarão superar as limitações atuais que enfrentam os tradicionais processos de capacitação (teóricos, descolados da realidade, descontextualizados) (BRASIL, 2004b).

Os Pólos devem resultar em melhor integração dos serviços, maior produção de conhecimento dirigida às necessidades do sistema e, sobretudo, intensificação dos processos de mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004b).

Portanto, se chega a definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, de uma PNEPS, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre políticas públicas (BRASIL, 2004c).

A portaria nº 2.048 propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU), considerando o, ainda, importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada<sup>22</sup> dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor. Os NEU devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual (BRASIL, 2002 Portaria).

O Regulamento Técnico (Portaria nº 2.048) propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de NEU, pela necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado. Também refere o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências. E, ainda, considera a escassez de

---

<sup>22</sup> Esta Portaria nº 2.048 de 30 de outubro de 2003 é anterior à elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde – Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, por isso fala-se em Educação Continuada ao invés de Educação Permanente.

docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação, bem como, a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender a demanda existente.

Processos promotores de aprendizagem (aspectos metodológicos e procedimentos pedagógicos) serem motivados pela análise de realidade, do trabalho ou situação de vida, centrado em situações-problema; considerarem que os trabalhadores trazem consigo o desejo de crescer e aprender; envolverem os trabalhadores no planejamento e avaliação de suas instruções; as experiências do grupo (inclusive erros) fornecerem a base para as atividades de aprendizagem; perceberem que os trabalhadores são mais interessados em aprender matérias que têm relevância imediata para seu trabalho e vida pessoal (LENTZ; MACHADO, 2003).

Os profissionais de saúde e, particularmente os trabalhadores de enfermagem, tendem a valorizar os momentos educativos da sua prática social, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica material (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

Como os trabalhadores tendem a focar sua intervenção em procedimentos centrados nos equipamentos, dado que os processos de trabalho são instaurados a partir das possibilidades que os instrumentos oferecem, passam a ser qualificados tecnicamente para operar equipamentos e limitam-se diante da possibilidade de redefinir o objeto a partir de um projeto redigido pelas necessidades de saúde (CAMPOS, 2004).

A capacitação, para Chiavenato (2004) é o processo de desenvolver qualidades nos recursos humanos para habilitá-los a serem mais produtivos e contribuir melhor para o alcance dos objetivos organizacionais. Tem o propósito de aumentar a produtividade dos indivíduos em seus cargos influenciando seus comportamentos, “a fim de produzir uma mudança relativamente permanente em um individuo e melhorar sua capacidade de desempenhar um cargo” (CHIAVENATO, 2004, p. 339).

Através de cursos de aperfeiçoamento o profissional pode “assimilar informações, aprender habilidades, desenvolver atitudes e comportamentos diferentes e desenvolver conceitos abstratos” (CHIAVENATO, 2004, p. 339). As instituições/serviços ao desenvolverem habilidades nas pessoas, também estão transmitindo informações e incentivando o desenvolvimento de atitudes e de conceitos, simultaneamente. Boa parte dos programas educação permanente “procuram mudar as atitudes reativas e conservadoras das pessoas para atitudes proativas e inovadoras para melhorar seu espírito de equipe e sua criatividade” (CHIAVENATO, 2004, p. 340).



### 3.5 O Olhar da Enfermagem no Cuidado às Vítimas do Trauma

Muito da história da saúde foi sendo construída, moldada de acordo com as crenças e valores de cada povo em determinadas épocas. Do mesmo modo ocorreu com a percepção em relação às necessidades das pessoas, que foi sendo alterada de acordo com o passar do tempo e o surgimento de uma outra forma de viver, desencadeada e impulsionada, principalmente, pelo avanço científico e tecnológico. Este fato determinou o ritmo e modificou os hábitos de vida das pessoas e, conseqüentemente, a representatividade da saúde, da doença, da cura e do cuidado.

A história do APH móvel, também foi sendo construída com o passar dos anos de acordo com as necessidades que vinham surgindo em relação à existência de um tipo de atendimento diferenciado às pessoas que eram acometidas por urgências e emergências de natureza variada, que sofriam traumas em via pública. Nascia aí, um serviço que concebia o cliente de uma maneira peculiar, por conta das condições que se encontrava no momento da ocorrência e de um cenário diferenciado do hospital, que disponha de todos os recursos necessários para fornecer assistência/cuidado à vítima.

Um tipo de atendimento que necessita de constantes remodelações na busca por uma assistência/cuidado cada vez mais qualificada. Pois se trata de um atendimento no qual o tempo é um fator determinante para a manutenção da vida e a prevenção de seqüelas às pessoas vítimas de um agravo.

Em virtude disso, o preparo do profissional que realiza o atendimento é primordial, assim como subsídios fornecidos pelos recursos humanos, materiais e financeiros. A rapidez e a segurança com que o profissional executa os procedimentos é um diferencial para o sucesso e a qualidade da assistência/cuidado.

Este tipo de trabalho não se realiza isoladamente. É um trabalho em equipe, onde as ações de cada profissional componente representam o todo, pois necessitam dos saberes e do empenho de cada um que a compõe e da integração destes em benefício do grupo e das vítimas. A articulação e harmonia do grupo de trabalho do APH móvel refletem diretamente no resultado que será obtido em relação ao objetivo que se constitui no cuidado às vítimas do trauma.

Esta equipe de APH móvel é constituída por um grupo multiprofissional, do qual fazem parte diversos membros cuja especificidade de formação básica deve ser respeitada. Conta-se, então, com os profissionais oriundos da área da saúde e os não oriundos da área da saúde. Entre os da área da saúde estão os auxiliares de enfermagem, os técnicos de

enfermagem, o enfermeiro e o médico. O segundo grupo é composto pelo motorista (condutor de veículos de urgência), telefonista – auxiliar de regulação e rádio-operador. Estes dois grupos articulados e integrados é que torna o desenvolvimento do trabalho no APH móvel possível. Caracterizam-se por uma interdependência das atividades que realizam, sendo que o resultado poderá ser satisfatório ou não, dependendo do empenho de cada profissional que refletirá no todo.

O trabalho em equipe exige uma especificidade de cada profissional e áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos. A união, o respeito, a cooperação, o diálogo, a aceitação do outro com as suas particularidades, são a base para o bom relacionamento da equipe que deve ter no conhecimento a estruturação e a solidificação das relações interpessoais no desempenho das funções de cada integrante.

O trabalho da equipe de APH móvel está ancorado na assistência/cuidado, que são expressos, vivenciados, direcionados, prestados por alguém e para alguém. Não podem ser praticados sem o cuidador e o ser cuidado. O profissional de enfermagem, enquanto componente desta equipe, direciona a essência do seu fazer – o cuidar - ao ser humano, uma vez que o processo de trabalho da enfermagem é o próprio cuidado.

Para Waldow (1999, p. 17) o cuidado é “uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente”. Este surge quando há uma relação com o outro, com a natureza, com o mundo, com o que tem vida e expressa vida.

A enfermagem está relacionada ao ato de cuidar, da arte de cuidar de alguém. As pessoas que atuam na enfermagem, assim como em qualquer outra área, têm uma formação própria, baseada em crenças, costumes e valores familiares e sociais, são sócio-político-culturalmente diferentes, singulares pelas suas vivências. Mas, em termos de conhecimento específico que prepara para a atuação na enfermagem, é relevante considerar a necessidade de aprender constantemente, pois quanto mais se sabe, mais qualitativo se torna o atendimento, valorizando o trabalho e conseqüentemente o trabalhador.

O cuidado se dá na presença, na proximidade, no convívio, na expressão intersubjetiva<sup>23</sup> de cada ser que a vivencia, pois assim estará praticando-o. O cuidado fala através do corpo, da atitude, do gesto, utiliza-se de diversas formas para se expressar. Não se faz por uma regra, é subjetivo, é singular. Não tem hora para acontecer, nem local, muito

---

<sup>23</sup> Intersubjetivo é o que ocorre entre ou envolve consciências individuais. Relativo às relações entre os vários sujeitos humanos, acessível a ou passível de ser estabelecido para dois ou mais sujeitos; que é válido para um sujeito qualquer (HOUAISS; VILLAS; MELLO, 2001, p. 1637).

menos forma pré-definida, vai sendo construído pelas pessoas que o recebem, expressam e vivenciam-no. É necessário sentir para descobrir como fazer, interagir, participar, ser e estar, “estar presente”. Verdadeiros cuidadores precisam conhecer, ouvir quem cuidam, saber como se comportam, quais suas necessidades.

Enquanto componente da equipe de APH, o profissional de enfermagem exerce o cuidado às vítimas de trauma, a essência do seu fazer enquanto profissão, procurando aliviar o sofrimento, prestando um atendimento em curto prazo, pela particularidade e necessidades imediatas do indivíduo que sofreu um agravo desta natureza. Uma atenção que agrega conhecimento, agilidade, rapidez e segurança, mas que conta também com a percepção do profissional na abordagem à pessoa. Essa percepção se define por uma relação do sujeito com o mundo exterior, envolvendo a personalidade, a história pessoal, a afetividade, orientando para a ação cotidiana (CHAUI, 1999).

Quando se fala em atendimento de enfermagem no APH móvel, deve-se ter em mente um atendimento visando a integridade, integralidade e ao mesmo tempo a individualidade de cada ser humano a ser atendido.

Siqueira (1998) refere que o ser humano pode ser visto como um sistema aberto com necessidades biológicas, psicológicas e sociais a serem satisfeitas. Deve-se estar atento para as necessidades manifestadas, considerando esse ser como um todo, inserido e atuante no meio em que vive, contrariando a concepção cartesiana do organismo humano, que o trata como uma máquina biológica complexa, uma divisão entre corpo e mente, a separação conceitual entre os indivíduos e seu meio ambiente.

Conceber o ser humano como um ser integral, para Siqueira (2001, p. 77), significa vê-lo na sua multidimensionalidade, “que, de forma contínua, inter-relaciona-se e, enquanto cada uma de suas dimensões exerce influência sobre as demais, pode modificá-las”. Denota-se a integralidade do ser humano em relação ao seu conjunto bio-psico-social-espiritual, de maneira interdependente e interconectada, influenciando e sendo influenciadas umas pelas outras. Sendo que a vítima de trauma, mesmo nas condições em que se encontra, continua sustentando essa relação, devendo ser observado essa multidimensionalidade no momento do atendimento.

Para Kirchhof (1997, p. 30)

[...] todo ser humano possui uma normatividade própria, que se expressa como ‘saúde’ e que essa normatividade é individual, porque apesar de semelhantes na constituição, não somos iguais nas proporcionalidades. Somos constituídos pelos mesmos elementos, contudo há diferenças proporcionais que nos tornam individuais.

O ser humano considerado na sua individualidade manifesta necessidades diferenciadas enquanto ser saudável. No entanto, quando acometido por incidentes repentinos causados por traumas requer cuidados específicos. Esse cuidado se configura diferenciado pelo fato deste ser humano se encontrar com ferimentos, estes graves ou não, fragilizado, abalado emocionalmente, muitas vezes inconsciente pelo tipo de trauma que foi vítima.

Nas situações de urgência e emergência os profissionais devem estabelecer prioridades de assistência de acordo com a avaliação prévia, com o intuito de identificar e tratar as situações que venham a ameaçar a vida da vítima. Considerando para isto, o tempo como um fator determinante para garantir a sobrevivência e não permitir que ocorram seqüelas em decorrência do tempo de resposta entre o acionamento da equipe de APH móvel e o atendimento. É imprescindível, para uma assistência de qualidade, “a arte, a habilidade, o conhecimento, a emoção, o sentido” (ROCHA et al, 2003, p. 695) vivenciando e compartilhando as informações.

Dessa forma, o profissional da equipe de enfermagem é orientado por um caminho de tomada de decisões mais relativas à percepção da cena, do indivíduo, da equipe, em fim, do conjunto das necessidades serem observadas no momento da ocorrência. Exige a análise da situação e interpretação, segundo as vivências profissionais e da perspectiva do atendimento. É necessário tomada de decisões para solução da problemática no menor espaço de tempo possível.

O profissional de enfermagem que atua no APH móvel deve realizar um cuidado com vistas a proteger esse ser humano, procurando manter sua vida e reduzir a possibilidade de seqüelas incapacitantes temporárias ou permanentes. A vítima que é encontrada inconsciente representa uma gravidade maior pelo fato de não se poder determinar com precisão a extensão das lesões. Em virtude disso o profissional deve estar bem preparado para que possa fazer uma avaliação da vítima e determinar a conduta mais adequada a ser adotada.

Nesse sentido, o profissional de enfermagem, assim como os outros membros da equipe, devem ter conhecimento para realizar uma avaliação na vítima. Esse procedimento é padronizado e determina-se sua utilização em todos os casos que envolvem o socorro em urgências e emergências, é denominado de ABC (avaliação primária). Sendo que na chegada ao local é necessário inspecioná-lo a fim de certificar-se de que não oferece riscos ao profissional que prestará o atendimento.

O ABC (na verdade ACBDE) consiste em uma avaliação da vítima com a finalidade de identificar lesões que comprometam a vida, estabelecendo condutas para reestabilizar as condições vitais. Inicia-se pelo A (*Airway*), que corresponde ao controle cervical, no caso de

vítima de trauma, e a inspeção das vias aéreas no que se refere a existência ou não de obstrução, liberando-a se este for o caso. No B (*Breathing*), é verificado o padrão de respiração, a frequência, as características. No C (*Circulation*), observa-se a circulação sanguínea, frequência e amplitude. Caso seja necessário, na ausência desses sinais, devem ser iniciadas as manobras de Ressuscitação Cárdio-Pulmonar. D (*Disability*) é a avaliação do padrão neurológico, a fim de determinar o nível de consciência e a reatividade pupilar. E no E (*Exposure*) se faz a exposição da vítima, despindo-a completamente para realizar um exame mais completo e determinar lesões que podem comprometer a vida. É importante ressaltar que esta seqüência é realizada simultaneamente (PAVELQUEIRES et al, 2002).

O ABC se refere ao cuidado inicial a toda e qualquer vítima de urgência e emergência, consciente ou não. Justamente para que se possa avaliar, identificar e atender as necessidades da pessoa naquele momento, que se encontra em uma situação de risco em que ela não tem noção das proporções, do que está acontecendo, muitas vezes, está desorientada, assustada pelo trauma que sofreu. Encontra-se um indivíduo fragilizado fisicamente e emocionalmente, que necessita de assistência médica e de enfermagem, cuidados específicos.

Na maioria das vezes, situações nas quais a vítima apresenta dificuldades em comunicar-se verbalmente, sendo que espera nesta hora um atendimento que lhe alivie o sofrimento, sem esquecer de preservar sua integridade física e moral e respeitar sua individualidade. Este é o ser humano ao qual a enfermagem presta o cuidado/assistência, põe em prática seu saber/aprendizado, com a finalidade de minimizar o sofrimento e preservar a vida.

Boff (1999, p. 33) refere que “o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano”, podendo-se afirmar então que é da essência humana, pois sem cuidado “o ser humano deixa de ser humano” (BOFF, 1999, p. 34).

Quanto ao processo de cuidar, diz que “envolve uma ação interativa” (WALDOW, 1999, p. 129) e que esta ação e comportamento estão “calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida para e com o ser que é cuidado”, para ela “o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente de cura” (WALDOW, 1999, p. 129). O processo de cuidar ocorre de maneira contínua, sem um fim, transformando-se constantemente e transformando a condição do ser que o recebe, mas também de quem o expressa, ou seja, de quem vivencia o cuidado.

Identificam-se, no APH móvel, as relações entre profissional e cliente, profissional e familiar, e entre a equipe de APH, que se estabelecem diante de um atendimento de urgência/emergência no trauma.

O familiar da vítima espera que seja prestado um atendimento rápido e eficaz. Que lhe seja informado todo e qualquer procedimento e a previsão dos acontecimentos. Apresenta-se angustiado e inseguro quanto ao desfecho da situação. Necessita comunicar-se, expressar seus sentimentos frente ao acontecimento.

A equipe que trabalha no APH necessita de equilíbrio emocional pelas situações mais inusitadas com as quais se depara, raciocínio rápido e destreza na execução das técnicas. O tempo é um dos fatores predominantes para o sucesso do socorro inicial, o que torna o ambiente tenso, sendo ainda mais necessário um bom entrosamento e relacionamento entre os profissionais da equipe.

Assim, em se tratando de salvar vidas, denota-se a importância do relacionamento interpessoal no APH móvel, da capacidade de atender as necessidades em determinados momentos em que se tem uma linha tênue entre a vida e a morte, nos colocando frente aos desafios da subjetividade de cada um: cliente, familiar e profissional.

O cuidado a vítima de trauma é o cuidado na sua essência, assim como o cuidado que é expresso através do autocuidado ou cuidado de si e para com o outro, para com o que está vivo, pois segundo Boff (1999, s.p), “tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver”. Onde há vida deverá haver cuidado. Percebe-se, então, o cuidado humano como parte do ser humano, pois “se não receber cuidado desestrutura-se, se não fizer com cuidado o que empreender acabará por prejudicar a si mesmo e destruir o que estiver a sua volta” (BOFF, 1999, p. 34). No caso do APH móvel, se a vítima não receber o cuidado a morte pode ser inevitável e se este cuidado/assistência não se configurar rápido e eficaz pode provocar “cicatrizes” permanentes na vida das vítimas do trauma. Ao passo que se forem atendidas as necessidades e prioridades, estará configurado um atendimento de qualidade, o que poderá significar imensamente para a vida que foi salva.

## **4. CAMINHADA METODOLÓGICA**

Esta fase contempla a trajetória que foi percorrida para a realização deste estudo. Portanto, no intuito de melhor detalhar a abordagem metodológica optou-se por descrevê-la em seis etapas distintas: caracterização da pesquisa, conhecendo o local de estudo, escolha dos sujeitos da pesquisa, coleta dos dados, descrição dos dados coletados e análise e interpretação dos dados.

### **4.1 Caracterização da pesquisa**

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva. Segundo Minayo (2002) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que diz respeito a um espaço mais profundo dos significados das ações e relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, equações, médias e estatísticas.

Cervo e Bervian (1983), se referem a pesquisa descritiva como aquela que procura conhecer as situações e as relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo como de grupos e comunidades. Conforme designado inicialmente, foi um estudo exploratório-descritivo por definir objetivos e buscar informações sobre um determinado assunto, urgência e emergência no trauma, buscando realizar descrições precisas da situação.

### **4.2 Conhecendo o local de estudo**

O estudo foi desenvolvido na Cidade do Rio Grande. Uma cidade portuária fundada no dia 19 de fevereiro de 1737, inserida na planície costeira do sul do Rio Grande do Sul delimitada pela linha da praia do Oceano Atlântico a sudeste, a nordeste o estuário da Lagoa dos Patos, a noroeste o Canal de São Gonçalo e a sudoeste a Lagoa Mirim. O número de habitantes totaliza 186.544 dos quais, 179.208 estão na zona urbana e na zona rural 7.336 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2000).

A Cidade do Rio Grande dispõe do APH móvel para casos de urgência e emergência, tanto clínicas quanto cirúrgicas, incluindo as traumáticas e as psiquiátricas. Este se encontra disponível por via terrestre, aquaviária e aérea. A aquática e a aérea surgem como meios de

transporte inter-hospitalar e intermunicipal, e também como um meio utilizado especialmente pela Capitania dos Portos e Marinha do Brasil para resgates em alto mar.

Esta pesquisa limita-se a estudar a atuação dos profissionais oriundos da área da saúde no atendimento às vítimas de trauma. Essa opção deve-se em parte pela experiência vivida, como profissional enfermeira do PS, pela escassez de conhecimentos produzidos com essa temática e, principalmente, pelos questionamentos que surgiram a partir desta prática.

O APH móvel é prestado, no município, principalmente pela Secretaria de Saúde, Guarda Municipal, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Estadual e Serviço Médico e Resgate (SMR) da Empresa Concessionária de Rodovias do Sul S/A (ECOSUL) – praça de pedágio do Capão Seco. Vale ressaltar que as empresas prestadoras de serviços de saúde do setor privado como Canal Card Saúde, UNICOL, UNIMED e as empresas localizadas no distrito industrial do município como Adubos Trevo, TECON, Bunge, Roulier, entre outras que não foram aqui mencionadas, também prestam socorro às vítimas de trauma, principalmente em caso de acidentes de trânsito. Isto, devido ao trauma ser considerado uma emergência de cunho gravídico pela potencialidade da deterioração das funções vitais da vítima em um reduzido período de tempo, que, segundo Pavelqueires et al (2002), ocorre pela frequência com que produz lesões em diversos órgãos e tecidos dependendo do mecanismo do acidente e da região anatômica do organismo que foi atingida. Portanto, adiar ou omitir o atendimento acarretaria em conseqüências, como o óbito, e em caso de omissão, implicaria em punições previstas legalmente ao serviço.

Esta pesquisa teve-se ao estudo do APH móvel às vítimas de trauma realizado pela Secretaria da Saúde do Município, Polícia Rodoviária Estadual e SMR da ECOSUL – praça de pedágio do Capão Seco. Como critério para escolha dos órgãos prestadores do atendimento, a priori, foi considerado o fato de serem os que, com mais frequência, realizavam o atendimento transportando as vítimas para o Pronto-Socorro de referência. Considerou-se, ainda, a representação das esferas governamentais, sendo a Secretaria de Saúde representante do município, a Polícia Rodoviária Estadual, o estado e o SMR da ECOSUL, apesar de ser uma empresa privada, é concessionária de uma rodovia federal e, portanto, submetida às leis federais em concordância com a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT). Entretanto, o considerável número de prestadores deste atendimento disponível no município e o curto tempo estabelecido para desenvolver a dissertação foram fatores que contribuíram para a definição de quantas instituições/serviços fariam parte da pesquisa.



Assim, para conhecer o campo onde se realizou a coleta de dados, apresenta-se uma breve caracterização dos três órgãos envolvidos no trabalho. É mister ressaltar que foi realizado contato telefônico prévio agendando horário com os responsáveis pelo APH da Secretaria Municipal da Saúde, da Polícia Rodoviária Estadual e do SMR da ECOSUL – praça de pedágio do Capão Seco, a fim de solicitar autorização para realizar a pesquisa.

Foram visitados os três serviços para estabelecer um contato anterior a coleta de dados. Iniciou-se pela Secretaria da Saúde no intuito de obter as atribuições desta e conhecer os responsáveis pelo serviço de APH móvel. A pesquisadora foi orientada para procurar o coordenador do Setor das Ambulâncias, visto que a pesquisa seria desenvolvida, também, junto aos profissionais que trabalham neste setor.

Em 2004 foram contatados o Secretário Municipal da Saúde e o 1º Sargento-Comandante do Grupamento Rodoviário (GRV) – RG, sendo necessário refazê-los no ano de 2005 em virtude da mudança dos profissionais nestes cargos. As solicitações de autorização foram enviadas à Secretária da Saúde (Apêndice 01), à enfermeira coordenadora do Serviço de Enfermagem da SMS (Apêndice 02), ao responsável pelo Setor de Viaturas da SMS (Apêndice 03), ao 1º Sargento-Comandante do GRV – RG (Apêndice 04) e ao coordenador da Área de Resgate da ECOSUL – praça de pedágio do Capão Seco (Apêndice 05).

Buscando dados em relação às estatísticas dos acidentes de trânsito no município procurou-se a Secretaria Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito (SMSTT) e o 6º Batalhão de Polícia Militar (BPM) que solicitaram um ofício (Apêndices 06 e 07 respectivamente) para disponibilizar os dados. É importante ressaltar a dificuldade de obter os dados estatísticos municipais referentes aos traumas provocados por causas externas, sendo encontrados poucos dados registrados e documentados de maneira sistemática.

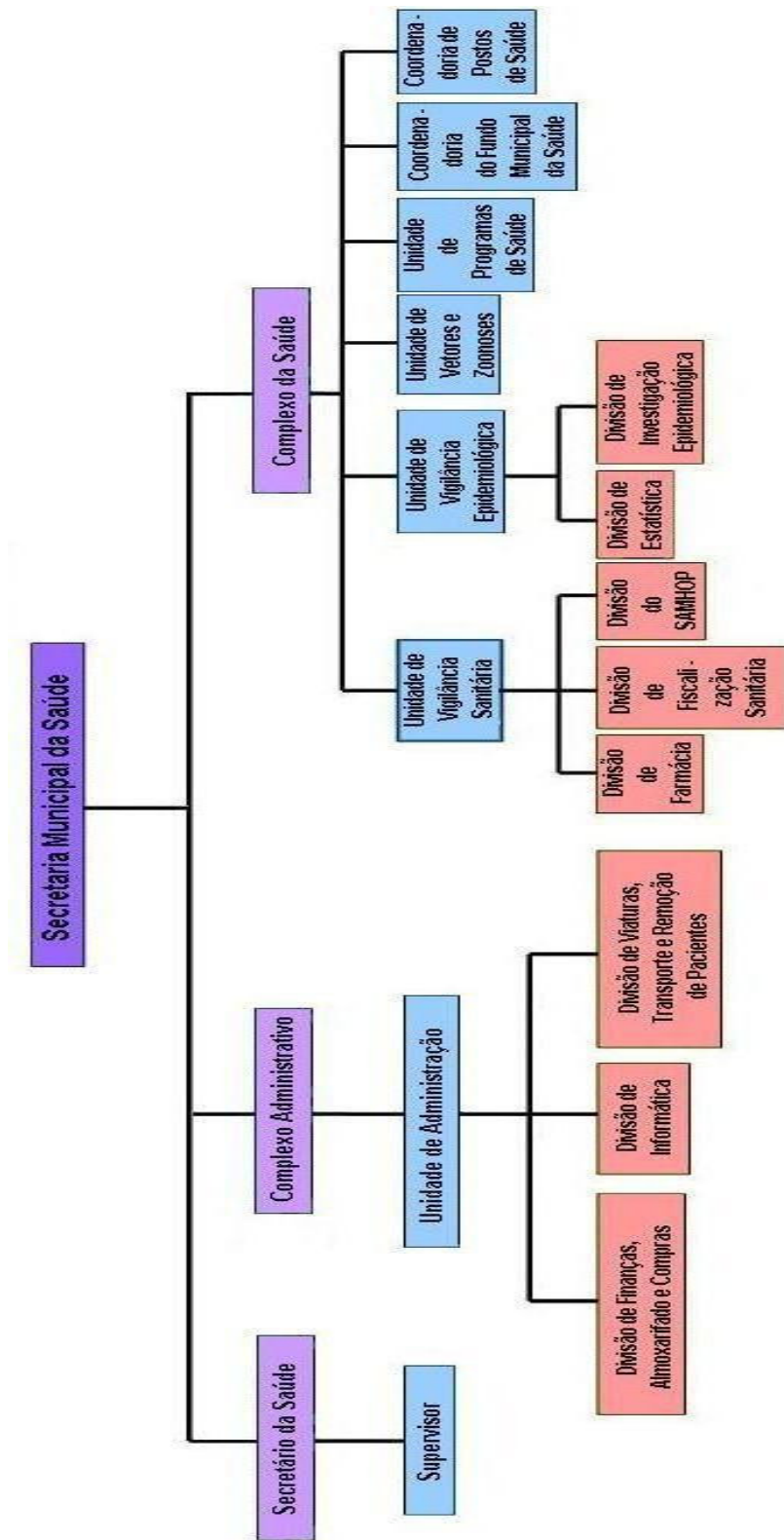
Serão relatadas, a seguir, as principais características da **Secretaria Municipal de Saúde** (SMS), um dos locais onde foi realizada a coleta dos dados. A SMS está hierarquicamente ligada ao Setor da Saúde, o 9º dos 10 setores que estão descritos no artigo 5º da Lei nº 5.205, de 09 de janeiro de 1998, a qual institui a reforma administrativa na prefeitura municipal do Rio Grande, juntamente com outras providências. Segundo o artigo 3º desta Lei, as secretarias municipais estão estruturadas em complexos administrativos e técnicos, sendo subdivididas em unidades e divisões (CIDADE DO RIO GRANDE, 1998).

As secretarias apresentam-se estruturadas em 10 setores: I - Setor de Administração que comporta a Secretaria Municipal de Administração; II – Setor de Coordenação e Planejamento, com a Secretaria Municipal de Coordenação e Planejamento; III – Setor de Serviços Urbanos, com a Secretaria Municipal de Serviços Urbanos; IV – Setor de obras

Públicas, com a Secretaria Municipal de Obras e Viação; V – Setor do Meio Ambiente e Produção Primária, com a Secretaria Municipal de Agricultura, Pesca e Meio Ambiente; VI – Setor de Habitação e Desenvolvimento Sócio-Econômico, com a Secretaria Municipal de habitação e Desenvolvimento; VII – Setor Financeiro, com a Secretaria Municipal da Fazenda; VIII – Setor Educacional, com a Secretaria Municipal de Educação e Cultura; **IX – Setor da Saúde, com a Secretaria Municipal da Saúde** e X – Setor da Cidadania e Ação Social, com a Secretaria Municipal da Cidadania e Ação Social (CIDADE DO RIO GRANDE, 1998).

O Setor da Saúde tem sua composição estabelecida da seguinte forma:

Figura 2 – Organograma do Setor Saúde da Prefeitura Municipal da Cidade do Rio Grande



Fonte: Cidade do Rio Grande, 1998 – organizada pela autora.

Cabe a Secretaria da Saúde fornecer assistência básica descentralizada e de qualidade segundo os princípios do SUS, bem como implementar e gerir no município os Programas de Prevenção e Promoção da Saúde das três esferas do Governo. Entre suas atribuições está a implementação das ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica e das políticas de imunização de massa em consonância com o Ministério da Saúde; a **garantia do atendimento de urgência e emergência da população através de serviço próprio ou conveniado**; garantir o traslado de pacientes tanto em nível municipal quanto estadual sempre que houver necessidade de resolutividade médica; distribuir as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) entre os prestadores de serviços hospitalares aos usuários do SUS de acordo com a legislação vigente, com a resolutividade dos prestadores e com os parâmetros do Conselho Municipal de Saúde (CMS); estabelecer estratégias de acesso dos usuários do SUS aos medicamentos, seja através da farmácia básica, listagem de medicamentos especiais da secretaria Estadual da Saúde ou aquisição por intermédio de processos licitatórios municipais; implementar políticas e estratégias de aplicação dos recursos públicos do Programa de Atenção Básica (PAB), da municipalização solidária, do orçamento municipal e das verbas vinculadas aos programas do Ministério da Saúde, assim como discutir e aprovar estas estratégias junto ao CMS; garantir quadro de pessoal técnico e administrativo com formação para um atendimento de qualidade da população, através de processos seletivos (concurso público) municipais.

Dentre suas atribuições está a disponibilização do **serviço de transporte e remoção de pacientes**. Conta, para isto, com sete viaturas que são destinadas, uma para o APH de vítimas de acidente, principalmente de trânsito, e caídos ao solo, e as demais para atendimentos em geral, como situações de emergência clínica, transporte de pacientes do domicílio para procedimentos eletivos realizados na rede hospitalar, etc. Cada viatura tem em sua tripulação um auxiliar de enfermagem e o motorista. O serviço é acessado através da Central BIP pelo número de telefone 32311000, não sendo gratuita a ligação. Esta central recebe o chamado e repassa via BIP a ocorrência, comunicando também pelo celular a equipe de atendimento. O critério utilizado na escolha da viatura a ser acionada é, a priori, a natureza do evento, e posteriormente a proximidade ao local do ocorrido. As ambulâncias permanecem aguardando o chamado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros. Atualmente as UBS que dispõem de viatura são as localizadas no Parque Marinha, Profilurb I, Cassino, Quinta e Povo Novo. As outras duas viaturas, incluindo a do resgate, permanecem no Posto de Assistência Médica – PAM, sede da Secretaria Municipal da Saúde.

Um projeto (Anexo 09) para a implantação e implementação do Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar (SEMREPH) foi elaborado em 2004 pela enfermeira coordenadora dos postos 24 horas e coordenadora do serviço de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde, com o intuito de normatizar e ampliar o serviço já existente de remoção. Esse serviço mais especializado está disponível há dois anos, mas ainda em fase de implantação. Para sua elaboração foi considerada a necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências do município para que houvesse a primeira atenção qualificada e resolutiva às pequenas e médias urgências, além da estabilização e condução adequadas dos pacientes graves diminuindo os riscos de seqüelas, como propõe Rimoli<sup>24</sup> (2004).

Atualmente uma viatura realiza o atendimento, prestando-o em caso de acidentes, na maioria de trânsito, e caídos ao solo. A viatura está classificada como Tipo C, sendo a tripulação um auxiliar de enfermagem e o motorista. São oito funcionários – três auxiliares de enfermagem e cinco motoristas - que trabalham em regime de escala, a qual é elaborada conforme a disponibilidade de funcionários. Os turnos de trabalho são divididos em seis horas ou doze horas durante o dia e doze horas à noite, nos feriados e nos finais de semana, sendo freqüente os turnos de 24 horas.

**Quadro 5 – Quadro de Funcionários da Área da Saúde no Resgate**

		SMS
<b>MÉDICOS</b>	Nº de profissionais	-
<b>ENFERMEIROS</b>	Nº de profissionais	-
<b>TÉC. DE ENFERMAGEM</b>	Nº de profissionais	-
<b>AUX. DE ENFERMAGEM</b>	Nº de profissionais	03
<b>TOTAL</b>		<b>03</b>

Fonte: SMS do Município do Rio Grande.

Outro local foi o **2º Batalhão Rodoviário da Brigada Militar (BRBM)**, que tem suas origens ligadas ao decreto-lei federal nº 8.463 de 27 de dezembro de 1945. No decreto estava estabelecida a reorganização do DNER e a criação do Fundo Rodoviário Nacional, que

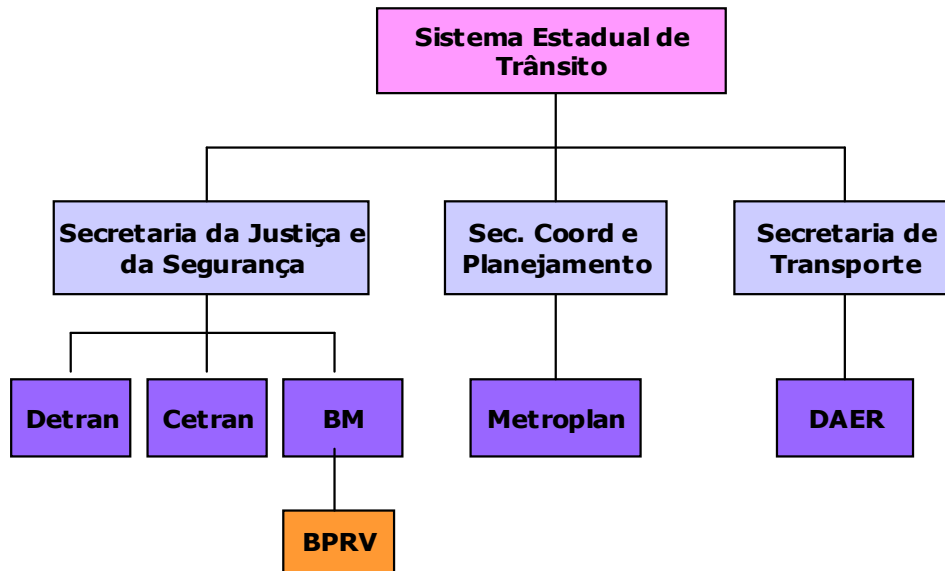
<sup>24</sup> RIMOLI, L. G. Projeto: Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar - SEMREPH. Secretaria Municipal da Saúde de Rio Grande. 2004. 04 p. Trabalho não publicado.

deveria exercer a polícia de tráfego nas estradas federais. Em 1946, o Interventor Federal do Estado do Rio Grande do Sul, através do decreto-lei nº 1.203 de 08 de outubro de 1946, aprovou a reorganização do DAER/RS, estabelecendo como sua competência exercer a polícia de tráfego nas estradas estaduais, além de fazer parte do Conselho Regional de Trânsito (RIO GRANDE DO SUL, 2004a).

Somente em 24 de dezembro de 1953 foi instalada a Polícia Rodoviária Estadual do Rio Grande do Sul, sendo que a chefia do órgão passa a ser comandada por Oficiais da Corporação. Em 13 de março de 1967, pelo decreto estadual nº 18.508 de 04 de maio de 1967, é incorporada à Brigada Militar a Polícia Rodoviária do DAER, sendo criada a Companhia de Policiamento Rodoviário em 18 de novembro do mesmo ano (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

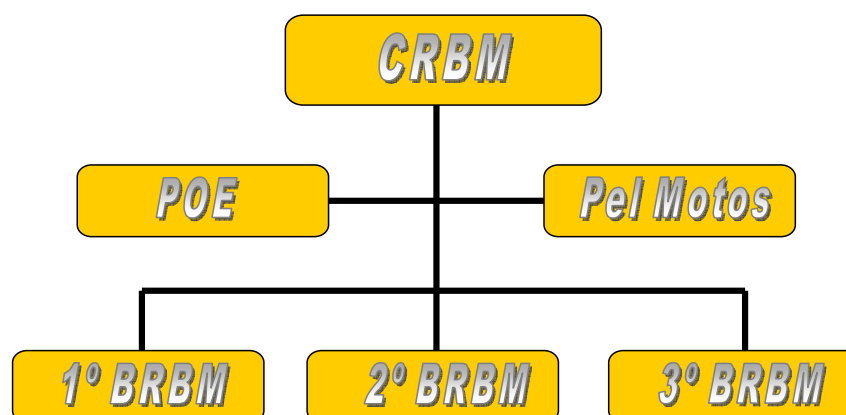
Pela legislação em vigor em 1967 e por convênio com o DAER, a Companhia de Policiamento Rodoviário assume a competência de executar, com exclusividade, o policiamento rodoviário, com autoridade delegada executiva de trânsito com jurisdição sobre as rodovias estaduais; regulamentar o uso das vias; cumprir e fazer cumprir a legislação de trânsito; impor e arrecadar multas decorrentes de infrações de trânsito e fazer estatísticas. Sendo que a Polícia Rodoviária Estadual foi reestruturada em 1981, ganhando a formação de Batalhão de Polícia Rodoviária (BPRV) (RIO GRANDE DO SUL, 2006). O organograma a seguir apresenta a posição do BPRV no Sistema Estadual de Trânsito.

**Figura 3 - Posição do BPRV no Sistema Estadual de Trânsito**



Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.b.

Visando dinamizar e ampliar a capacidade instalada, em 04 de dezembro de 2004, foi criado o Comando Rodoviário da Brigada Militar (CRBM), extinguindo o modelo anterior. O CRBM possui três Batalhões Rodoviários (BRBM), localizados em Passo Fundo, Cachoeira do Sul e Bento Gonçalves, com frações rodoviárias ao longo das rodovias estaduais. A seguir apresenta-se o organograma do CRBM.

**Figura 4 – Organograma do Comando Rodoviário da Brigada Militar**

Fonte: Rio Grande do Sul, 2006.

Hoje, além do trabalho de fiscalização da rodovia exerce suas atividades na área de atendimentos pré-hospitalar de acidentados no trânsito e investe em campanhas de educação para o trânsito, estabelecendo parcerias com a iniciativa privada.

O Batalhão do Rio Grande está localizado na RS 734, Km 11 e tem um efetivo de 26 policiais, sendo 08 policiais administrativos que trabalham 8 horas por dia de segunda-feira a sexta-feira e 18 patrulheiros rodoviários, divididos em quatro guarnições, que trabalham em turnos de 24 horas e folgam 72 horas. O horário de trabalho do efetivo sofre variações de acordo com a carga horária contratual e cargo ocupado.

No ano de 2006 houve troca de comando no BRBM, assim o horário dos patrulheiros rodoviários sofreu diversas alterações, passando de 24 horas de trabalho e 48 horas de folga para 12 horas de trabalho por 48 horas de folga para quem trabalha 12 horas no turno da noite e 24 horas de folga para 12 horas de trabalho durante o dia. Essa escala funciona em forma de rodízio, sendo um plantão noturno das 20 horas às 8 horas, seguido de um plantão diurno das 8 horas às 20 horas e assim sucessivamente intercalado com as folgas conforme o turno trabalhado. Após permanecer um tempo assim, foi determinada uma nova escala, alterando os horários para 24 horas de trabalho com 72 horas de folga. Com isso espera-se que a folga compense a carga horária de trabalho e torne-o menos estressante.



**Quadro 6 – Quadro de Funcionários no 2º BRBM/RG**

		<b>BRBM</b>
<b>POLICIAIS ADMINISTRATIVOS</b>	Nº de profissionais	08
<b>PATRULHEIROS RODOVIÁRIOS</b>	Nº de profissionais	18
<b>TOTAL</b>		<b>26</b>

Fonte: 2º BRBM/RG.

O serviço é acessado através dos números de telefone 32932300 e 32308147, para os quais a ligação é tarifada, e 198 que é ligação gratuita. O atendimento pré-hospitalar é realizado com uma viatura equipada para o serviço de resgate e tripulada por dois policiais rodoviários, sendo que esse número varia de acordo com o efetivo disponível para a guarnição que está de plantão, podendo, às vezes, se deslocar, apenas, um policial. Para formar e escalar as guarnições, que no momento são quatro compostas por quatro policiais cada, procura-se observar alguns critérios, como por exemplo, que em cada guarnição tenha um motorista habilitado para conduzir uma viatura de resgate (Carteira Nacional de Habilitação classe D) e que, ao menos um dos policiais possua o curso de socorrista (Socorro Básico de Vida). É mister ressaltar que cinco policiais (entre administrativos e patrulheiros) têm capacitação para prestar socorro básico de vida. Por isso, não se faz necessário que a composição da tripulação da viatura de resgate permaneça sempre a mesma. A área de atuação do BRBM/RG compreende a RS 699, RS 734 (estrada Rio Grande – Cassino), RST 101, RST 473, VRS 301 e VRS 333 (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Os Policiais Rodoviários, de acordo com a portaria nº 2.048, devem atuar na identificação de situações de risco, protegendo a vítima e os profissionais envolvidos no atendimento. Realizam o resgate de vítimas que se encontram em locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde, podendo prestar suporte básico de vida, através de ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde (BRASIL, 2002b).

A **Empresa Concessionária de Rodovias do Sul S/A (ECOSUL)** é uma concessionária de rodovias federais. É a maior concessão rodoviária em extensão do Brasil com 623 quilômetros de rodovias que compõe o Pólo Rodoviário de Pelotas. Além de

realizar a manutenção das estradas, disponibiliza aos usuários serviços 24 horas de resgate médico e socorro mecânico e postos de serviços e de informações nas praças de pedágio.

A ECOSUL realiza o serviço de pedágio no Pólo Rodoviário de Pelotas – BR 116, BR 392 e BR 293 com cinco praças de pedágio: Retiro, Capão Seco, Camaquã, Pavão e Canguçu. Os serviços de guincho e de APH móvel são terceirizados, sendo disponíveis dois (02) veículos para guincho. O APH móvel é realizado pelo Serviço Médico e Resgate (SMR), mesmo assim, segundo a portaria em vigor, está submetida às leis federais. A coordenação da Área de Resgate é de responsabilidade de um técnico de enfermagem parte do quadro de funcionários do SMR. Conta, para o atendimento, com cinco (05) ambulâncias e dois (02) veículos de intervenção rápida (carro pequeno tipo passeio). A ECOSUL disponibiliza dois (02) carros pequenos (tipo passeio) – a “rota”, que realizam a inspeção da rodovia sob concessão e que se deslocam em caso de ocorrências.

O SMR, para prestar o atendimento, dispõe de 06 médicos, 14 auxiliares de enfermagem, 10 técnicos de enfermagem, 01 enfermeira. Os médicos trabalham 30 horas semanais, sendo que cada médico faz 24 horas em um dia fixo da semana e mais um plantão de 24 horas, um domingo por mês, a fim de completar a carga horária semanal. O médico de plantão permanece na base do Retiro e se desloca para atender as outras bases caso seja acionado, sendo além de intervencionista, o responsável técnico e o médico regulador. A enfermeira permanece com mais frequência na base do Retiro, mas circula por todas as bases para realizar a supervisão do serviço. Ela é a responsável técnica pelo serviço de enfermagem, realizando o trabalho administrativo e, se necessário, se deslocando para o local do atendimento juntamente com um médico se isto for solicitado. Quando é solicitada a presença do médico, ele desloca portando os materiais e equipamentos para o suporte avançado à vida, conforme a observação realizada.

**Quadro 7 – Quadro de Funcionários da Área da Saúde**

		<b>SMR/ECOSUL Três Praças de Pedágio</b>	<b>SMR/ECOSUL Praça de Pedágio do Capão Seco</b>
<b>MÉDICOS</b>	Nº de profissionais	06	06
<b>ENFERMEIROS</b>	Nº de profissionais	01	01
<b>TÉC. DE ENFERMAGEM</b>	Nº de profissionais	10	03
<b>AUX. DE ENFERMAGEM</b>	Nº de profissionais	14	-
<b>TOTAL</b>		<b>31</b>	<b>10*</b>

\*Os profissionais médicos e enfermeiro são os mesmos para atender as cinco praças de pedágio. Permanecem na base (Retiro) e se deslocam quando necessário.

Fonte: SMR/ECOSUL.

As 05 viaturas que prestam o APH estão equipadas para realizar o resgate e o suporte básico à vida, sendo que cada viatura tem uma equipe composta por um motorista-socorrista e um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, totalizando 12 profissionais por turno de trabalho. São 06 equipes que trabalham em turnos de 12 horas com folga de 36 horas ou 24 horas com folga de 72 horas. Na sede do pedágio, no centro da cidade de Pelotas, está localizado o Centro de Controle Operacional (CCO), onde a telefonista recebe o chamado via telefone, através do número 0800531066 e comunica via radiofrequência, simultaneamente, o médico que se encontra na base do Retiro e a equipe de atendimento da base mais próxima do local da ocorrência. O médico, então, avalia a situação repassada inicialmente e determina a necessidade de deslocar-se para o atendimento ao mesmo tempo que orienta a equipe que se dirigiu ao local. Esta comunicação é realizada via rádio, sendo que os profissionais que se encontram no local da emergência passam informações e recebem orientações para o aporte necessário ao atendimento.

Na base do Capão Seco dispõem de um guincho, um veículo de pequeno porte denominado “rota” e uma ambulância resgate equipada para suporte básico à vida, mas em condições de ser equipada para prestar suporte avançado à vida, tripulada por um motorista-socorrista e um técnico ou auxiliar de enfermagem (socorrista). No total são 06 motoristas (ambulância, rota e guincho) e 03 técnicos de enfermagem.

### 4.3 Escolha dos sujeitos da pesquisa

Devido ao elevado número de profissionais em cada instituição/serviço, a escolha dos sujeitos da pesquisa foi através da realização de sorteio em cada uma delas. Sendo assim, foram realizados dois sorteios, um para conhecer qual equipe, em cada serviço, seria observada e outro para conhecer quem seriam os dois entrevistados pertencentes àquela equipe. Nesse sentido, visualiza-se a entrevista como uma forma de auxiliar a aproximação com a equipe a ser observada.

Para a observação, o sorteio procedeu-se da seguinte forma: foi escrito em tiras de papel o nome de um representante de cada equipe de APH que atua em cada instituição. Foi solicitado que o coordenador do serviço retirasse uma tira de papel e revelasse qual seria a equipe observada durante o trabalho, sendo sempre a mesma observada.

Para o sorteio dos dois sujeitos entrevistados foi escrito o nome de cada componente da equipe, que seria observada, em tiras de papel e retirada uma tira pela própria pesquisadora, visto que, pelo elevado número de profissionais, estabeleceu-se a escolha de dois sujeitos para entrevista em cada instituição/serviço.

No total foram entrevistados seis (06) profissionais que trabalham no APH móvel, sendo dois representantes de cada serviço. Destes, quatro (04) são oriundos da área da saúde e dois (02) não oriundos da área da saúde: um (01) médico, sendo o mesmo regulador e intervencionista, do SMR da ECOSUL (único que dispõe de médico no APH); um (01) técnico de enfermagem do SMR da ECOSUL (único que dispõe de técnicos de enfermagem regulamentados no APH); e, dois (02) auxiliares de enfermagem, sendo ambos da Secretaria Municipal da Saúde. Na Polícia Rodoviária Estadual os sujeitos foram dois (02) patrulheiros rodoviários, isto porque não há uma equipe de APH composta por profissionais oriundos da área da saúde no Batalhão. Além disso, em cada guarnição há ao menos um policial que tem curso de socorrista.

**Quadro 8 – Sujeitos da Pesquisa**

	<b>SMR/ECOSUL<sup>1</sup></b>	<b>BRBM<sup>2</sup></b>	<b>SMS<sup>3</sup></b>
<b>MÉDICOS</b>	<b>01</b>	-	-
<b>ENFERMEIROS</b>	-	-	-
<b>TÉC. DE ENFERMAGEM</b>	<b>01</b>	-	-
<b>AUX. DE ENFERMAGEM</b>	-	-	<b>02</b>
<b>POLICIAIS</b>	-	<b>02</b>	-
<b>TOTAL DE ENTREVISTADOS</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>

<sup>1</sup> Praça de pedágio do Capão Seco.

<sup>2</sup> Patrulheiros Rodoviários – policiais que atuam no trecho (rodovia).

<sup>3</sup> Funcionários que atuam somente no resgate.

Fonte: elaborado pela autora.

#### **4.4 Coleta dos dados**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG e aprovado sob o parecer número 11/2007 (Anexo 10).

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro. Antes de iniciar a coleta de dados, propriamente dita, foi realizado um teste piloto com o roteiro da entrevista, selecionando 02 trabalhadores do APH móvel (que não foram sorteados para a entrevista). Estes, por sua vez, não encontraram dificuldades para responder as questões da entrevista. Desta forma o roteiro foi considerado claro e compreensível podendo ser executado sem reformulações.

Para viabilizar a coleta de dados foi utilizado, como instrumento, a entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas e realizada a observação sistemática de forma a complementá-la.

Para SELLTIZ apud GIL (1995, p. 113) a entrevista para a coleta de dados é adequada quando se pretende obter “informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões”.

Aos sujeitos participantes da pesquisa foi realizada a explanação com relação aos objetivos e aspectos éticos e legais da mesma, sendo enfatizada a liberdade da desistência a qualquer momento sem prejuízo, garantindo o anonimato e o acesso aos resultados. Bem como, ressaltada a comunicação aos mesmos de toda e qualquer alteração da pesquisa. Para tanto, foi solicitada a leitura e assinatura de duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 08), o qual ficou uma via em poder do respondente e outra com a mestrandia responsável pela pesquisa. Este documento contempla os aspectos éticos que permearam o estudo realizado, estando em conformidade com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que consta das diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os resultados deste estudo serão tornados públicos, sendo estes favoráveis ou não, bem como, serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Além disso, o material coletado ficará em poder da pesquisadora e será armazenado por cinco (05) anos.

Os critérios adotados para a suspensão da pesquisa foram: imprevistos que decorressem em uma não autorização das instituições/serviços para a continuação/conclusão da coleta de dados; e/ou desistência dos participantes (trabalhadores das instituições/serviços), sendo que deveria haver ao menos um (01) representante de cada instituição/serviço, ou então, uma (01) equipe representante de uma (01) instituição/serviço. Não havendo necessidade em utilizá-los, o estudo foi concluído.

O levantamento dos dados ocorreu em três cenários diferenciados. As três instituições/serviços que participaram da pesquisa, no intuito de assegurar o seu anonimato e facilitar a citação das mesmas na análise e interpretação dos dados, foram representadas pelos nomes das seguintes pedras preciosas: Diamante, Topázio e Esmeralda. Para cada instituição/serviço estudada foram selecionados, da equipe de saúde, dois sujeitos aos quais foram atribuídos pseudônimos correspondentes a cores, em razão dos princípios éticos pertinentes à preservação da identidade respeitando o anonimato. Dessa forma, à instituição/serviço Diamante correspondem as cores **verde** e **vermelho**; à Topázio, **azul** e **preto**; e à Esmeralda, **amarelo** e **rosa**.

A entrevista (Apêndice 09) foi realizada, no local de trabalho, para cada categoria, com perguntas abertas e fechadas referente ao serviço prestado. Assim, com a finalidade de facilitar a coleta dos dados e com o intuito de mantê-los fidedignos, permitindo maior exatidão das falas, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Simultaneamente a realização das entrevistas foi utilizado o método da observação sistemática a fim de complementar os dados colhidos. Através da observação pode-se captar

uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2003).

Para o registro dos dados da observação foi utilizado um diário de campo (Apêndice 10), a fim de poder registrar os acontecimentos de maneira mais precisa. Os dados observados foram registrados logo após a conclusão do atendimento. O diário de campo tornou-se de fundamental importância para consolidar a observação. Permitiu a descrição dos fenômenos observados com maior precisão de detalhes. Para Cruz Neto (2002) o diário é um instrumento no qual se pode registrar as percepções, angústias, questionamentos e informações obtidas, e assim, podemos recorrer a ele em qualquer momento.

No diário de campo foi registrado cada atendimento desde o momento em que foi recebido o chamado da ocorrência até a chegada da vítima ao hospital. A descrição do atendimento tomou como parâmetros para a observação os pressupostos do estudo, quanto aos materiais e equipamentos disponíveis, o preparo dos profissionais, a participação da população, sendo acrescida a adequação da ambulância deslocada para atender a ocorrência, permitindo assim conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de APH móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma.

#### **4.5 Descrição dos dados coletados**

Inicialmente foram abordados os dados demográficos em relação aos seis (06) trabalhadores, sendo dois (02) de cada instituição/serviço. Serão utilizados os pseudônimos relacionados às cores escolhidas pelos mesmos: **verde**, **vermelho**, **amarelo**, **rosa**, **azul** e **preto**. Foram realizadas, ainda, questões referentes a idade, ao sexo, a escolaridade, ao tempo de trabalho na instituição, ao turno de trabalho e a função exercida.

Dos seis (06) profissionais que participaram da pesquisa se obteve uma média de idade de 38 anos. Destes, três (03) são do sexo masculino e três (03) do sexo feminino. Ainda, em virtude do número reduzido de profissionais exercendo cargos que exigem graduação, o maior número de entrevistados tem o ensino médio ou técnico e está há mais de dois anos na instituição. Prevaleram, também, os profissionais que trabalham 24 horas, portanto, abrangendo dia e noite, ou seja, trabalham em “esquema de plantão”. A folga dos trabalhadores das três instituições/serviços em estudo varia de acordo com a carga horária de trabalho. Na Topázio e na Esmeralda os profissionais folgam 72 horas. Quanto à função exercida, um (01) trabalhador referiu técnico de enfermagem, enquanto na realidade é um

técnico de enfermagem por formação exercendo a função de auxiliar de enfermagem no local onde trabalha. Ainda foram citadas como funções exercidas socorrista, auxiliar de enfermagem, médico e patrulheiro rodoviário.

As questões norteadoras do estudo, buscando responder a questão de pesquisa e alcançar o objetivo proposto, se referem à infra-estrutura disponível - recursos materiais e recursos humanos - às atividades desenvolvidas pela equipe, à capacitação prévia, à educação permanente, à coordenação do serviço, às dificuldades identificadas e às possíveis soluções e à descrição do APH móvel na subjetividade de cada entrevistado.

Em relação aos **recursos materiais**, foi questionada a classificação das ambulâncias disponíveis, isto de acordo com o tipo de atendimento prestado: Suporte Básico à Vida, Suporte Avançado à Vida, Resgate, Transporte Inter-Hospitalar, Outros. Foram pontos abordados, o número de ambulâncias destinadas para o atendimento ao trauma e se este número é suficiente e os materiais e equipamentos disponíveis nas ambulâncias e se estes satisfazem as necessidades para o atendimento às vítimas. Ainda em relação aos materiais e equipamentos procurou-se conhecer o responsável pela revisão do funcionamento dos equipamentos e pela reposição do material utilizado e a periodicidade com que são feitos, bem como, a realização da limpeza, da desinfecção e da esterilização do material disponível nas ambulâncias.

Quanto aos **recursos humanos**, buscou-se saber a composição da equipe dos profissionais entrevistados e quais os serviços identificavam como de apoio ao desenvolvimento do seu trabalho e as respectivas atividades. Foi questionado, também, a respeito das **atividades desenvolvidas pela equipe** de APH móvel, a carga horária de trabalho dos profissionais e se consideravam necessário a disponibilidade deste tipo de atendimento, solicitando que justificassem a resposta. Além disso, no instrumento continha perguntas a fim de identificar quem **coordena** o APH móvel e de que forma essa coordenação é realizada.

Foi elaborada uma questão para que os trabalhadores entrevistados pudessem relatar as principais **dificuldades** que encontram na realização do APH móvel, assim como as possíveis soluções visualizadas para os problemas elencados.

A **capacitação prévia** e a **educação permanente** foram abordadas considerando a promoção destas pela instituição/serviço, a participação dos entrevistados, a carga horária prevista para o desenvolvimento das atividades, a descrição da realização e os cinco pontos mais importantes que poderiam ser destacados em ambas.



Como última questão foi solicitado que descrevessem o trabalho realizado no APH móvel, permitindo que interpretassem de modo singular o termo “descrever”, discorrendo livremente sobre a sua prática.

A observação foi realizada acompanhando a equipe de APH móvel sorteada em cada instituição, das três que fazem parte do estudo, desde o acionamento do serviço, a chegada no local, a abordagem e os primeiros cuidados prestados à(s) vítima(s) até a resolução do caso com o encaminhamento necessário.

Vale ressaltar que o horário e os dias da semana das observações foram estabelecidos de acordo com as estatísticas fornecidas pelo BPM e pela SMSTT e encontradas no anuário do DETRAN em relação ao período de ocorrência dos acidentes de trânsito no município, nas rodovias estaduais e nas federais. Isto, associado ao dia em que cada equipe sorteada trabalhava, respeitando as folgas, conforme estabelecido na escala de serviço.

Inicialmente foi proposto acompanhar os chamados realizados para atender os casos identificados como traumas dentro de critérios pré-estabelecidos (acidentes de trânsito, FAF, FAB), mas posteriormente foi realizada a observação em todos os chamados que chegavam as instituições/serviços, sendo trauma ou mal-súbito. Isto, em virtude da quantidade insuficiente de acionamentos que ocorreram nos primeiros dias, principalmente, se fossem acompanhados somente os traumas. Mas as observações realizadas foram, coincidentemente, em ocorrências sem lesões, com lesões leves ou então já resolvidas pelos profissionais de outra instituição/serviço anteriormente solicitada.

Assim, haviam sido estabelecidas 30 horas de observação em cada instituição/serviço, totalizando 90 horas. Após cumpridas as 90 horas foi necessário prolongar o tempo nos três locais devido ao reduzido número de ocorrências, sendo insuficientes os dados observados, até aquele momento, uma vez que a proposta era descrever o atendimento prestado atentando para o funcionamento deste, etapa a etapa, procurando coletar o máximo de informações possíveis com vistas a enriquecer a pesquisa e complementar a entrevista, sendo que os dados coletados deveriam ser suficientes para responder os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, as horas foram redimensionadas e cumpridas de acordo com o quadro que segue:

**Quadro 9 – Horário e Carga Horária das Observações Realizadas em Cada Instituição/Serviço**

<b>LOCAIS</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>CARGA HORÁRIA DAS OBSERVAÇÕES EM CADA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO</b>
<b>Diamante</b>	Das 13hs às 19hs de segunda-feira a sexta-feira.	40 horas
<b>Topázio</b>	Inicialmente, foi alternado das 14hs às 17hs30min, das 14 hs às 19hs e das 14 hs às 20hs. Depois foram realizados dois plantões, um das 15hs às 8hs e outro das 22hs às 8hs, ambos em finais de semana.	55 horas
<b>Esmeralda</b>	Variou das 14 hs às 17hs, das 14 hs às 20hs e das 16 hs às 22hs30min, inclusive em finais de semana.	40 horas
<b>TOTAL</b>		135 horas

Fonte: Registros em Diário de Campo.

As observações foram encerradas totalizando 135 horas, constatando a suficiência dos dados coletados, uma vez que a observação veio como técnica complementar neste estudo.

As instituições/serviços onde foram realizadas as observações demonstraram-se muito receptivas, colocando-se à inteira disposição. A incorporação nas equipes foi realizada de maneira natural, senti-me acolhida e membro das mesmas.

#### **4.6 Buscando Compreender os Resultados**

Para contemplar esta fase utilizou-se a análise temática, que trabalha com significados no tratamento dos resultados. Segundo Minayo (2002), esta forma de análise consiste em descobrir os núcleos componentes de uma comunicação, na qual a presença ou frequência tenha uma representatividade para o objetivo analítico visado. Para chegar a esta etapa foram considerados, em relação aos dados coletados, três momentos conforme recomenda Minayo (2002): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise o primeiro passo foi a realização de uma leitura flutuante, que proporcionou um contato exaustivo com o material. Após, realizou-se a constituição do corpus, organização do material, observando-se a presença dos quesitos de validade, que

conforme Minayo (2002) são: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Os dados demonstraram que foi possível contemplar o critério de validade ao colher as informações necessárias utilizando o roteiro para realização da entrevista e o diário de campo para registrar as observações. A representatividade dos dados, foi atendida pela expressiva manifestação dos sujeitos tendo como referência o cenário onde é desenvolvido o APH, demonstrando a homogeneidade dos dados coletados em relação ao tema e a pertinência atendendo aos objetivos e aos pressupostos do estudo.

Na segunda fase, embasada em Minayo (2002), foi realizada a exploração do material que consistiu na operação de codificação, com um recorte do texto em unidades de registro. Buscaram-se palavras, frases, temas que tivessem semelhanças para proceder sua contagem. Após, foram escolhidas as regras de contagem que resultaram na construção de índices e a classificação e a agregação dos dados em torno de temas-chave que constituíam as categorias teóricas – Trabalho e Educação.

Na última fase, conforme Minayo (2002), os resultados brutos foram submetidos a operações que permitiram colocar em evidência as informações obtidas. Assim, foram realizadas interpretações embasadas no referencial teórico, buscando-se aberturas e possíveis indicativos de caminhos para a compreensão do significado que os dados apontaram como aspectos importantes.

Dessa forma, configuraram-se duas grandes categorias: **A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL SOB A PERSPECTIVA DO PROCESSO DE TRABALHO** e **A EDUCAÇÃO DA EQUIPE QUE ATUA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**. Essas duas categorias não se apresentaram de forma isolada ou independente, mas se fizeram acompanhar de elementos complementares e integradores que emergiram dos depoimentos dos profissionais e através das observações realizadas em cada um dos serviços integrantes desse estudo.

A categoria **A Atuação da Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel sob a Perspectiva do Processo de Trabalho** compreende a estrutura (forma e conteúdo) da atividade/trabalho desenvolvido no APH móvel. Integra os aspectos do objeto de trabalho, força de trabalho, meios/instrumentos de trabalho e a finalidade de trabalho. Aborda-se, com ênfase, a força de trabalho – recursos humanos, e os meios/instrumentos de trabalho – recursos materiais, por entender que respondem à atuação da equipe de APH móvel. Estes elementos do processo se relacionam com a composição da equipe, a carga horária, o gerenciamento, os serviços de apoio, a quantidade e qualidade dos materiais equipamentos

disponíveis e a limpeza, desinfecção e esterilização dos mesmos, a importância do tipo de trabalho desenvolvido, as condições de trabalho destes profissionais e as suas sugestões para melhorar as atividades diárias. Essa forma de análise busca conhecer o serviço que é prestado pela equipe de APH móvel, considerando as inter-relações entre os elementos constituintes do processo de trabalho.

Na categoria **A Educação da Equipe que Atua no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel** apresentam-se os dados e os significados em relação a capacitação prévia e sobretudo aos itens relacionados com a educação permanente. Compreende um dos instrumentos de trabalho da equipe de APH que são os saberes operados/desenvolvidos, o conhecimento específico, que se expressam nas atividades desenvolvidas pelos profissionais para atender o cliente/vítima. Nessa categoria foi atribuída grande importância, pelos sujeitos, à capacitação prévia, mas principalmente à necessidade sentida quanto à educação permanente. As duas formas foram vistas como uma indispensável necessidade de atualização das informações para aprimorar o conhecimento necessário ao desempenho de suas atividades e manter a qualidade no atendimento.

#### **4.6.1 A Atuação da Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel sob a Perspectiva do Processo de Trabalho**

O **trabalho** não acontece dissociado, mas sim numa grande rede de relações na qual nasce e se desenvolve de modo que proporcione a ligação do homem à natureza por intermédio de uma ação que a toca, modifica e desenvolve (Marx, 1985). A relação ser humano e natureza se estreita com o trabalho, gerando um produto que venha ao encontro das necessidades deste ser humano que aplica sua força com vistas à transformação da natureza, modificando-se também neste processo.

O trabalho no APH móvel consiste na atenção aos indivíduos que necessitam de uma intervenção imediata e precoce, ainda no local do evento, sendo primordial para a redução da morbi-mortalidade e seqüelas incapacitantes temporárias ou permanentes. Este tipo de atendimento ocorre em um cenário, inespecífico e muito peculiar, que pode ser a via pública, o interior de uma residência, um espaço social/comunitário, locais de difícil acesso como montanhas, matas, alagadiços, entre outros. Além do mais, é desenvolvido dentro de um contexto diferenciado e inesperado, pois são os profissionais que vão ao encontro da vítima sem a certeza da situação que se apresentará, do que será necessário dispor para realizar o

socorro. Para a equipe do APH é um constante desafio, pois se deparam com situações inusitadas para as quais é necessária uma resposta imediata, resolutiva alicerçada no conhecimento e baseada na avaliação do contexto da ocorrência. Portanto, conhecimento, rapidez, habilidade, segurança e eficácia traduzem o trabalho no APH.

A relação ser humano e natureza se estreita com o trabalho. O resultado dessa relação é a geração de um **produto**, no caso do APH é a vítima de trauma cuidado/atendido, pois o profissional que atua no serviço/instituição aplica sua força, seu conhecimento com vistas à transformação da natureza, ao passo que se modifica também neste processo, isto proporcionado pelas vivências experienciadas no cotidiano.

O processo de trabalho apresenta uma seqüência de operações efetuadas pelos agentes desse processo – a força de trabalho (a equipe), que buscam transformar o objeto utilizando-se dos meios/instrumentos com uma finalidade específica que gera produtos próprios para satisfazer as necessidades a fim de garantir a continuidade do processo (ALTHUSSER, 1999).

Pires (1999) identifica os elementos do processo de trabalho em saúde citando o objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas para preservar a saúde ou prevenir doenças, ou ainda medidas curativas; a força de trabalho, os profissionais de saúde; o instrumental, que são os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento - o saber de saúde –; a finalidade, representada pela ação terapêutica de saúde; e o produto final, a própria prestação da assistência de saúde produzida no mesmo momento que é consumida.

A **finalidade** orientará as ações sobre o objeto, o que é desejado direcionará o trabalho para que o resultado esperado seja alcançado. Será empregada ao objeto a subjetividade do profissional de saúde (força de trabalho), refletindo seus desejos, suas necessidades, permitindo exteriorizar sua individualidade, expressar-se e transformar-se. Assim, se pode dizer que em sua criação estará impressa e revelada toda sua subjetividade.

Neste contexto, há uma inter-relação entre os elementos do processo de trabalho, não podendo esperar um funcionamento adequado da instituição/serviço quando não se dispõe de um desses elementos complementares e integradores ou então quando não estão integrados, articulados.

O **processo de trabalho** no APH móvel inter-relaciona o objeto, a força de trabalho, os meios/instrumentos e a finalidade. O **objeto** do trabalho do APH móvel são os clientes/vítimas que recebem o cuidado/assistência realizado pela **força de trabalho** (recursos humanos), que são os profissionais, oriundos da área da saúde, que atuam no APH móvel - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os recursos

humanos ainda englobam os serviços de apoio e a coordenação/gerência, pelo amparo no desempenho das atividades. Estes profissionais trabalham utilizando seu saber, seu conhecimento específico, aqui considerado como **meios/instrumentos**, assim como os recursos materiais e financeiros. Os recursos materiais, são os materiais e equipamentos, disponíveis em quantidade e qualidade para prestar o atendimento, sendo que para isto, deve haver um aporte financeiro suficientemente adequado para o suprimento destes materiais e equipamentos a serem disponibilizados. E a **finalidade** corresponde à manutenção da vida do cliente/vítima até a chegada ao hospital, prevenindo o surgimento de novas lesões ou o agravamento das já existentes. Contudo, durante o processo de trabalho tornou-se possível, aos profissionais oriundos da área da saúde (força de trabalho), identificar as dificuldades enfrentadas, apontando possíveis soluções para as mesmas, considerar a carga de importância do tipo de trabalho desenvolvido e em relação às condições de trabalho, sendo que a este universo de representações atribuiu-se a denominação de **significados do processo de trabalho**.

Como o propósito deste estudo é conhecer a atuação da equipe de APH móvel, da área da saúde, visualiza-se a sua correspondência, no processo de trabalho, à força de trabalho. Portanto, o objeto do estudo equivale à força de trabalho necessária para o cuidado, referenciando, valorizando e aquilatando o conjunto dos elementos que circundam e se fazem necessários ao desenvolvimento da atividade destes profissionais na instituição/serviço de APH móvel.

Assim sendo, a força de trabalho – os recursos humanos, apodera-se dos meios/instrumentos – conhecimento específico, recursos materiais e financeiros – utilizando-os no processo de trabalho para agir sobre o objeto - os clientes/vítimas. A forma como são utilizados e a sua disponibilidade irão refletir diretamente na finalidade - manutenção da vida, e no produto - o cliente/vítima cuidado, transformando o objeto, oferecendo e favorecendo as melhores condições possíveis de sobrevivência, eliminação ou diminuição de seqüelas.

É característica do processo de trabalho em saúde, a intangibilidade - o produto, que é o cliente cuidado/assistido, vai sendo consumido no momento em que é produzido. Este produto é resultado do emprego dos meios/instrumentos sobre o objeto e da inter-relação entre os seus elementos, determinando, assim, ao término deste processo, a eficácia e qualidade do cuidado/assistência.

A tangibilidade “refere-se aos serviços que podem ou não ser armazenados, produzidos e transportados” (SIQUEIRA, 2001, p. 96). Os serviços de saúde são intangíveis porque não podem ser armazenados e nem transportados. Segundo Siqueira (2001, p. 96), “os

fatores de produção e consumo encontram-se interligados, significando que ao mesmo tempo em que são produzidos, a maioria é consumida imediatamente através da prestação da assistência profissional ou multiprofissional”.

Serviço é um ato, um esforço, um desempenho. “É qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer a outra, que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de qualquer coisa. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico” (KOTLER, p. 191). Com ou sem a transferência de bens, o serviço vem “demonstrar o desempenho do profissional, o esforço pessoal e/ou coletivo utilizado para prestá-lo” (SIQUEIRA, 2001, p. 96). Assim, o produto do seu trabalho expressa suas vivências, que através do serviço procura satisfazer uma necessidade, imprimindo no resultado sua subjetividade.

Os serviços podem ser classificados, conforme Siqueira (2001, p. 96), segundo algumas características que “podem variar conforme o grau de durabilidade, de tangibilidade, quanto ao compromisso e quanto ao esforço”. A durabilidade está ligada ao processo de produção e a probabilidade de seu consumo, ou seja, quanto maior a previsão de intervalo entre elas, maior o período de durabilidade. Na intangibilidade o valor do serviço não se encontra em algo físico, mas naquilo que representa o que se procura. O compromisso é a representação pela forma de negociação estabelecida entre o comprador e o fornecedor. E o esforço se refere ao empenho que o consumidor emprega para adquirir o produto (SIQUEIRA, 2001).

Para Siqueira (2001), no que se refere a área da saúde, muitas variáveis interferem na produção do serviço. Estas variáveis fazem com que o serviço apresente-se sob várias categorias, tanto no que diz respeito ao aspecto de duração, como na intangibilidade. Os serviços de saúde apresentam características próprias e diferenciadas: intangíveis, inseparáveis, heterogêneos e simultâneos (LAS CASAS, 1991). A produção e o consumo dos serviços atuam simultaneamente, estão interligados.

“A prestação do serviço em saúde é realizada numa grande inter-relação com o cliente, já que a produção e a prestação encontram-se interligadas, sendo exercidas de forma simultânea, uma vez que não podem ser preparadas e estocadas para posterior utilização e, ainda, pela sua complexidade e heterogeneidade, necessitam de uma prestação de serviço individualizada, baseada na singularidade de cada ser humano” (SIQUEIRA, 2001, p. 100).

**O objeto de trabalho** não se determina por si mesmo, mas é delimitado pelo olhar de um sujeito que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial

esboçado num projeto subjetivo (MENDES GONÇALVES, 1992). O objeto aqui se refere às vítimas de trauma. São elas que receberão o atendimento, o cuidado, elas serão o objeto de trabalho dos profissionais do APH, sendo o trabalho expresso pelo cuidado.

O **cuidado** pode ser definido como o fato de prestar a assistência, de zelar, de um conjunto de ações que visem recuperar e/ou manter o bem-estar. No momento em que são identificadas as necessidades em uma emergência é primordial agir imediatamente com rapidez, mas sem pressa. A rapidez reflete toda a preparação do profissional, ao passo que a pressa demonstra toda sua insegurança diante da solicitação do auxílio e da situação inesperada que se apresenta e requer uma solução. Este estado de incerteza do que irá encontrar e como deverá atuar sobre o objeto, que necessita de sua atuação para ser protegido, atendido e encaminhado, deixa no agente um grau de inter-relação que repercute na sua maneira de ser e agir.

Assim, se trata do direcionamento e da realização do cuidado/assistência para/em alguém, uma vez, que o cuidado se dá na presença, na proximidade, é preciso avaliar, decidir e executar. O cuidado fala através do corpo, da atitude, do gesto, utiliza-se de diversas formas para ser expresso. Não se faz por uma regra, é subjetivo, é singular, depende do objeto, do seu estado, das suas necessidades, do seu comprometimento. Não tem hora para acontecer, nem local, muito menos forma pré-definida. Ao tratar-se do cuidado no APH móvel, o cenário é o mais diversificado que a mente humana consegue imaginar, mas é necessário que o cuidado seja construído pelos agentes para que as pessoas que o recebem tenham atendidas as suas necessidades.

O cuidado/assistência é a interação, a participação mútua entre seres humanos, é um momento humano no qual o ser cuidador expressa o cuidado/assistência ao ser cuidado. Nessa relação de troca é imprescindível sentir para descobrir como fazer, não apenas reagir por estímulo programado. Trabalha-se com seres humanos que tem uma vida, uma história, são singulares, possuem necessidades. Na expressão das inter-relações evidencia-se a individualidade e a coletividade sobrepostas, isto como resultado diante da interação com o profissional cuidador. Portanto, verdadeiros cuidadores precisam conhecer, ouvir quem cuidam, saber como se comportam, quais são as suas necessidades, os seus desejos.

O profissional do APH móvel deve estar comprometido com o cuidar, norteando seu fazer no princípio do respeito à vida e à integridade do ser humano. A sua ação do cuidar deve contemplar os preceitos da ética (bem, verdade e justiça) e da moral, cerceada pelos limites da atuação profissional. Entretanto deve estar consciente das suas limitações, principalmente,



enquanto profissional, exercendo suas atividades com responsabilidade e segurança para si e para o outro.

Cuidar também envolve um processo. O processo de cuidar ocorre de maneira contínua, envolve crescimento, pois se transforma constantemente e transforma a condição do ser que o recebe e também do ser que o expressa, acontecendo, sobretudo, independentemente da cura (WALDOW, 1999).

Segundo Waldow (1999), o cuidado é uma forma de viver plenamente. Uma maneira de expressão, de inter-relacionamento entre os seres e destes com o mundo. Surge quando há uma **relação** [grifo nosso] com o que tem vida e expressa vida.

Assim, no APH móvel, depara-se com um indivíduo fragilizado fisicamente e emocionalmente, que necessita de cuidado/assistência médica e de enfermagem, cuidados específicos. Na maioria das vezes, encontra-se em situações nas quais apresenta dificuldades em comunicar-se verbalmente, sendo que espera nesta hora um atendimento que lhe alivie o sofrimento, sem negligenciar sua integridade física e moral e respeitando sua individualidade.

Boff (1999) refere que o cuidado está na natureza e na constituição do ser humano, é da essência humana. Sem cuidado o ser humano deixa de ser humano. O cuidado é algo intrínseco que se projeta nas ações realizadas pelo profissional para aliviar o sofrimento, satisfazer as necessidades, no caso do APH móvel, imediatas do objeto de trabalho.

O ser humano/ vítima, ainda que recebendo, dentro do processo de trabalho do APH, a denominação de objeto de trabalho, pelo fato de ser no qual e para o qual se trabalha, não é algo inanimado, mas possuidor de especificidades. Trata-se, aqui, de algo muito mais abrangente, um ser dotado de vontades e aspirações, singular, subjetivo, histórico. Definitivamente, não pode ser visto como um mero ser biológico, físico, mas racional, psíquico, moral, espiritual, intelectual, social (SCHMITZ, 1993).

Neste estudo, a força de trabalho - os recursos humanos, são os profissionais oriundos da área da saúde componentes da equipe de APH móvel, das três instituições/serviços: Diamante, Topázio e Esmeralda. Estão incluídos aqui os serviços de apoio ao desenvolvimento do trabalho da equipe do APH e a coordenação/gerência.

Os meios/instrumentos compreendem o que o ser humano utiliza como extensão do seu corpo ou mente como auxílio para promover uma mudança de forma do objeto. São constituídos, a partir dos dados coletados, dos saberes destes profissionais e dos recursos materiais e financeiros, sendo que os recursos materiais envolvem os materiais e equipamentos que são utilizados no APH. Assim, para custear os recursos humanos e os recursos materiais é necessário dispor de suficientes recursos financeiros, que neste caso, são

mais destacados, quando em relação à aquisição e a manutenção de materiais e equipamentos necessários para o desempenho das funções dos profissionais que atuam no APH.

Contudo, os profissionais oriundos da área da saúde, das três instituições/serviços, identificam as dificuldades encontradas no cotidiano, bem como as possíveis resoluções, expressando os significados do processo de trabalho.

Para o desenvolvimento do processo de trabalho salientam-se as inter-relações e a interdependência dos elementos constituintes do processo. Não há como concebê-los isoladamente, pois são parte de uma rede integrada e interconectada, onde a ação de um refletirá no outro. Por isso, objeto, força de trabalho, meios/instrumentos e finalidade possuem uma relação direta e cada aspecto abordado em quaisquer destes elementos será parte do ciclo influenciando no produto final.

O primeiro aspecto abordado se refere aos recursos humanos – **a força de trabalho**, quem trabalha no APH móvel. Abrange as relações interpessoais no ambiente de trabalho, sendo necessário conhecer as funções exercidas, a composição da equipe de trabalho, os serviços de apoio e a coordenação do serviço, que gerencia para que os objetivos da instituição e do trabalhador sejam alcançados da melhor maneira possível.

Dentro de uma instituição/organização são assumidos cargos de acordo com a função que cada pessoa escolheu como profissão esperando alcançar seus objetivos enquanto profissional para a realização pessoal. Cargo<sup>25</sup> ou emprego é a posição instituída na organização, com denominação própria, atribuições específicas e salário correspondente, para ser provido e exercido por titular. Função<sup>26</sup> é a atribuição ou conjunto de atribuições conferidas a cada categoria profissional. Ainda, segundo Chiavenato (2004, p. 189), o cargo “é uma composição de todas as atividades desempenhadas por uma pessoa que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura certa posição formal no organograma<sup>27</sup> da empresa” e consiste em um conjunto de deveres e responsabilidades.

Os cargos constituem meios para atender os interesses da instituição/empresa e dos funcionários. Em relação à empresa os cargos são “os meios pelos quais ela aloca e utiliza os seus recursos humanos para alcançar objetivos organizacionais por meio de determinadas estratégias”. Sob a ótica do funcionário “são os meios pelos quais as pessoas executam as suas

---

<sup>25</sup> Aquilo que é ou se tornou incumbência ou compromisso de alguém. Encargo, responsabilidade, obrigação, um dever assumido em relação a alguém ou a algo. Uma função assumida em instituição pública ou particular. Emprego, trabalho. Exemplo: cargo de chefia, cargo de confiança (HOUAISS, 2001).

<sup>26</sup> Obrigação a cumprir, um papel a desempenhar pelo indivíduo, um ofício, profissão. Uma atividade específica de cargo assumido em uma instituição. Exemplo: função profissional, função própria (HOUAISS, 2001).

<sup>27</sup> É a representação gráfica da estrutura funcional da instituição/serviço, expressando as relações de hierarquia/autoridade existentes entre os órgãos.

tarefas dentro da organização para alcançar determinados objetivos individuais” (CHIAVENATO, 2004, p. 190).

Neste estudo a denominação para a função exercida varia muito em cada instituição/serviço, pois na Esmeralda, foram citadas as seguintes funções: médico, enfermeiro e técnico e auxiliar de enfermagem, sendo os dois últimos denominados socorristas. Mas a denominação socorrista não está prevista na legislação. Segundo a portaria 2.048, a equipe de APH móvel deve ser composta por profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. A equipe profissional da área da saúde deve ser composta por: Coordenador do Serviço; Responsável Técnico (médico responsável pelas atividades médicas do serviço); Responsável de Enfermagem (enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem); Médicos Reguladores (responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder as solicitações); Médicos Intervencionistas (responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte); Enfermeiros Assistenciais (responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte); Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro) (BRASIL, 2002b).

A equipe de profissionais não oriundos da saúde deve ser composta por Telefonista – Auxiliar de Regulação; Rádio-Operador; Condutor de Veículo de Urgência; Profissionais Responsáveis pela Segurança e Bombeiros Militares (BRASIL, 2002b).

Dessa forma, não é encontrado o **socorrista** como componente da equipe. Ao contrário do que afirmam os profissionais entrevistados da instituição/serviço Esmeralda que reconhecem a existência do socorrista como função

“Socorrista (...)... essa é a minha função” (AMARELO).

“(...) dois socorristas que sempre vão na ambulância” (ROSA).

Isso pode ser atribuído ao fato de que a maioria das instituições que promovem cursos de socorro básico (suporte básico de vida) se reportam as pessoas que o realizam como socorristas, sendo elas oriundas ou não da área da saúde, pela própria terminologia que deriva da palavra “socorro”. Dessa forma, essa denominação é amplamente utilizada, incluindo a própria instituição/serviço dos profissionais que atuam no APH móvel, tornando-se uma linguagem utilizada no local, mas que não expressa a função explicitada no contrato de trabalho.

Segundo Rodrigues (2001), na Portaria 824 de 24 de junho de 1999 do Ministério da Saúde, utilizava-se o termo socorrista para referir-se a um indivíduo leigo, habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de APH, sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados. Esta Portaria foi republicada como Portaria 814 em 01 de junho de 2001, sendo que seu texto já não apresentava mais o termo socorrista. Em 05 de novembro de 2002 foi publicada nova Portaria, a 2.048 revogando a anterior, 814, na qual o termo socorrista não é citado. Assim justifica-se a não utilização do termo socorrista como denominação correta para o componente da equipe de APH.

Já na instituição/serviço Diamante foram encontrados técnicos e auxiliares de enfermagem, mas todos denominados auxiliares de enfermagem, pois foram efetivados por concurso público para este cargo. Na Topázio há uma separação do quadro funcional, pois tem os profissionais que desempenham funções administrativas, de segunda a sexta-feira, com horário diferenciado e os profissionais que atuam, diretamente, na via pública, em regime de 24 horas folgando 72 horas.

Os profissionais que atuam no APH móvel, com cargos ou funções específicas, trabalham, seja em qual for a instituição/serviço, ligados à saúde. O trabalho em saúde é coletivo, cooperativo, realizado por diversos profissionais que foram capacitados para uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional (PIRES, 1999). Não se trabalha no isolamento, sendo que as atividades desenvolvidas em cada cargo ou função são interligadas e interdependentes, corroborando para um trabalho conjunto, interconectado que resultará em sucessos ou insucessos. O trabalho de uma pessoa reflete e influencia no das demais positiva ou negativamente. O trabalho em saúde tem como característica o trabalho em equipe.

O **trabalho em equipe** depende do diálogo constante que envolve a troca de dados e de novas informações. Envolve o conhecimento de cada membro da equipe, pessoas cujas atividades estão rigorosamente vinculadas ao seu colega, pois todos são especialistas responsáveis por um aspecto do trabalho não podendo de maneira nenhuma atuarem isolados (BRANDEN, 1999).

Nesse sentido, uma característica do APH móvel é o desenvolvimento do trabalho em equipe. É muito visível que não se pode e não se faz nada sozinho, precisa-se de todos os componentes da equipe. A união, o respeito, a cooperação, o diálogo, a aceitação do outro com suas especificidades, são a base para o bom relacionamento da equipe que deve ter no

conhecimento a estruturação e a solidificação das relações interpessoais no desempenho das funções de cada integrante.

Das três (03) equipes observadas, uma em cada instituição/serviço, somente uma (01), a da Esmeralda, é composta o mais próximo conforme preconizado pela portaria 2.048, apesar de ter a disposição, apenas, um (01) médico por plantão que atua como regulador e intervencionista nas três bases, e um (01) enfermeiro que é o responsável de enfermagem e assistencial. Dispõe de auxiliares e técnicos de enfermagem e contam com uma equipe de profissionais não oriundos da saúde: telefonista – auxiliar de regulação na central de atendimento que encaminha as chamadas; rádio-operador; condutor de veículo de urgência, que auxilia no atendimento. Mesmo assim o número de enfermeiras é insuficiente pelo fato de ter apenas uma (01), no total, que é a responsável de enfermagem e a responsável assistencial, ocasionando uma deficiência em determinados dias e horários. As outras duas equipes são compostas por apenas dois profissionais que não contam com regulação médica e nem com enfermeira assistencial. Uma delas conta somente com o motorista e o auxiliar ou técnico de enfermagem e o telefonista que encaminha as chamadas, enquanto a outra, é contemplada apenas com dois profissionais que se deslocam quando acionados pelo responsável pela sala de operações.

As falas que seguem apontam a composição da equipe de APH móvel de cada instituição/serviço pesquisada. Percebe-se pelas falas, que cada entrevistado identifica os componentes de sua equipe de maneira subjetiva, de acordo com a realidade vivenciada. A instituição/serviço Esmeralda é a que mais se aproxima do exigido pela Portaria, seguida pela Diamante e Topázio.

“Eu (médico) e o motorista, dois socorristas que sempre vão na ambulância... técnicos de enfermagem (...) tem técnicos e tem auxiliar, mas a maioria é técnico” (ROSA).

“... nós dois... direto... mais o guincho, mais a rota...” (AMARELO).

“Um motorista e um técnico ou auxiliar” (VERMELHO).

“Técnico... auxiliar... técnico agora e o motorista... mais nada!” (VERDE).

“Quando a guarnição tem bastante efetivo eu sempre vou com um, né...comigo (...) eu e mais um (...) e quando tá reduzida a guarnição sou só eu. Aí eu vou de motorista e socorrista (...) normalmente tem sido assim. Agora...ultimamente tem sido assim.” (AZUL).

“Trabalha comigo é um motorista e mais um socorrista... é patrulheiro socorrista. Mas nem sempre é... as vez é o motorista e só um patrulheiro socorrista... e às vez só o motorista” (PRETO).

Evidencia-se que a equipe da Esmeralda mantém-se sempre fixa em termos do número de componentes e da categoria dos profissionais que ali atuam, assim como a da Diamante. No entanto, a primeira dispõe de mais profissionais, ao passo que na outra se destaca a falta de profissionais para o atendimento, no que se refere aos componentes da equipe oriundos da área da saúde.

Percebe-se, pelas falas, que nas três instituições/serviços, os sujeitos da pesquisa consideram, também, o motorista como parte da equipe, mesmo não fazendo parte da área da saúde. A observação realizada confirma que o motorista participa integralmente da assistência sendo citado, principalmente na Diamante, como fundamental no auxílio para o socorro às vítimas, como aparece na seguinte fala

“O motorista ajuda imobilizá paciente, colocá prancha... ele se vira (...) os motoristas... eles também vão... porque vão pela gente. Se tu pensá... tem gente muito boa de trabalhá... não é só dirigir...” (VERDE).

“(...)... ele é o único que ajuda a gente. A gente não pode fazê tudo sozinho... segurá uma maca, fixá um paciente pra tu colocá um colar... tu nunca tá sozinho. Disparado! Eles ajudam muito mais... sem eles a gente não trabalhava... na realidade. Além de dirigir, eles ainda tem essa carga...” (VERMELHO).

O motorista auxilia de maneira incondicional o auxiliar ou técnico de enfermagem que trabalha no APH móvel, participando integralmente do atendimento, é considerado de fundamental importância no auxílio à realização de qualquer que seja o procedimento junto à vítima. Torna-se indispensável colaborador no socorro prestado.

Na Esmeralda os serviços de apoio são citados como componentes da equipe. Isto pode ser atribuído ao fato de trabalharem na mesma instituição/serviço e no atendimento às ocorrências se deslocarem conjuntamente, desempenhando papéis que seriam assumidos por outros profissionais integrantes da equipe de APH no local do agravo.

Já na Topázio, por uma característica própria e diferenciada de trabalho, com enfoque em outra área de atuação, esse tipo de atendimento vem a ser secundário, o que proporciona um déficit de profissionais para executá-lo. Conforme a observação realizada, a liberação da quantidade de pessoal para determinada ocorrência depende do número de trabalhadores naquele plantão, ficando evidente que muitas vezes, em razão da escassez, apenas um profissional se desloca para atender a ocorrência. O que acontece, então, é uma racionalização do número de profissionais para os atendimentos resultando em uma assistência deficitária reconhecida pelos mesmos.

Além dos profissionais envolvidos com a assistência de saúde – os componentes da equipe – “existe outro grupo de trabalhadores, com diversas qualificações, que desenvolvem atividades que não são específicas do trabalho em saúde, mas que são fundamentais para que a assistência institucional possa se realizar” (PIRES, 1999, p. 31). Estas atividades são denominadas por Pires (1999) de ‘atividades de apoio’. Segundo Siqueira (2001), os serviços de apoio, ou serviços meios, são representados por todos aqueles serviços que fornecem os meios necessários para que os serviços fins – ligado diretamente ao cliente – consigam desempenhar, com eficiência, o atendimento proposto.

Consideram-se, como de apoio, as atividades exercidas pela mesma instituição/serviço, com a finalidade de dar suporte para a equipe que vai prestar o atendimento direto à vítima de trauma, fornecendo subsídios para que o cuidado/assistência seja de qualidade. Portanto, estas atividades são realizadas por profissionais que fazem parte do quadro funcional da mesma instituição/serviço.

No entanto, o que emergiu dos profissionais, da Diamante e da Topázio, foi a identificação dos que estão externos a sua instituição/serviço como serviços de apoio para o desenvolvimento do trabalho. Os profissionais da Diamante e da Topázio identificaram várias instituições/serviços que os auxiliam no atendimento às ocorrências, sendo que na Topázio foram citadas as mesmas, por ambos profissionais, como se apresenta nas seguintes falas

“Apoio a nossa equipe... a Brigada Militar (...). O pessoal da Secretaria de Trânsito, também, agora tem auxiliado bastante... os cinzinhos (...)” (VERMELHO).

“A Brigada, a Rodoviária... a ECOSUL (...) as firmas da Barra... TECON, Trevo, a Bunge... a Polícia Rodoviária e os Bombeiros (...)” (VERDE).

“Os Bombeiros... os Bombeiros, a ambulância da Prefeitura, que eventualmente nos apóiam, os agentes de trânsito e o próprio pessoal da Brigada Militar... o policiamento, né... também. E eventualmente o usuário da rodovia, também... não podemos deixar de citar... que, às vezes, nos ajudam” (AZUL).

“Geralmente... enfermeiros, técnicos que estão no local ou que estão passando, médicos, guardas de trânsito... é... Policiais Militares...” (PRETO).

Entretanto, na Esmeralda ressaltaram os que pertencem à mesma instituição/serviço, mas sem deixar de referir os pertencentes aos outros que oferecem um suporte para o atendimento aos agravos.

“(...) tem... empresa, tem o guincho, tem a rota... que sempre é apoio pra nós. E quando precisa... que tem muitas vítimas... vem sim outras ambulâncias, vem os Bombeiros, né (...)” (AMARELO).

“Os Bombeiros, as ambulâncias da SAMU, da UNIMED... ah é... o guincho, a rota” (ROSA).

Com base nestes relatos, percebe-se, que os entrevistados da Esmeralda, apontam os mesmos serviços de apoio a sua equipe de APH móvel. Tanto citam seus colegas de instituição/serviço, como os pertencentes a outras. O que demonstra, de certa forma, que os serviços de apoio, independente da proveniência, são identificados, pelos sujeitos das três instituições/serviços, em relação ao auxílio que prestam no local e no momento do atendimento, configurando um suporte à equipe que chegou primeiro à ocorrência.

Os entrevistados da Diamante e da Topázio relataram uma quantidade significativa de instituições/serviços que os auxiliam nos atendimentos, demonstrando quais estão presentes na ocorrência, com a finalidade de realizar as ações que competem aos que chegam primeiro na cena e auxiliar no atendimento e/ ou, ainda, na remoção das vítimas para o local necessário.

Estas instituições/serviços foram citadas por estarem auxiliando de uma forma ou de outra a equipe de APH móvel, permitindo que emergisse, o fato de que o número de funcionários parece insuficiente para atender a demanda, assim como a quantidade de ambulâncias/viaturas disponíveis. Em um primeiro momento, parecem em número suficiente do ponto de vista dos funcionários, o que é uma ilusão. Pois quando fazem essa referência é em virtude de poderem contar com outras instituições/serviços e com um “acréscimo” de profissionais provenientes destes locais para auxiliá-los. Estes podem ser identificados como pontos nevrálgicos das instituições/serviços que prestam o APH móvel, porque na realidade elas não possuem estes recursos.

Nas falas a seguir evidencia-se que a suficiência, tanto de pessoal quanto de ambulâncias, está realmente vinculada a disponibilidade destes recursos por outras instituições/serviços.

“Diria que até é suficiente... Que geralmente têm as outras que auxiliam, né... tem o resgate da ECOSUL, tem o da Polícia Rodoviária Estadual também. Não tendo esses serviços deveria ter mais, mas como eles trabalham em conjuntamente... uma é suficiente até” (VERMELHO).

“Mas eu me viro bem sozinha. Mas o ideal seria dois funcionários. (...)... mas é que... pra te outra tem que sê de outra maneira, sabe... não pode sê assim... tem que te outro esquema. Mas... até mesmo porque acidente dá mais na região lá da Barra, na estrada... têm as outras ambulâncias. Tem Trevo, tem TECON, tem todos que tem ambulância ali... todo mundo vai. A gente vai e volta pra esses lados... quando chega lá já tá todo mundo, a gente só ajuda... sempre tem apoio lá” (VERDE).



“É o suficiente em função da... temos aqui no município várias ambulância que de vez enquanto nos apóiam nas ocorrências. Pra nós é o suficiente uma. É... o que falta é efetivo” (AZUL).

Estas falas revelam uma contradição. Enquanto afirmam que existem ambulâncias em número suficiente, contam com os outros serviços que também prestam atendimento às vítimas. A contradição se encontra exatamente no que afirmam, porque o serviço que está sendo analisado, na verdade, possui falta de ambulâncias para prestar o atendimento às vítimas no APH móvel. Portanto, de acordo com as instituições/serviços que foram pesquisadas, existe a necessidade de aumentar o número de ambulâncias, pois está evidenciado que precisam contar com a disponibilização de ambulâncias de outras instituições/serviços do município para que o atendimento atinja o resultado esperado.

Para que o trabalho no APH móvel seja realizado, é necessário, além dos aspectos que foram apresentados até o momento, planejar, organizar, comandar, coordenar e supervisionar, ou seja, alguém que desempenhe estas funções: a gerência.

Segundo Sell (1994), as formas gerenciais são responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho e pela qualidade com que é realizado. As práticas gerenciais devem possibilitar abertura de espaços para a participação de todos os trabalhadores no processo decisório, permitindo desenvolvimento da criatividade para um fazer diferente, um fazer compartilhado, ou seja, construtivo (SIQUEIRA, 2001) permitindo definir juntamente com o coordenador/gerente a qualidade do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Para que o trabalhador desenvolva suas atividades de maneira satisfatória deverá saber a quem recorrer em caso de dúvidas, dificuldades, solicitações, sugestões, para que possa sentir-se construtor do cuidado, e saber que está amparado para a realização das suas atividades diárias, a acessibilidade. Deve estar bem claro quem coordena o serviço e quais as obrigações e direitos deste coordenador, bem como o papel do trabalhador, seus direitos e deveres dentro da instituição/serviço.

Das três instituições/serviços pesquisadas, os funcionários de uma delas não identificam com precisão quem os coordena. Já os da Topázio e da Esmeralda identificam os coordenadores/gerentes como está evidenciado nas seguintes falas:

“Pra tê dizer a verdade... eu não tenho bem certeza. Eu acho que é o encarregado das viaturas, mas não tenho certeza se é ele... o responsável mesmo” (VERMELHO).

“Tem a chefia de enfermagem... mas... e a secretária da saúde no caso. Mas quem faz funcioná somos nós... É verdade!! A enfermeira coordenadora de enfermagem é responsável pela coordenação dos postos, a secretária é responsável por todas as equipes, e tem uma pessoa responsável pelos motoristas” (VERDE).

“Seria o comandante do grupo que é o sargento” (AZUL).

“... ele agora se formô técnico (de enfermagem)... ele é bombeiro também... gerente do resgate” (AMARELO).

Mesmo sem uma identificação precisa, para os funcionários representa a coordenação, a pessoa que assume e resolve os problemas que surgem, mesmo que não seja esta determinada para o cargo.

“Porque nunca ninguém qué assumí né, a bronca da... aí fica com a coordenação de enfermagem, fica com a secretária... acaba caindo nas mãos de alguém que resolva. Geralmente o responsável pelas viaturas resolve alguma coisa” (VERMELHO).

“É... ela (secretária da saúde) é notificada... até... pra gente não passá por cima da coordenação de enfermagem. Ela (secretária da saúde) é notificada pela coordenadora de enfermagem, né! Mas é... ela (secretária da saúde) é meio difícil o acesso também. Já complica um pouco!” (VERMELHO).

Assim, essas características contribuem para que o impacto das condições de trabalho tomem maiores ou menores proporções, em relação aos efeitos no organismo humano, provocando ações e reações benéficas ou não, para cada pessoa, de acordo com o seu limiar de tolerância ao estresse, que está freqüentemente relacionado às condições e ao ambiente de trabalho.

A manutenção de pessoas satisfeitas exige um conjunto de cuidados especiais, entre os quais sobressaem os estilos de gerência, as relações com os empregados e os programas de higiene e segurança do trabalho que assegurem qualidade de vida na organização.

Na Esmeralda a satisfação com a coordenação é evidente, pois eles sabem identificar e enfatizar as ações da coordenação do serviço, pois estão presentes nos pontos que os funcionários julgam ter maior importância, como demonstram na fala a seguir:

“Eles vem pra í fazê treinamento... (...)... e temos prova também. De vez em quando o nosso chefe faz umas prova... a enfermeira... (...). Então, aquele material tu vai passá via rádio ou baixa freqüência, né... pro coordenador ou à enfermeira pra eles nos mandá o material” (AMARELO).

“De perto e de longe, né. Vem... vem quase todos os dias... ele vem. É com ele... Ou com a enfermeira. Quando acontece alguma coisa que a gente não tá de acordo também é ele que vem resolver” (ROSA).

Já na Diamante, pode-se perceber pela fala a carência de um coordenador especificamente para este tipo de serviço, que possa dedicar-se somente para isto. Alguém que esteja presente e batalhe pelos funcionários e com eles pela melhoria das condições de trabalho e pela prestação de um serviço de qualidade, que traga satisfação. Um gerente que, utilizando-se das funções administrativas, seja uma referência para estes trabalhadores e possa verdadeiramente proporcionar o exercício do cuidado humano.

“(...) Mas nós tínhamos que ter alguém aqui responsável por NÓS, pelas viaturas, pela ambulância, na unidade... oh... funciona, mas funciona porque a gente faz funcioná, isso eu posso dizer com certeza... ah é... pra que não dê problema nenhum” (VERDE).

O trabalho gerencial é coletivo, interdependente, determinado pelas demandas e necessidades do cliente sendo que o sucesso está ancorado na ética e em times de trabalho que respeitem e valorizem as diferenças enquanto aspectos complementares de grupos heterogêneos que colocam a disposição do cliente seus conhecimentos e habilidade (ROSSI; SILVA, 2005). Assim, devem ser considerados fatores como a capacidade e envolvimento dos gestores, dos profissionais que comandam em instâncias mais elevadas no interior dos estabelecimentos, dos profissionais das áreas de apoio, dos profissionais da área da assistência e o usuário como imprescindíveis para o sucesso das ações gerenciais focadas no cuidado (ROSSI; SILVA, 2005). Rossi e Silva (2005) enfatizam o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários para que haja mudanças nas formas de se fazer gestão e assistência, pois são eles que refletem o cotidiano (ROSSI; SILVA, 2005).

O gerenciamento do cuidado exige dos profissionais de saúde, uma visão que integre e acolha os valores e lógicas diferenciadas impressos nas necessidades dos usuários. Diante disso, é necessária uma imersão dos profissionais nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia, no sentido de satisfazerem às necessidades emergentes nos processos de trabalho, cujas soluções não são encontradas em nenhum manual de normas, rotinas e técnicas. O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado, hoje, é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia. E através dessas mesmas relações, sustentar a satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários potencialmente capazes para intervirem no trabalho (ROSSI; SILVA, 2005).

Para que o processo de trabalho aconteça, há inter-relação dos seus elementos. Neste sentido, os **meios/instrumentos** são utilizados pelo ser humano para desenvolver o seu trabalho/atividade. O instrumental é o que vai auxiliar o homem para a transformação do

objeto, com a finalidade de atender a necessidade determinada no momento. Neste caso, os meios/instrumentos - recursos materiais e financeiros e o cuidado - serão determinantes para o atendimento à vítima que necessita de socorro imediato.

Os **recursos materiais** são de grande importância dentro do APH móvel. Trata-se dos veículos disponíveis e dos materiais e equipamentos destes veículos. Segundo a portaria 2.048 (BRASIL, 2002b) os veículos são definidos como: Ambulâncias, Veículos de Intervenção Rápida – veículos leves ou de ligação médica utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida às ambulâncias, e outros veículos – “habituais adaptados para transportar pacientes de baixo risco, sentados, que não se caracterizem como veículos tipo lotação” (BRASIL, 2002b, p. 37).

Nas três instituições/serviços em estudo, Diamante, Topázio e Esmeralda foram encontradas ambulâncias, sendo que apenas na Esmeralda foi encontrado um Veículo de Intervenção Rápida, o qual fazia o transporte de um profissional médico da base até o local da ocorrência como está evidenciado na fala que segue:

“(…) nós temos que fazê, primeiro, a avaliação do acidente, da vítima (...) passar pro médico (...) pra ele ter uma idéia se ele precisa vim ou não (...) o médico já desloca junto... já sai de lá...” (AMARELO).

Isso evidencia uma rotina assimilada pelos profissionais que se deslocam no primeiro momento para atender a ocorrência, pois mantém a comunicação com o profissional médico por telemedicina e recebem as primeiras orientações de como proceder adequadamente em cada caso. Na visão deles isso facilita o atendimento, pois quando chegam ao local, enquanto descrevem a cena ao médico, imediatamente tomam as providências necessárias. Dependendo da avaliação do cenário, o médico tem um parâmetro para saber se é necessário seu deslocamento, ou então, se a viatura acionada anteriormente é suficiente para prestar o socorro.

Com relação às ambulâncias do APH móvel, o Ministério da Saúde, através do Anexo da Portaria 2.048 (BRASIL, 2002b), apresenta uma classificação de acordo com o tipo de atendimento prestado, conseqüentemente em função das condições que se encontram os usuários. Além disso, define a tripulação considerando a habilitação do profissional e os materiais e equipamentos que devem estar disponíveis em cada tipo de ambulância.

A partir das observações realizadas durante o estudo e com base nas determinações da legislação, foi construído o quadro a seguir, a fim de demonstrar o tipo de atendimento que cada instituição/serviço pode prestar.

**Quadro 10 - Classificação das Ambulâncias de Acordo com o Tipo de Atendimento Prestado**

AMBULÂNCIA	ATENDIMENTO (Anexo da Portaria nº 2.048)	Instituição/ Serviço DIAMANTE	Instituição/ Serviço TOPÁZIO	Instituição/ Serviço ESMERALDA
<b>Tipo A</b>	<b>Transporte</b> (remoções simples e de caráter eletivo)			
<b>Tipo B</b>	<b>Suporte Básico</b> (transporte inter-hospitalar de pessoas com risco de morte conhecido e ao APH de vítimas com risco de morte desconhecido)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Tipo C</b>	<b>Resgate</b> (veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de vítimas de acidentes ou de pessoas em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento - terrestre, aquático e em alturas)			<b>X</b>
<b>Tipo D</b>	<b>Suporte Avançado</b> (atendimento e transporte de vítimas de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, contando com equipamentos médicos necessários para o atendimento)			<b>X</b>
<b>Tipo E</b>	<b>Aeronave de Transporte Médico</b> (de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar, sendo que a aeronave de asa rotativa é para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC)			
<b>Tipo F</b>	<b>Embarcação de Transporte Médico</b> (veículo motorizado aquaviário para o transporte via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade)			

Fonte: Brasil, 2002b, p. 37; Dados Coletados - organizado por Divino (2006).

No entanto, todos os profissionais que participaram da pesquisa identificaram as ambulâncias do seu local de trabalho como Resgate, sendo que os dois (02) profissionais da instituição/serviço Esmeralda classificaram também como Suporte Avançado.

A classificação das ambulâncias não se dá, somente, de acordo com o tipo de atendimento prestado, uma vez que esse atendimento está vinculado à habilitação dos profissionais que nelas atuam e aos materiais e equipamentos disponíveis.

No quadro a seguir, apresenta-se a tripulação das ambulâncias de acordo com a Portaria e a observação realizada nas três instituições/serviços estudadas.

**Quadro 11 – Tripulação das Ambulâncias**

AMBULÂNCIA	TRIPULAÇÃO			
	Anexo da Portaria nº 2.048	Instituição/Serviço DIAMANTE	Instituição/Serviço TOPÁZIO	Instituição/Serviço ESMERALDA
<b>Tipo A</b>	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem			
<b>Tipo B</b>	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem	2 profissionais policiais rodoviários, ambos motoristas (classe D), sendo, ao menos, um com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem
<b>Tipo C</b>	3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida		2 profissionais policiais rodoviários, ambos motoristas (classe D), sendo, ao menos, um com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem
<b>Tipo D</b>	3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico			2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem, mais 2 profissionais, sendo um motorista e um médico, que se deslocam, quando necessário, em um veículo de intervenção rápida. As vezes o enfermeiro se desloca para a ocorrência juntamente com o médico no mesmo veículo
<b>Tipo E</b>	Não será definida a tripulação devido ao fato de não ter disponível nas instituições/serviços estudados este tipo de ambulância.			
<b>Tipo F</b>	Não será definida a tripulação devido ao fato de não ter disponível nas instituições/serviços estudados este tipo de ambulância.			

Fonte: Brasil, 2002b, p. 38; Dados Coletados - organizado por Divino (2006).

Os quadros comparativos a seguir fazem referência ao Suporte Básico (Tipo B), Resgate (Tipo C) e Suporte Avançado (Tipo D) em relação aos respectivos materiais e equipamentos necessários para o atendimento, segundo a Portaria, e os disponíveis em cada instituição/serviço.

### Quadro 12 – Comparativo dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias (continua)

Suporte Básico - Tipo B
  Resgate - Tipo C
  Suporte Avançado - Tipo D

<b>MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>			
<b>Anexo da Portaria nº 2.048</b>	<b>Instituição/ Serviço DIAMANTE</b>	<b>Instituição/ Serviço TOPÁZIO</b>	<b>Instituição/ Serviço ESMERALDA</b>
Sinalizador óptico e acústico	X	X	X
Equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel		X	X
Maca articulada e com rodas	X	X	X
Suporte para soro	X	X	X
Instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída	X	X	X
Oxigênio com régua tripla (a-alimentação do respirador; b-fluxômetro e humidificador de oxigênio e c-aspirador tipo Venturi)	X <sup>1</sup>		X <sup>2</sup>
Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação	X	X	X
Cilindro de oxigênio portátil com válvula	X		X
Maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, catéteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos	X <sup>3</sup>	X <sup>4</sup>	X
Maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação	X <sup>5</sup>	X <sup>6</sup>	X
Prancha curta e longa para imobilização de coluna	X <sup>7</sup>	X <sup>7</sup>	X <sup>7</sup>
Talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais	X	X	X
Colete imobilizador dorsal	X		X
Frascos de soro fisiológico e ringer lactato	X <sup>8</sup>		X
Bandagens triangulares	X	X	X
Cobertores		X	X
Coletes refletivos para tripulação	X	X	X
Lanterna de mão		X	X
Óculos, máscaras e aventais de proteção	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>
Maletas com medicações a serem definidas em protocolos pelos serviços			X
Sinalizador óptico e acústico	X	X	X
Equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel		X	X
Prancha curta e longa para imobilização de coluna	X <sup>7</sup>	X <sup>7</sup>	X <sup>7</sup>
Talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais	X	X	X
Colete imobilizador dorsal	X		X
Frascos de soro fisiológico	X		X
Bandagens triangulares	X	X	X
Cobertores		X	X
Coletes refletivos para tripulação	X	X	X
Lanterna de mão		X	X
Óculos, máscaras e aventais de proteção	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>
Material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas		X <sup>10</sup>	X
Maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8kg	X	X	X
Fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas	X <sup>11</sup>	X	X

Fonte: Brasil, 2002b, p. 37-38; Dados Coletados - organizado por Divino (2006).



**Quadro 12 – Comparativo dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias (conclusão)**

<b>MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>			
<b>Anexo da Portaria nº 2.048</b>	<b>Instituição/ Serviço DIAMANTE</b>	<b>Instituição/ Serviço TOPÁZIO</b>	<b>Instituição/ Serviço ESMERALDA</b>
Sinalizador óptico e acústico	X	X	X
Equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel		X	X
Maca articulada e com rodas	X	X	X
Dois suportes de soro	X <sup>12</sup>	X <sup>12</sup>	X <sup>12</sup>
Instalação de rede portátil de oxigênio como descrito anteriormente (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas)	X		X
Respirador mecânico de transporte			X
Oxímetro não-invasivo portátil	X		X
Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível	X		X
Bomba de infusão com bateria e equipo; cadeira de rodas dobrável			
Maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos			X
Catéteres de aspiração; adaptadores para cânulas	X		X
Catéteres nasais; seringa de 20ml	X		X
Ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório	X	X <sup>13</sup>	X
Sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos			X
Luvas de procedimentos	X	X	X
Máscara para ressuscitador adulto/infantil			X
Lidocaína geléia e "spray"			X
Cadarços para fixação de cânula			X
Laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas			X
Estetoscópio	X	X	X
Esfigmomanômetro adulto/infantil	X	X <sup>14</sup>	X
Cânulas orofaríngeas adulto/infantil	X	X <sup>15</sup>	X
Fios-guia para intubação			X
Pinça de Magyll			X
Bisturi descartável			X
Cânulas para traqueostomia			X
Material para cricotiroidostomia			X
Conjunto de drenagem torácica			X
Maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico, pacotes de gaze estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, catéteres específicos para dissecação de veias tamanho adulto/infantil, tesoura, pinça de Kocher, cortadores de soro, lâminas de bisturi, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, equipo de infusão de 3 vias, frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado	X <sup>16</sup>	X <sup>17</sup>	X <sup>18</sup>
Caixa completa de pequena cirurgia			X
Maleta de parto como descrita anteriormente	X <sup>5</sup>	X <sup>6</sup>	X
Sondas vesicais	X		X
Coletores de urina			
Protetores para eviscerados ou queimados			X
Espátulas de madeira	X	X	X
Sondas nasogástricas	X		X
Eletrodos descartáveis	X		X
Equipos para drogas fotossensíveis e equipo para bombas de infusão			
Circuito de respirador estéril de reserva; campo cirúrgico fenestrado			
Equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>9</sup>
Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo		X	X
Almotolias com anti-séptico	X	X <sup>19</sup>	X
Conjunto de colares cervicais e prancha longa para imobilização da coluna	X	X	X

Fonte: Brasil, 2002b, p. 37-38; Dados Coletados - organizado por Divino (2006).

Os números sobrescritos nas colunas da tabela se referem às restrições que as instituições/serviços têm em relação aos materiais e equipamentos que dispõe para o funcionamento do APH móvel. Conforme as exigências da Portaria nº 2.048, com relação aos materiais e equipamentos, aparece a denominação de “maleta de urgência”, “maleta de parto”, “maleta de acesso venoso” em que estão relacionados vários itens, assim, as instituições/serviços podem não dispor de todos os itens listados. Também pode ocorrer de disporem do material exigido, mas não na quantidade determinada pela portaria.

1. Disponível somente com fluxômetro e humidificador de oxigênio.
2. Há aspirador, mas não do tipo Venturi.
3. Na maleta de urgência não contém tesoura reta com ponta romba e protetores para queimados e eviscerados.
4. Na maleta de urgência contém cânulas orofaríngeas e catéteres para aspiração, mas não disponível em tamanhos variados. Não há esfigmomanômetro infantil e protetores para queimados e eviscerados.
5. Na maleta de parto não há estilete estéril.
6. Na maleta de parto não há clamps umbilicais e braceletes de identificação.
7. Disponível prancha longa para imobilização, mas não prancha curta.
8. Não há frascos de Ringer Lactato.
9. Não há aventais de proteção.
10. Não há material mínimo para salvamento aquático e em alturas.
11. Não há fitas para isolamento de áreas.
12. Há somente um suporte de soro.
13. Não há ressuscitador com reservatório.
14. Disponível esfigmomanômetro adulto.
15. Não há cânulas orofaríngeas infantil.
16. Disponível maleta de acesso venoso contendo: luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico, pacotes de gaze estéril, esparadrapo, seringas de vários tamanhos e frascos de soro fisiológico.
17. Disponível maleta de acesso venoso contendo: recipiente de algodão com anti-séptico, material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas (butterfly) e plásticas e garrote.
18. Não contém na maleta de acesso venoso: agulhas especiais para punção óssea, cortadores de soro e equipo de infusão de três vias.
19. Dispõe de almotolias com PVPI.

Além disso, ocorre o fato de uma das instituições/serviços, a Esmeralda, dispor de materiais e equipamentos não descritos/especificados na portaria, mas que demonstram pela prática que são importantes para realizar o atendimento, especialmente nas ambulâncias denominadas resgate: Cachimbos para nebulização, termômetro, micropore, aparelho e fitas para hemogluco teste (HGT), atadura crepom de 10cm e 20cm, lençóis descartáveis, fronhas descartáveis, travesseiros, tração de fêmur, pasta para pertences (tudo o que é encontrado com a vítima), caixa com medicações, pacote de lixo pequeno e grande, fardo de papel-toalha, lanternas grandes, capas-de-chuva, pares de botas de borracha, pares de luva para alta-tensão, pares de luva de raspa de couro (para rapel), bandeira para sinalização, plásticos pretos para cadáver, motor lukas (desencarcerador) com mangueiras de alta pressão, cunha para lukas, galão de combustível para lukas, jogo de correntes com ponteiros, corta-fio, tesourão, facão, enxada, machado, rastel, lancinho, pá-de-bico quadrado, alavanca tipo pé-de-cabra, alavanca reta grande, kit EPI para produtos perigosos, chaves do 7 ao 32, alicate universal, alicate de pressão, alicate de corte, chave-de-boca 30, chave de fenda pequena, média e grande, chave Philips pequena, média e grande, chave de vela, lâmina reserva, arco de serra com lâminas, marreta pequena, machadinha, cabo de 12milímetros de 100metros (fazer a descida no rapel), pares de luva de vaqueta (para rapel ou uso do desencarcerador – lukas), cadeirinha (para fazer descidas), mosquetão de aço, mosquetão tipo “faders”, protetores para cabo, cordeletes de 1metro, roldanas, peça 8 e bóia de salvamento aquático.

De acordo com o que estabelece a Portaria, foi observado que as três (03) instituições/serviços apresentam condições de prestar o Suporte Básico à Vida. Os recursos humanos e materiais que a Diamante dispõe não correspondem ao Resgate e ao Suporte Avançado. Entretanto, de acordo com o regulamento, apenas a Esmeralda possui ambulância provisionada com equipamentos de salvamento terrestre, aquático e em alturas podendo ser classificada como Resgate, bem como, disponibiliza recursos materiais e profissionais habilitados para essa assistência/cuidado, o SA. Já a Topázio dispõe de profissionais habilitados, mas não em número suficiente segundo a legislação e de alguns equipamentos que correspondem às exigências da classificação de Resgate, mas faltam outros, também necessários, para que possa se enquadrar nesta definição.

“Equipamentos básicos para socorro (...) de auto-estrada” (VERMELHO).

Pela fala, equipamentos básicos para socorro, entende-se ter o mínimo necessário para desenvolver o seu trabalho, permitindo que seja concluído, na realidade, a não classificação

da ambulância como Resgate, uma vez que este atendimento se caracteriza pela prestação de socorro em qualquer lugar de difícil acesso além da auto-estrada.

“(...) a gente pode atendê no meio da rodovia, como dentro da ambulância... é um hospital né... um hospital móvel... que a gente ali tem todo suporte (...)” (AMARELO).

“(...) tudo o que é necessário pro atendimento médico” (ROSA).

No entanto, a Esmeralda conta com uma ambulância Resgate (Tipo C) que poderia sofrer as adaptações necessárias para prestar um atendimento mais especializado se assim fosse solicitado. As ambulâncias, mesmo sendo enquadradas em uma determinada classificação, ainda podem sofrer adaptações para prestar mais de um tipo de atendimento. Como, por exemplo, é o caso de uma ambulância de Suporte Básico (Tipo B) que pode realizar ações de salvamento e uma de Resgate (Tipo C) que pode prestar o Suporte Básico (BRASIL, 2002b). Basta atender alguns requisitos, pois estas adaptações se referem a complementar a ambulância de Resgate, por exemplo, com materiais e equipamentos para o Suporte Avançado, sendo que na Esmeralda é o médico que os traz consigo para que possa ser prestado um atendimento mais específico na ambulância de resgate que já está no local.

Este tipo de adaptação necessária para que se possa dar, segundo os relatos, um “suporte avançado” facilita e qualifica o trabalho, pois em uma ocorrência que se faça necessário um atendimento mais especializado é possível fazê-lo mesmo em uma rodovia com uma infra-estrutura satisfatória. Dessa forma, se pode desenvolver esse trabalho mesmo onde as condições do local sejam precárias, tendo a disposição, além de profissionais devidamente habilitados, um profissional médico, tanto via rádio quanto no local da ocorrência se assim for julgado necessário, para orientar/realizar determinados procedimentos. Estes, por sua vez, contam com todo material e equipamento que necessitam para poder aumentar as chances de sobrevivência da vítima, e reduzir a possibilidade de seqüelas, se traduzindo em um atendimento eficaz.

Um fato emergiu dos dados referente ao entendimento da relação do tipo de ambulância, com os materiais e equipamentos disponíveis e com o tipo de atendimento prestado, não parecendo bem claro para a maioria dos trabalhadores, como está evidenciado na fala que segue,

“Eu acredito que o suporte básico é algo mais técnico... com. com equipamentos mais sofisticados, etc (...) a gente tá aguardando o material chegar... pra que fique mais qualificado o atendimento” (AZUL).

O Suporte Básico segundo a Portaria 2.048 (BRASIL, 2002b) se caracteriza pelo transporte inter-hospitalar de pessoas com risco de morte conhecido e ao APH de vítimas com risco de morte desconhecido, sendo, portanto um serviço básico, sem ter disponibilidade de equipamentos mais sofisticados que é o caso do Suporte Avançado.

Entretanto, o fato da não classificação correta, pela maioria dos profissionais, da ambulância utilizada, pode ser atribuído ao desconhecimento dos fatores que realmente determinam e diferenciam as ambulâncias em Suporte Básico, Resgate e Suporte Avançado. Isso reporta para uma questão que demonstra a importância da atualização periódica para qualificar os profissionais em relação às modificações que ocorrem na sua área de atuação, além de prepará-los para um atendimento mais seguro e eficaz.

Mas não se pode esquecer que um atendimento qualificado não se traduz somente pela quantidade ou qualidade dos materiais e equipamentos disponíveis, mas sim pelo uso adequado que se faz destes. Sendo notório a necessidade de dispor dos mesmos aliados à qualificação, a habilidade e a competência profissional para prestar um cuidado de qualidade.

Porém, ao realizar uma análise metódica quanto aos materiais e equipamentos das ambulâncias, nenhuma das instituições/serviços estudadas disponibiliza, na íntegra, estes materiais e equipamentos conforme previsto e exigido na legislação. Dessa maneira o APH prestado pela Diamante e pela Topázio se enquadrariam no Suporte Básico, e pela Esmeralda, no Resgate. Mas dentre as ambulâncias observadas nas três instituições/serviços durante o estudo, não foram encontrados todos os equipamentos para o Suporte Avançado, conforme exige a legislação.

No entanto, na Esmeralda, os profissionais referem que a ambulância disponível é Resgate, mas que com adaptações que são realizadas, caso seja necessário, podem prestar Suporte Avançado, pois os materiais e equipamentos para essa adaptação estão na viatura que conduz o médico até o local, e se necessário a enfermeira, tendo então materiais, equipamentos e pessoal para o Suporte Avançado. O quadro apresentado mais adiante aponta a falta de um equipamento que é a incubadora, que provavelmente acarretará em perdas no atendimento, mas que, para eles, mesmo assim continua sendo classificada como Suporte Avançado.

Ocorre também o fato das ambulâncias disporem de certos materiais que não estão discriminados na legislação. Como é o caso da Esmeralda que possui na ambulância de Resgate (Tipo C) materiais disponíveis que não estão especificados na legislação, mas que são imprescindíveis para o salvamento em locais de difícil acesso, como por exemplo, as Luvas

de Vaqueta utilizadas em caso da necessidade de rapel e do uso do desencarcerador, Kit-EPI para produtos perigosos, entre outros.

Neste caso, o que deve conter em uma ambulância Resgate ou em uma de Suporte Básico que realize ações de salvamento, não se encontra de maneira especificada na legislação. A portaria nº 2.048 traz da seguinte forma: “material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas” (BRASIL, 2002b, p.37), assim, a partir daí os serviços podem determinar o que seria esse material. Um exemplo é a Esmeralda, na qual o profissional cita o que eles dispõem para o salvamento em locais de difícil acesso. Assim, para melhor ilustrar apresenta-se a fala que segue:

“(...) corta-fio tesourão, facão, enxada, machado, rastel, lancinho (...), kit EPI produtos perigosos (...) alicate universal, alicate de pressão, alicate de corte (...) arco de serra com lâmina, né... é... marreta pequena, machadinha, cabo de 12 milímetros de 100 metros, que é pra fazer a descida né... no rapel... é... pares de luvas de vaqueta, cadeirinha, né... que é pra também fazer descida... É... também a gente usa pra rapel ou quando a gente faz... que usa o lúcas, né... pra tirar as pessoas das ferragens... usa ela... é...mosquetão de aço, né...que é também na descida que se usa...cordeletes de um metro, peça 8, bóia de salvamento aquático e roldanas (...)” (AMARELO).

Vale ressaltar que são materiais e equipamentos que não são discriminados na legislação como necessários, mas tornam-se imprescindíveis para ações de salvamento em locais de difícil acesso. Justamente por não saber o que se pode encontrar tornando uma situação inesperada.

Os materiais e equipamentos disponíveis nas ambulâncias foram listados e referidos como insatisfatórios na Topázio e satisfatórios, inclusive em quantidade, às necessidades durante o atendimento às vítimas pelos profissionais da Diamante e da Esmeralda.

“(...) com tudo isso... Sim, porque a gente pode atendê no meio da rodovia, como dentro da ambulância (...)” (AMARELO).

“Tem tudo o que a gente precisa” (ROSA).

Esses depoimentos demonstram a importância do profissional dispor de tudo o que é necessário na prestação do socorro. Ter o que precisa e poder fazer uso do que dispõe, para que preste um atendimento essencial à vítima, é satisfatório para si enquanto trabalhador que ali está sendo solicitado.

No entanto, na Diamante foi manifestada a necessidade de permissão para o uso de alguns materiais e equipamentos, uma vez que para a utilização haveria o imperativo da

presença de um médico para orientar/autorizar o atendimento, segundo as falas dos dois trabalhadores

“Porque ele... tem coisas de momento que o médico tem que decidi, não cabe à gente” (VERMELHO).

“E a resgate tem a... oxímetro... tem o... cardioversor... que não podemos usar (...) só que é aquela coisa né... nem tudo dá pra usa” (VERDE).

Denota-se aqui a necessidade da autorização/delegação/solicitação de outro profissional para a realização de alguns procedimentos e também da não habilitação e certificação para a manipulação de certos equipamentos daqueles que atuam nas ambulâncias. A portaria 2.048, de um modo geral, quando se refere à composição da equipe dos profissionais oriundos da área da saúde, determina a presença de médicos intervencionistas responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte, sendo obrigatório nas ambulâncias do tipo D (suporte avançado) e um médico regulador para o serviço de APH (BRASIL, 2002b). Portanto, a ausência deste profissional, no caso, o médico intervencionista, no APH dificulta o atendimento restringido a atuação dos demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, fazendo com que se perca tempo e oportunidade de atuar de maneira rápida e efetiva.

Em determinados momentos, o profissional da Diamante, que anteriormente referiu a satisfação e suficiência, relata a seguir que havia falta de material, contraditoriamente a afirmação de que a quantidade e disponibilidade dos materiais e equipamentos supriria as necessidades no atendimento às vítimas.

“Até pelo tipo de coisas que a gente faz, de serviço... acho que até satisfaz. Já... até faltou, mas assim... não de material em si, mas de material que não foi repostado... tem, mas como é que vou te explicar... tem, mas de vez enquanto não tem. Sabe (...) serviço público, uma vez compram... de repente não compram, não tem, daí a gente se vira com o que tem, não é sempre que tem. Quando tem...tem o máximo...o que é uma coincidência (...). Acho que é meio deficiente” (VERMELHO).

Percebe-se pelo depoimento a dificuldade em assumir a falta de material, justificando como um serviço público, que depende de ter disponibilidade de recursos financeiros pra adquirir material e manter equipamentos em perfeito estado de conservação. Trata-se de uma questão em que a realidade do serviço público em relação à aquisição de materiais de consumo e equipamentos para a manutenção do serviço é relativa e dependente, muitas vezes, da vontade política em instâncias superiores e não uma dependência local para a liberação desses recursos.

Essa contrariedade nos relatos pode ocorrer em virtude da interpretação da pergunta realizada, pois pode não ter conseguido se expressar, ou então pelo fato do profissional recordar-se das coisas ao falar, comprovando que no momento que é exteriorizado o fato, o problema e sua possível solução surgem.

Na instituição/serviço Topázio encontrou-se relatos contraditórios entre os dois sujeitos da pesquisa. Um deles refere a suficiência dos materiais e equipamentos encontrados na ambulância, satisfazendo as necessidades para o atendimento, conforme a fala que segue:

“(…) é porque quando na chegada no local do acidentado, temos condições com ela pra... fazer a imobilização da vítima e a condução dela com. com mais segurança. O equipamento que tem dentro dela nos oferece essa segurança”. (PRETO).

No entanto, para o outro profissional entrevistado, existe insuficiência dos materiais e precariedade dos equipamentos, sendo particularizada a deficiência na limpeza e no material, inclusive comprometendo o desenvolvimento do atendimento básico, como por exemplo, pela falta dos Equipamentos de Proteção Individuais - EPIs. “Considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI todo o dispositivo de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador” (BRASIL, 1998, p. 78). A fala a seguir se reporta ao assunto,

“Atualmente tá precário... tivemos bons equipamentos aí... bem esterilizado, a viatura em condições... inclusive com oxigênio, etc. (...) Falta higienização do material, bem como... a falta propriamente dita dos equipamentos, né. (...) do tipo... o ked que a gente tá aguardando, né... e outros materiais, né... Luvas de procedimento... o material básico, né” (AZUL).

Denota-se a insatisfação deste funcionário com os equipamentos e materiais disponíveis, com a falta de higienização e principalmente a falta de EPI, que é imprescindível para a segurança dele e da vítima. O que torna as condições de trabalho precárias, dificultando a realização das atividades e principalmente colocando em risco a integridade física desse profissional pelos riscos aos quais ele está exposto.

São citados como EPIs disponíveis somente a luva de procedimentos, que nem sempre está disponível, sendo observado que, na maioria das vezes, só se encontram luvas e algumas máscaras cirúrgicas porque o próprio funcionário adquire, seja por seus próprios meios financeiros ou por doação, às vezes, no hospital para o qual conduz a vítima.

“Só luva (...) até porque o pessoal aqui não se interessa muito nessa área aí... e eu me interesso em ajudar as pessoas, né... (...). Eu... procuro sempre ter o meu material individual” (AZUL).



No entanto, “a empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento” (BRASIL, 1998, p. 78). Assim, se pode perceber o sucateamento do serviço pela falta de materiais e equipamentos que já existiram e que devem, obrigatoriamente, ser fornecidos, mas que está sendo aguardada a reposição por consecução através de doações solicitadas por ofícios às empresas particulares (UNIMED, Bunge), parcerias realizadas para que se possam obter estes recursos.

Os EPIs que devem ser utilizados pelos profissionais do APH são os seguintes: luvas de procedimento descartáveis e cirúrgicas, máscara e óculos de proteção ou escudo facial e avental (BRASIL, 2002b). Segundo Oppermann (2003) devem ser utilizadas as luvas limpas ou estéreis, as máscaras e óculos para proteção da mucosa dos olhos, nariz e boca, assim como o avental, para a proteção da pele e prevenção da sujidade na roupa durante procedimentos e assistências que gerem respingos de sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto suor), membranas mucosas, pele não-intacta e artigos contaminados. Estas formas de contato ocorrem em todos os atendimentos realizados pela característica emergencial do serviço, assim evidenciando a imprescindível utilização destes EPIs.

A exposição ao risco de contrair alguma patologia é diária para o profissional que trabalha no APH. As doenças infecciosas são passíveis de transmissão por contato, gotículas, aerossóis ou pelo ar e, sobretudo pela manipulação de sangue e secreções, principalmente em instrumentos perfuro-cortantes. Uma vez que existe a possibilidade da exposição percutânea acidental, esses profissionais ficam expostos a um risco considerável de infecção ocupacional por HIV, mas, sobretudo hepatite B e hepatite C, pois para acidentes percutâneos com sangue contaminado pelo vírus da hepatite B o risco de infecção pode ser de até 30%, e de 04 a 10 % para o vírus da hepatite C (OPPERMANN, 2003).

Assim, percebe-se a dificuldade encontrada em duas, Diamante e Topázio, das três instituições/serviços em relação à insuficiência dos recursos materiais de uma maneira geral, dificultando o atendimento. Denota-se que isso interfere de forma significativa no trabalho, pois também reflete no desempenho deste profissional que não conta com o necessário para o atendimento.

Os equipamentos encontrados nas ambulâncias devem receber manutenção freqüente, para isto, deve ser revisado o funcionamento destes. Também deve ser realizada a reposição do material utilizado. Sendo assim, ambos devem ser feitos com certa periodicidade, tendo alguém responsável por estas tarefas. Em se tratando das três instituições/serviços de APH móvel, desse estudo, quem as realiza são os próprios profissionais que trabalham nas

ambulâncias e que estão no plantão. No entanto, a frequência com que é feita a reposição do material e a periodicidade de revisão do funcionamento dos equipamentos, variam conforme cada instituição/serviço. Na Esmeralda, isto é feito no primeiro horário de trabalho e após cada atendimento, conforme as falas que seguem:

“Pelo motorista do resgate, pelo socorrista... que é o técnico ou auxiliar de enfermagem. Pelo médico... o material da minha viatura. Isso é feito diariamente. Vê o que ta faltando e solicita pra enfermeira ou pro gerente do resgate. É rápido... repõe em seguida”! (ROSA).

“Pelo... pelo funcionário. O motorista e o socorrista. Ele faz a parte, né... que é essa... do material, né... de resgate... o mais grosseiro... e eu da medicação, de todo o material que vai se usá na enfermagem, mas a gente sempre se ajuda né (...). Quando a gente assume o plantão, mesmo que o colega diz que tá tudo ok... a gente vai... a gente faz todo o checklist... a gente olha todo o material (...) porque se dá o caso de te uma ocorrência... e a gente te que sai correndo... gente chega lá... precisa tal coisa... diz assim ah! bah... fulano disse que tava tudo ok e não tá...aí né...então...é responsabilidade daquele que chega no primeiro horário fazê o checklist pra depois vai fazê a limpeza (...)” (AMARELO).

Como se pode perceber, a reposição do material utilizado é realizada rapidamente, o que facilita muito a atuação dos profissionais, pois não há falta de material para trabalhar. A solicitação de reposição é atendida de imediato, principalmente, quando é verificado que a quantidade disponível não é segura para garantir o suprimento das necessidades do atendimento. Fica claro, também, a responsabilidade de cada equipe que assume o plantão, em relação à revisão dos materiais e equipamentos, há uma continuidade no serviço. Demonstram um comprometimento, em relação a estas atividades, para que, quando for necessário prestar o atendimento, possam realizá-lo sem que ocorra déficit material e prejuízo à vítima.

Na Diamante, parece não estar muito presente a questão da continuidade no serviço, em relação a reposição do material, até pela própria disponibilização que não ocorre em todos os turnos. No entanto, a preocupação de cada profissional com o déficit de material, no momento do atendimento à ocorrência, resulta na responsabilidade assumida, individualmente, de revisar e repor. Esta questão está relacionada à preocupação com a disponibilização de recursos para socorrer à vítima sem causar danos, procurando prestar o atendimento dentro das limitações que se apresentam. As falas a seguir evidenciam esses fatos,

“Pelos próprios auxiliares, técnicos que trabalham em cada turno, né. Geralmente em cada troca de turno se revisa, se foi usado ou não. O pessoal da tarde geralmente revisa pro pessoal da noite, como a gente não tem almoxarifado de noite. É quase que diariamente. A periodicidade é diariamente né. Dentro de cada turno” (VERMELHO).

“Por mim... Por mim, pelo técnico. Eu que organizo as bolsas (...) O oxigênio quem verifica sou eu, sou eu quem verifica se tem. Então se falta tem que ver pra mim repor... e as bolsas e os matérias que tã ali. (...) Sim, porque tem que ver se tem a prancha no local, se tem colar. Se dá um acidente eu saio e não tem...e aí?” (VERDE).

Observa-se um fato relevante na instituição/serviço Diamante no que se refere a testagem dos equipamentos. Ela é realizada em cada turno menos à noite por não ter como efetuar a troca ou reparo no caso de se fazer necessário. No entanto, há alguns equipamentos na ambulância que não são utilizados por falta de profissional habilitado para operá-lo ou para autorizar ou requerer o seu uso. Assim, não é feita a revisão de funcionamento pelo fato de não ser da competência do trabalhador a manipulação deste, conforme a fala que segue:

“É testado em cada turno... menos no da noite, porque a gente não tem como trocá né, aí fica do da tarde pra noite, mas... geralmente fica cheio (...). Não testo porque, primeiro não é minha função, segundo, não tem alguém capacitado pra usá. Então... não faz diferença pra mim se ele funciona, se não funciona (...) se funciona agente até vê, mas não tem né... não tem necessidade. Pois é... teoricamente a gente não pode nem testá... Oxigênio sim. É testado... as válvulas, o oxímetro, tudo isso aí... tudo é testado... os látex, tudo, se tem material, se tem catéter, se não tem” (VERMELHO).

Pela fala do sujeito, percebe-se o quanto o fato de não poder utilizar determinado equipamento é incômodo e oneroso. Uma vez que está disponível e não pode ser utilizado porque a instituição/serviço não dispõe de nenhum profissional capacitado/habilitado para o manuseio ou então para solicitar/autorizar o uso, amparando legalmente o profissional que trabalha diretamente no atendimento. Isto, de certa forma, resulta em um equipamento obsoleto, implicando em custos para a instituição/serviço.

Na instituição/serviço Topázio, percebe-se uma incongruência dos fatos, com base nos relatos e na observação realizada, em relação à revisão dos equipamentos e à reposição dos materiais. Constata-se a falta de uma rotina para a realização destas ações, considerando dois aspectos: o déficit de profissionais específico para a viatura do APH e, na maioria das vezes, a ausência de material para repor. Esse material é obtido, principalmente, através das empresas privadas, após solicitações enviadas da instituição/serviço para consecução. As seguintes falas atentam para essa constatação:

“É feita [reposição e revisão] através da própria guarnição, né... dentro do turno das 24 horas. A cada 24 horas a manutenção é feita por quem entra... porque na falta do equipamento, na urgência, na chegada da ocorrência lá, se tem a necessidade do uso do material... Após o material ser utilizado é comunicado que foi utilizado atadura, foi utilizado esparadrapo e outros materiais que necessário for... (...). Isso [obtenção de materiais] é feito através de licitações, pedidos e até, propriamente, é feito por doações, né!” (PRETO).

“Não é realizado [reposição e revisão] (...) Não, não é. Não sei responder. (...) É... falta um pouco de interesse! (...) Já tivemos atadura, já tivemos bem equipados...só tava faltando o ked na época... inclusive tinha verificador de pressão, etc...tínhamos tudo...a gente ta aguardando... (...) ...outros materiais... luvas de procedimento... o material básico, né !” (AZUL).

Mas a dependência do funcionamento tem grande relação com a marcante hierarquia, sendo o caminho para a intervenção e a reestruturação bastante formal, vislumbrando outras prioridades organizacionais a serem atendidas.

A reposição do material de consumo é um aspecto essencial, que na Esmeralda, de acordo com a observação realizada, ocorre através de uma solicitação à enfermeira responsável pelo serviço de APH ou então ao coordenador, para que o pedido seja liberado do almoxarifado e entregue a base que está requerendo. Para viabilizar e agilizar esse processo utilizam o chek-list, um formulário que lista materiais e equipamentos encontrados na ambulância. Esse formulário facilita também a conferência do material no início de cada plantão proporcionando que o funcionário tenha um controle, ao longo do período de trabalho, do que foi utilizado e do que deve ser repostado e revisado após o término do turno ou então após a realização de algum atendimento.

“(...) contando com o checklist. Agente sempre... um ajuda o outro. É feito pra aquele que assume o plantão (...)... depois que a gente atende a vítima... o checklist não porque ali quando tu já usô tu já sabe o que tu gastô. Então, aquele material tu vai passá via rádio ou baixa frequência, né... pra eles nos mandá o material. Porque, às vezes, tem acidente que tu gasta muito material e eles são obrigado de noite já vim traze ou mandá. Se é coisas assim mínima (...) ...então não tem necessidade deles vim de noite traze aqui...pode mandá no outro dia” (AMARELO).

Assim como também é realizado, na mesma instituição, um controle e uma revisão meticulosa, diária ou quinzenal, dependendo da base, pela enfermeira responsável pelo APH dos equipamentos e materiais em geral e principalmente do prazo de validade das medicações e dos materiais que requerem esterilização.

“Isso é feito diariamente. A enfermeira revisa... repõe o que tá faltando... mais ou menos uma vez por semana ela vem aqui revisar” (ROSA).

“Ah... ela... pra fazê isso aí... (...) ela vem duas, três vez no mês ela vem na base” (AMARELO).

Ainda, na Esmeralda, são feitos registros, por parte dos funcionários, com relação ao material, a sua utilização, a quantidade disponível. Quando é realizada a conferência não pode haver falta ou excesso. O check-list, o registro de ocorrência (Anexos 11 e 12) e o livro de registros, no qual se faz um relatório, são os instrumentos que facilitam esse controle.

“Sim, vamo preenchendo... qualquer coisa que falte ali ou teja estragado... a gente bota um “A”...qué dizê que tá alterado, alguma coisa... tá faltando ou tá estragado. Aí depois a gente tem um livro (...)... que ali a gente faz um relatório dizendo o que aconteceu... que nesse checklist tá alterado” (AMARELO).

Na Diamante, o controle de materiais utilizados, não é realizado a partir de uma lista, o que dificulta o serviço, pois segundo o profissional facilitaria muito a existência de uma. Pois se ocupa mais tempo, tendo que realizar a verificação mais vezes, nos diversos locais, sendo que poderia ser algo agilizado economizando tempo. Além disso, pode-se não perceber o que está faltando e acabar não visualizando determinadas coisas que poderão fazer falta no momento do atendimento.

“Geralmente a gente faz assim oh... não tem check-list, devia tê um check-list... na ambulância... não tem. (...) Não sei por que é que não tem. Mas eu normalmente reviso pelo que tem o nome dos materiais na ambulância. Então eu reviso gaveta por gaveta... do uma olhada geral, se tem atadura se não tem. É... eu me preocupo necessariamente com colar cervical, com tábua rígida, com atadura e tala de papelão (...)... além disso, não tem porque eu vê mais coisa também né!” (VERMELHO).

Para a **conservação dos materiais, equipamentos e veículos**, a limpeza é fundamental, assim como a desinfecção e a esterilização do material são imprescindíveis para o uso nas pessoas, a fim de minimizar o risco de infecção. Visto que esse risco em um paciente de emergência “está ligado à gravidade clínica, às lesões e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que ele será exposto” (OPPERMANN, 2003, p. 317).

Os politraumatizados, pelas lesões em vários órgãos comprometendo as funções vitais, são os que têm maior risco de adquirir infecção hospitalar, sendo esta a principal causa de morte e incapacidade no trauma. A prevenção das infecções inicia juntamente com a restauração das funções vitais, corrigindo a hipoxemia (os distúrbios ventilatórios – diminuição dos níveis de oxigênio no sangue arterial) e a hipovolemia (distúrbios circulatórios – diminuição do volume sanguíneo circulante) (OPPERMANN, 2003). Assim

como o cuidado com os materiais e equipamentos com os quais o paciente terá contato deve ser rigoroso em termos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Limpeza é o ato de remover a sujidade utilizando agentes químicos e ação mecânica. A limpeza concorrente é realizada com frequência em objetos muito manuseados e equipamentos que mantêm contato direto com o paciente (maca, por exemplo). Devido a este contato oferecerem maiores riscos de transmissão indireta de patógenos através de sangue, secreções ou excretos (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – CCIH/UFMG, 1993). A limpeza terminal é realizada em equipamentos e em superfícies, incluindo paredes e piso.

É recomendada, por Oppermann (2003), que no salão de atendimento ao paciente, no APH móvel, seja realizada a limpeza concorrente e desinfecção de superfícies após cada atendimento, e a limpeza terminal diariamente. Estas ações evitam o acúmulo de sujidade e o encrostamento que dificultará a retirada com o passar do tempo. Além disso, afastam a possibilidade do surgimento de um meio de cultura, proveniente de sangue e secreções, e da proliferação dos microorganismos, principalmente, os patogênicos, que possam vir agravar o estado da vítima.

Para remoção da sujidade é recomendado o uso de água, sabão e ação mecânica. No caso de coleções de sangue e/ou outros fluidos a retirada é com tecido (retalhos) ou papel absorvente que serão desprezados, procedendo-se a limpeza da superfície e a desinfecção das superfícies de apoio (bancadas, carrinhos e mesas) com álcool a 70% (OPPERMANN, 2003).

A desinfecção é o processo de destruição de microorganismos patogênicos, na forma vegetativa, existentes em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos (CCIH/UFMG, 1993). A esterilização consiste na completa destruição ou remoção de todas as formas de vida dos microorganismos. No entanto, a antisepsia é a aplicação de anti-sépticos sobre a pele com finalidade de destruir microorganismos ou impedir seu crescimento.

No quadro que segue, elaborado a partir dos dados coletados através da observação e entrevista, apresenta-se um comparativo com os produtos e procedimentos utilizados nas instituições/serviços pesquisadas e os recomendados por Oppermann (2003), para a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos das ambulâncias do APH móvel.

**Quadro 13 – Produtos e Procedimentos Utilizados para Limpeza, Desinfecção e Esterilização dos Materiais e Equipamentos das Ambulâncias do APH Móvel nas Três Instituições/serviços Pesquisadas**

	<b>Oppermann (2003)</b>	<b>Diamante</b>	<b>Topázio</b>	<b>Esmeralda</b>
<b>LIMPEZA</b>	Água, sabão e ação mecânica	Água, sabão e ação mecânica. Água oxigenada em coleções de sangue	Água, sabão e ação mecânica	Água, sabão e ação mecânica
<b>DESINFECÇÃO</b>	Hipoclorito de Sódio Álcool	Hipoclorito de Sódio Álcool	Hipoclorito de Sódio Álcool	Hipoclorito de Sódio Álcool
<b>ESTERILIZAÇÃO<sup>28</sup></b>	Formaldeído* Estufa Autoclave	Estufa (mas a maioria é descartável ou já vem esterilizado do fornecedor)	Os materiais são descartáveis ou já vêm esterilizados do fornecedor	Autoclave (eventualmente é necessário). A maioria é descartável ou já vem esterilizado do fornecedor.

\* Esterilizante químico de atividade sobre as formas vegetativas e esporuladas dos microorganismos.

Fonte: Oppermann (2003), Dados Coletados – organizado por Divino (2006).

Percebe-se, pelo quadro, que as instituições/serviços seguem as recomendações, quanto aos produtos e aos métodos indicados pela bibliografia, em relação aos aspectos que envolvem a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos utilizados pelos profissionais no APH móvel.

Das três instituições/serviços pesquisadas, somente a Esmeralda relata a realização da limpeza concorrente, as demais somente se referem à limpeza terminal, diária. Conforme as seguintes falas:

“(…)… depois que a gente atende a vítima, que a gente vem pra base… assim… a gente vai fazê a limpeza denovo, né… vai… se usô máscara, né… faz a limpeza, passa um paninho dentro da ambulância” (AMARELO).

“A limpeza é feita com uma lavagem com cloro e após a lavagem, secagem é feito uma passagem de álcool. (…) Tudo pela guarnição dentro do turno de serviço” (PRETO).

<sup>28</sup> O material deve ser lavado com detergente enzimático, dever ser seco e então embalado para posterior esterilização em estufa ou autoclave (CARVALHO, 2003).

Oppermann (2003) sugere alguns procedimentos, em relação aos materiais e equipamentos utilizados no APH móvel, a fim de proporcionar um ambiente limpo e seguro, com materiais e equipamentos armazenados e conservados de maneira adequada. Estas ações podem ser consideradas precauções, tanto para proporcionar um atendimento adequado à vítima, quanto para oferecer condições para a realização da atividade profissional, minimizando os riscos, neste caso, à integridade física do trabalhador.

Os materiais e equipamentos devem ser organizados em prateleiras abertas para serem visualizados, agilizando o uso. As almotolias com álcool glicerinado/gel devem estar à disposição, pois este produto é o mais indicado para substituir emergencialmente a lavagem das mãos, desde que estejam visivelmente limpas. É imprescindível que os EPIs estejam acessíveis a todos os que se envolvem na assistência. As caixas coletoras de pérfuro-cortantes devem estar posicionadas próximo ao local de utilização dos mesmos para facilitar o acesso e descarte imediato após o uso. A reposição dos frascos de soro deve ser realizada de maneira que os mais antigos fiquem na posição de primeiro uso. O material esterilizado deve ser inspecionado semanalmente para verificar a data de validade do procedimento da esterilização e a integridade dos invólucros. Os sistemas de aspiração e oxigenioterapia devem ser trocados a cada atendimento. (OPPERMANN, 2003).

Tanto para a manutenção, a aquisição de materiais e equipamentos, quanto para a remuneração e capacitação dos recursos humanos da instituição/serviço, é necessário dispor dos recursos financeiros.

Os **recursos financeiros** permitem que se invista no serviço resultando na melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, no aumento da qualidade do atendimento. Sendo que a disponibilização, os critérios e a cautela para definir onde será empregado este recurso, pode variar de acordo com a natureza - pública ou privada – e a área de prioridade da instituição/serviço.

Estes recursos permeiam a transformação do objeto, sendo utilizados como fomento para que se possa obter um desempenho satisfatório, atendendo às expectativas do trabalhador e da instituição/serviço da qual ele faz parte.

Percebe-se nas falas dos trabalhadores da Diamante e da Topázio a questão dos recursos financeiros em relação a aquisição de materiais e equipamentos.

“(...) tem, mas como é q vou te explicar... tem, mas de vez em quando não tem. Sabe... serviço público, uma vez compram... de repente não compram, não tem, daí a gente se vira com o q tem, não é sempre q tem. (...) Quando tem...tem o máximo...o que é uma coincidência”. (VERMELHO).



“É... falta um pouco de interesse. (...) Eu... eu procuro lavar, esterilizar, né... dentro dos meios de fortuna a gente procura...” (AZUL).

A dificuldade nas instituições/serviços de natureza pública estatal, parecem ser mais acentuadas, com relação ao recebimento do recurso financeiro, que nas demais. A burocracia existente para a solicitação e o recebimento, bem como para a prestação de contas, é bem desgastante. Os caminhos até a chegada ao destino, a forma como é administrado e investido – em que áreas e de que forma, para a aquisição do que – são determinantes para apontar as dificuldades enfrentadas no setor. Contudo, a dificuldade de disponibilização dos recursos financeiros, poderá refletir diretamente no cliente, que será prejudicado pela falta deste benefício, e no profissional, que sofre as conseqüências, porque não consegue desempenhar o trabalho com êxito pela falta de condições materiais e de aprimoramento no trabalho, afetando, conseqüentemente, a própria instituição/serviço.

A instituição/serviço por não dispor de recursos financeiros suficientes, ainda pode sofrer com a insatisfação dos profissionais, também, gerada pela remuneração insuficiente, ocasionando a necessidade de um outro emprego para sustentar-se. Isto pode gerar o fato do trabalhador vir para sua jornada de trabalho cansado, estressado, não conseguindo realizar suas atividades com êxito, da forma como gostaria. Acaba fazendo um grande esforço para estar ali e não permitir que o atendimento deixe de ser prestado e, ainda, da melhor maneira possível, mesmo com as restrições e limitações que se apresentam no trabalho.

As atividades realizadas no trabalho do ser humano estão vinculadas a uma **finalidade** que está presente antes e durante o processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992), sendo que no final aparece um resultado que já existia anteriormente – subjetivamente – na imaginação do trabalhador. Ele não transforma somente o material sobre o qual opera, ele imprime o projeto que tinha conscientemente em mira. Este projeto constitui a lei determinante do seu modo de operar e é ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 2006).

A finalidade do trabalho no APH móvel compreende a manutenção da vida do cliente/vítima até a chegada ao hospital. Considerando, ainda, que o cuidado ao ser humano é prestado por seres humanos que ali se apresentam como profissionais que têm como objetivo amenizar o sofrimento reduzindo as chances de seqüelas, de óbitos e aumentando a sobrevivência, utilizando o conhecimento que construíram pela teoria, pela prática, impulsionados pela vontade de ajudar.

Capella; Leopardi (1999) se referem ao ser humano como parte da natureza, não se confunde com ela, mas sim, se diferencia dela, transforma-a conscientemente de acordo com

suas necessidades, que se expressam por dois mecanismos básicos: a luta pela sobrevivência e a manutenção da espécie.

Neste processo de transformação da natureza para atender suas necessidades, o ser humano emprega sua força e realiza o projeto concebido anteriormente, assim modifica-se também, pois apresenta algo que produziu, imprimiu sua “alma”. Ele trabalha para um fim, atingir um objetivo, seja este individual ou coletivo. Como afirmam Capella; Leopardi (1999, p. 93), “a individualidade do ser humano não é simplesmente uma singularidade. Ao mesmo tempo em que é único, singular, o ser humano é também um ser genérico, universal, social”. Ainda, segundo as mesmas autoras,

isto se dá em função do ser humano não ter se construído isoladamente, ele se construiu com outros homens. Ele é singular, único, porque tem um corpo natural exclusivo, mas é também social, cultural, porque sua consciência foi construída coletivamente, junto com outros homens, aprendendo, criando, ensinando, fazendo com outros homens.

No desenvolvimento da natureza humana, o ser humano associa a sua força física à sua capacidade de pensar e reagir, determinando a realização do trabalho como uma ação exclusivamente humana. Quer dizer, “a sua força mais a capacidade de pensar e reagir funcionam como pré-condição para a existência do trabalho” (CAPELLA; LEOPARDI, 1999, p. 90).

No trabalho, principalmente no APH móvel, no qual o cuidado/assistência é a sua finalidade, o imperativo ético de cuidar do outro que deriva de sua profissão exige também o cuidar de si. Segundo Correa (1994, p. 38),

é igualmente imperativo, pessoal e institucional, que ao profissional da saúde, sejam proporcionados **cuidados intelectuais** [grifo nosso] – de formação continuada; **cuidados psicológicos** [grifo nosso] – de suporte no trabalho; **cuidados de higiene** [grifo nosso] – na preservação da saúde; **cuidados afetivos** [grifo nosso] – na valorização profissional e humana.

O cuidado humano, para Waldow (1999, p. 43), “é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos um dos outros”. Porque no cuidado são estabelecidas relações a fim de promover o crescimento e o bem-estar do outro, com ele e para ele, pautado em uma atitude ética no sentido de não provocar dano e sim beneficiá-lo.

Neste processo de cuidar, o trabalho em equipe e a integração dos profissionais que a constituem, bem como a vivência de muitas experiências satisfatórias ou não, vendo os acontecimentos de um ângulo muito peculiar e sendo parte deles, resultam em algumas questões que fazem parte deste universo do APH, interferindo diretamente na atuação destes profissionais. Por isso, os **significados do processo** para o profissional que atua nesta área

têm relação com as dificuldades enfrentadas no desempenho de suas atividades, sendo que as possíveis soluções apresentadas são o reflexo do que percebem como integrantes desse processo de trabalho no APH.

Para que este processo possa ser desenvolvido são necessárias condições de trabalho, isto implica a conexão de vários fatores. Além dos recursos humanos e materiais, o ambiente e o tipo de trabalho, também são influenciados na satisfação ou não do trabalhador e na prestação do atendimento de qualidade. O estresse, a insegurança, a satisfação, a insatisfação, o entendimento do trabalho como fonte de prazer ou sofrimento, são, também, determinantes do desempenho do profissional.

As condições de trabalho influenciam diretamente na realização das atividades, sendo que os resultados refletem no cliente e no profissional. Estas condições incluem o ambiente, a tarefa, o cargo, os meios para o atendimento, a organização do trabalho, o salário, as relações de trabalho. Assim, se sugere que boas condições de trabalho significam meios de produção adequados aos profissionais, controle sobre os fatores ambientais adversos, organização do trabalho que garanta a integridade física e psíquica do trabalhador, bem como, pausas que possibilitem a recuperação das funções fisiológicas, remuneração de acordo com a responsabilidade, a função desempenhada e o sistema de trabalho, e, clima social sem atritos (SEL, 1994).

Segundo Sell (1994), para que ocorra a melhoria das condições de trabalho, tanto de forma corretiva (em sistemas já existentes), quanto de maneira prospectiva (nos sistemas de trabalho em fase de concepção e projeto) é necessário avaliar o trabalho humano existente, utilizando critérios bem definidos, aceitos e que obedeçam a uma hierarquia de níveis de valoração relacionados com o trabalhador.

Nesse sentido, Sell (1994) afirma que o trabalho deve ser **realizável** [grifo nosso], isto é, as responsabilidades provenientes da tarefa e da situação de trabalho não podem ultrapassar os limites individuais do trabalhador; **suportável** [grifo nosso] ou inócuo ao longo do tempo, ou seja, o trabalhador deve poder executar a tarefa durante o tempo necessário, diariamente, e se for o caso, durante a vida profissional, sem sofrer danos por isso; **pertinente** [grifo nosso] na sociedade em que é executado; **satisfatório** [grifo nosso] para o trabalhador; deve, ainda, promover o **desenvolvimento pessoal** [grifo nosso], isto é, o profissional deve poder qualificar-se e não perder suas habilidades e capacidades na execução de tarefas monótonas e repetitivas.

É oportuno ressaltar a possibilidade de uma pseudo-satisfação do trabalhador, por ter-se acostumado à idéia de que seu trabalho (realizável, suportável e pertinente) não pode ser

modificado. A aceitação de um trabalho pode ser influenciada pela estrutura da tarefa, pelo “treinamento”, pelo ambiente, pelas relações interpessoais, etc (SELL, 1994).

Quando a tarefa vai de encontro às necessidades do trabalhador o sofrimento desponta e dá início um processo de desgosto pelo fazer. Dessa forma, a insatisfação pode estar atrelada há muitos fatores. A ausência do bem-estar decorrente das atividades desempenhadas, resultantes, muitas vezes, da falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, de capacitação e acompanhamento contínuo, de recursos humanos, ou até mesmo de doenças originadas da transferência de setor, associados ou não, podem estar entre as múltiplas causas do descontentamento no trabalho. Segundo Dejours (1992, p. 133)

em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma *história individual* [grifo do autor], portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas *necessidades* fisiológicas e a seus *desejos* psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

A insatisfação no trabalho é multicausal. O trabalhador em saúde, particularmente, “vem sendo basicamente consumido no trabalho, pelo excesso de responsabilidades, inclusive legais, pelas cargas ocupacionais e pelas condições inadequadas no ambiente, além da perda do espaço de lazer” (LEOPARDI, 1999, p. 20).

As falas que seguem, dos profissionais das três instituições/serviços pesquisadas, reforçam essa afirmativa,

“(...) todo mundo tem família também... todo mundo cansa... o salário é baixo, trabalha em mais de um lugar... a gente não tem... não tem qualidade de vida nenhuma... mas a gente tem que trabalhá... tem família” (VERDE).

“(...) olha eu trabalho tanto que nem sei quanto eu trabalho...” (AMARELO).

“É... as nossas atividades são bastante... tumultuada... diria... assim... bastante atribulada (...)... a gente roda bastante... trabalha bastante e acaba... é muita operação... é muito curso... é muito...” (AZUL).

“Serviço vai desgastando... dificilmente escuta um obrigado. Quando é o contrário, agente tá na rádio de manhã... (...)... porque demorô, porque não fez isso, porque não fez aquilo... mérito nunca... pra continuá vindo... pra ti voltá no outro dia... é complicado” (VERMELHO).

“Sofrimentos ligados a própria vida: restrições, proibições, sujeições, decepções que acompanham cada ser, são inerentes à separação entre o objeto e o desejo, à angústia” (FREITAS, 1994, p. 24). Assim, o que provoca o sentimento de insatisfação, para estes profissionais, são, principalmente, as condições de trabalho que não permitem atender as

necessidades mínimas de sustento com, apenas, um emprego, tornando-se desgastante. Além disso, a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, principalmente pela população que recebe o atendimento, frustrando este profissional que trabalha no APH móvel. Dessa forma, suas expectativas em relação ao trabalho desenvolvido não são atendidas, e se prosseguem é, puramente, por gostar do que fazem, por uma realização verdadeiramente pessoal.

A frustração, nos profissionais da instituição/serviço Diamante, também se dá pela escassez de recursos materiais ou ainda por dispor destes e não poder utilizá-los, ou então não contar com um profissional, na equipe, certificado para tal, conforme os relatos que seguem:

“Dá, se tu pudé utilizá o material. Como não se pode usá, a gente faz o que pode. Pelo menos, é o que se pode usá...” (VERDE).

“(...) não faz diferença pra mim se ele funciona, se não funciona... (...) se funciona agente até vê, mas não tem né... não tem necessidade. Pois é... teoricamente a gente não pode nem testá... (...). Eu vô te dizê uma coisa assim, particularmente eu tenho uma satisfação de ter feito a minha parte... deixar o paciente com vida no hospital” (VERMELHO).

A insatisfação dos profissionais no trabalho pode refletir-se em desagregações mentais e físicas. Ela passa a ser, então, um grande obstáculo, que poderá refletir em uma consequência física como o estresse. O termo estresse advém da física, é definido como o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço. Hans Selye, em 1936, utilizou pela primeira vez este termo, e denominou de um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço para adaptação (NAHAS, 2001). O'Donnell (1992, p. 37) define o estresse como “a incapacidade de um indivíduo de administrar e lidar com mudanças e de atender às exigências da vida no prazo dado. É a perda da habilidade de responder apropriadamente às situações”.

Segundo Bauck (1989), o estresse seria o conjunto de reações físicas, químicas e mentais no organismo sob circunstâncias que amedrontam, excitam, confundem, põem em perigo ou irritam. As situações que ameaçam o estado de equilíbrio-indivíduo-meio requerendo adaptações compreendem, segundo Holmes (1997), dois componentes, um psicológico – envolve emoções (ansiedade e tensão) e outro fisiológico - envolve mudanças corporais (frequência cardíaca aumentada, pressão sangüínea e tensão muscular).

Jacques (1992) cita três categorias de fatores estressantes no trabalho: **físicos** [grifo nosso] – ambiente, instalações e condições de trabalho, etc; **sociais** [grifo nosso] – grupos, chefias, colegas, valores, clientes, sindicato, imagem interna e externa, sociedade, imprensa, segurança e economia; **emocionais** [grifo nosso] – riscos, prazos, expectativas de sucesso ou fracasso, expectativa de aprovação ou desaprovação de superiores, riscos das tarefas. Estes

fatores representam bem os argumentos utilizados pelos profissionais do APH móvel para se referir à insatisfação no trabalho e conseqüentemente ao estresse que vivenciam.

Para Rossi (1992, p. 08) a grande origem do estresse é a sensação da falta de controle, a “impossibilidade da pessoa verbalizar seus sentimentos e opiniões”. Segundo Erdmann; Lentz (2003, p. 11-12), o cotidiano do trabalhador em saúde

“é marcado pelo convívio, pela integração e diferenciação, pelas formas de poder, os limites na hierarquia, as regras/normas, pelas articulações, negociações, aceitação e mecanismos de superação, pelas agressões e pelos riscos, pelas aproximações e os distanciamentos, pelas liberdades e autonomias”.

Neste cotidiano, o profissional que tem muita responsabilidade e pouca autonomia para tomar decisões é o mais vulnerável ao estresse e suas conseqüências (ROSSI, 1992).

O trabalho no APH móvel proporciona pouca autonomia aos seus profissionais pelo fato de depender constantemente da supervisão direta ou à distância de outro profissional habilitado para esta função. No caso do auxiliar ou técnico de enfermagem, este deve receber supervisão do enfermeiro. Assim, para executar determinados procedimentos os componentes (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, profissionais da área da segurança) da equipe de APH móvel, segundo a Portaria nº 2.048, devem receber orientação de um profissional médico, justamente pelas competências que lhe são atribuídas em sua Lei do Exercício Profissional. Isto limita as ações da equipe, restringindo-as a determinação de um profissional responsável por uma central de regulação médica. Este fato poderá contribuir para o estresse gerado pela autonomia restrita da maioria dos profissionais que atuam no APH móvel.

Pessoas que trabalham diretamente com o público correm forte risco de serem afetadas pelas conseqüências do estresse negativo: dores musculares, pressão arterial elevada, fadiga, taquicardia, ansiedade, angústia. As causas mais freqüentes de predisposição são “horas prolongadas de trabalho, responsabilidade sobre pessoas *versus* tarefas, sobrecarga constante – mais crítica quando sob pressão de prazos e promoções recentes”. (ROSSI, 1992, p. 9).

Em duas das três instituições/serviços, foi relatada a dificuldade enfrentada pelos profissionais quando ocorrem aglomerações no local da ocorrência:

“Várias... dificuldades... principalmente pelo povo né! Eles complicam... às vezes são os primeiros a dizer que demoraram... porque não é tua mãe que tá aqui deitada... e coisa e tal... atrapalha bastante e até eles entenderem também que não adianta nada eles ficarem cobrando na hora que a gente tá atendendo. Cobrança desnecessária na hora errada... na realidade (...) fica ouvindo... tem que ter um bom filtro, né! Eu... eu me faço de cego... enxergo o paciente... não escuto mais nada” (VERMELHO).

“(...) atrapalha bastante. (...) Porque geralmente a maioria dos atropelamentos, acidentes com ciclistas, ou moto, acontecem próximos de aglomerações, né... na beira da rodovia... então acontece alguma coisa... o enxame de abelhas já... (...) tava onde que demorô tanto pra chegá!” (ROSA).

No entanto, em uma das instituições/serviços, ambos profissionais citaram o auxílio que recebem dos populares no momento do atendimento,

“(...)... qualquer ajuda que for necessária... é bem vinda... tiver no local é bem vinda... (...)... enfermeiros, técnicos que estão no local lá nos apoiando né!” (PRETO).

“... eventualmente o usuário da rodovia, também... não podemos deixar de citar... que, às vezes, nos ajudam. Poucos ajudam, mas os poucos que ajudam realmente ajudam. Os que se predispõe a ajudar...” (AZUL).

Percebe-se, pelos relatos, os pontos de vista diferenciados em relação à presença de populares no local da ocorrência. Pode-se contar com o auxílio das pessoas que ali se encontram, principalmente se entre elas estiverem profissionais habilitados para o socorro ou pessoas que tenham conhecimento em relação ao assunto, proporcionando assistência para a equipe que está atuando no local. Ao passo que, também, pode ocorrer certa incompreensão por parte das pessoas que se aglomeram, pelo fato do olhar externo a situação, e pela angústia e tensão que sentem em relação à(s) vítima(s), ou então no intuito de querer ajudar, mas sem saber como proceder corretamente, acabam dificultando o trabalho da equipe. No entanto, as pessoas que ali estão como expectadoras sentem de fato uma angústia muito grande o que torna ainda mais complexa esta relação com os profissionais, pois de qualquer forma há o envolvimento de emoções em ambos os lados.

Sabe-se que se trata de uma situação extremamente delicada e de um trabalho no qual o cuidado/assistência é desenvolvido, constantemente, em uma tênue linha entre a vida e a morte, tornando-se, assim, de grande responsabilidade e despertando no profissional, sentimentos variados. A agilidade, a rapidez, a segurança, a tensão, a frustração, a satisfação fazem parte desse cenário. Portanto, isolar os sentimentos seria difícil, pois para isso seria preciso perder a porção que nos humaniza, sendo frustrante a percepção desse atendimento sob qualquer aspecto ou ponto de vista.

Capra (1982) sugere que as fontes da sobrecarga de estresse são múltiplas, podendo originar-se individualmente, coletivamente - gerado pela sociedade e pela cultura, ou estar presente no ambiente físico. Segundo Rodrigues (1995), as reações de estresse estão presentes em todos os momentos da vida, sendo importantes por atuarem nos processos de adaptação.

Assim, o estresse é um processo inerente à vida, que faz parte das contínuas mudanças, por isso, vida, mudança e estresse são elementos inseparáveis. A todo instante, pessoas estão adaptando-se na tentativa de ajustarem-se às mais diferentes exigências, nos sentimentos, nas expectativas, na família, no trabalho, no trânsito, nas atividades físicas (SELYE, apud NAHAS, 2001). Pode-se afirmar que as atividades do cotidiano vêm acompanhadas do estresse, presente nos variados ambientes em que se vive e convive, em decorrência dos mais variados fatores.

Nas atividades de trabalho, os profissionais, estão bastante suscetíveis ao estresse, tanto pelo fato da cobrança por parte da direção, quanto pelo tipo de trabalho que realizam. Dentre os fatores estressantes no ambiente de trabalho, podem ser considerados como fatores muito prejudiciais, a sobrecarga ou a falta de trabalho (BAUCK, 1989). Situações extremas provocam algum tipo de dano, que pode refletir no trabalho e/ou no próprio profissional, resultando em insatisfação com o tipo de atividade realizada e com os resultados obtidos. Sendo assim, o trabalho pode ser uma fonte de satisfação, realização e subsistência, mas que pode tornar-se uma verdadeira prisão e sofrimento (RODRIGUES, 1995).

O trabalho no APH móvel definitivamente pode ser considerado estressante levando em consideração os fatores psicológicos e fisiológicos anteriormente apresentados por Holmes (1997). Neste caso, o estresse dos profissionais que atuam no APH móvel pode estar relacionado, além das condições de trabalho, ao tipo de trabalho que é realizado. Pois os profissionais mostram-se satisfeitos com o trabalho que desenvolvem, porém estressados, em decorrência das atividades que lhes competem. Elas estão relacionadas a salvar vidas, evitar seqüelas, tempo *versus* atendimento, ou seja, fazer o melhor com o que se dispõe no menor tempo possível, resultando em tensão e ansiedade por parte do profissional que o realiza.

As falas a seguir, de todos os sujeitos que participaram da pesquisa, apontam este paradoxo vivenciado no APH móvel nas três instituições/serviços estudados:

“Bem, muito bem (...)... extasiado, cansado, mas bem (...)... sensação de utilidade (...) é demais a utilidade de tá naquele tipo de trabalho... chegá no local e conseguí fazê alguma coisa” (VERMELHO).

“Quando a gente tá aqui no resgate mesmo... que a gente vê... os acidentes que a gente pega... pelo amor de Deus! (...) Eu queria sair do lugar e não conseguia... tamanho horror que foi o acidente da criatura! (...) Eu gosto do que eu faço. Faço porque gosto. Senão já teria abandonado há muito tempo. (VERDE).

“Muitas vezes a gente consegue fazer a diferença... entre a vida e a morte... eu me sinto realizado” (AZUL).



“Eu adoro! (...) mesmo! Mesmo ele te trazendo muito estresse, muito transtorno, muita... muita dor no corpo né... mas eu gosto muito dele porque eu aprendi... porque qualquer ser humano tendo um pouco de conhecimento... ele pode ajudá o próximo na hora da dor, na hora do socorro. (...) só de tu estendê as tuas mãos pra ele tu já tá ajudando” (PRETO).

“É muito importante, né, acho que é fundamental, né, na manutenção da vida da pessoa, né. (...) É muito estressante. (...) É muito estressante porque tu chega, tu tens pessoas que tão totalmente deformadas né... ã. tem pedaços do corpo... muito estressante. Com criança também é muito estressante... É muito triste com criança, criança grave, com adulto grave... e aí tu fica, né... tem que dá prioridade... Então é complicado! (...) o fato de escolhê quem tu tem que atendê e o que tu vai fazê e quem pode esperar... (...) então tu vai fazê uma triagem rápida, né, pra vê quem tá precisando mais. Daí tu vai intervir” (ROSA).

“(...)... a gente enfrenta situações que, às vezes, fica um pouco abalada... (...), mas se a gente faz aquilo que a gente gosta... e ainda tá ajudando a salvá vida, né!” (AMARELO).

O trabalho no APH móvel, visto como um paradoxo, desperta, juntamente, cansaço, estresse e satisfação, pois está ligado a nobreza do ato, que é considerado, o salvar vidas. Ao mesmo tempo em que determina uma grande responsabilidade resulta em uma incalculável satisfação ao profissional, quando se obtém êxito. Ajudar, ser útil, fazer diferença, determinam a satisfação pessoal e profissional em realizar este tipo de trabalho, sendo compensatórios às dificuldades enfrentadas no fazer diário da equipe de APH móvel.

E exatamente o tipo de trabalho realizado que torna o fazer estressante. Isto evidenciado pela tensão constante a que estão submetidos os profissionais - características do atendimento e necessidade imediata de resolução -, acompanhada das cenas presenciadas, com acontecimentos difíceis de serem assimilados e trabalhados, ainda mais quando se faz isto por si próprios, sem contar com a ajuda de um profissional psicólogo ou mesmo do grupo de estudos (apoio) que poderia emergir nos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), por exemplo.

Outro fato, que contribui para o surgimento do estresse, é apontar prioridades de atendimento em algumas situações, como ocorre nos acidentes de trânsito com múltiplas vítimas, onde a triagem é imprescindível para que o trabalho seja desenvolvido e tenha continuidade. Neste caso, a responsabilidade do profissional habilitado e designado para esta tarefa é grande, aumentando a tensão, a ansiedade e o medo, principalmente de errar em um momento único em que o erro pode ser fatal.

O estresse do trabalhador do APH móvel, geralmente, é o resultado de um fator de desequilíbrio funcional decorrente do tipo de trabalho e das condições nas quais é executado. Sendo o estresse multicausal, ele pode ser desencadeado pelo cenário diversificado, pelas condições inesperadas nas quais as vítimas podem ser encontradas e pela exposição freqüente às situações trágicas e aos efeitos destas nas vítimas. Isto, muitas vezes associado a falta de recursos humanos e materiais para o atendimento, ausência de um programa de capacitação prévia e educação permanente para aperfeiçoar seus conhecimentos e proporcionar segurança na execução do atendimento, a não disponibilização de um profissional psicólogo para fornecer um aporte para enfrentar as situações chocantes que presenciam. Enfim, os componentes do ambiente que cercam este profissional, podem ser desencadeadores do estresse que vivencia.

Segundo Siqueira (1998, p. 27) cada indivíduo percebe o ambiente externo e reage de uma maneira bem peculiar, pois “os valores, as percepções, as motivações são o resultado da interação das características biológicas do indivíduo, com a experiência de desenvolvimento que ele acumula durante a vida”. A partir daí as decisões tomadas, a forma como o ser humano conduz as ações, será baseada nas interações/vivências anteriores, na preparação prévia, e em como percebe cada acontecimento ao seu redor. È a partir desta base que o profissional age diante dos acontecimentos com os quais se depara. Dejours (1992, p. 135) diz que “a concepção do conteúdo, do ritmo de trabalho e do modo operatório é, em parte, deixada ao trabalhador”. E segue, “ele pode até fazê-la variar, espontaneamente, com seus próprios ritmos biológicos, endócrinos e psicoafetivos, seguindo para isso sua vivência subjetiva” (DEJOURS, 1992, p. 135).

Quando não se trabalha a insatisfação e o estresse, ou então as suas possíveis causas, o trabalho corre um grande risco de ser fonte de sofrimento para quem o realiza. Para Dejours (1992, p. 52) “*A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento*” [grifo do autor]. Muitas vezes, não é de interesse da instituição/organização trabalhar essa insatisfação, ouvir o profissional, suas necessidades e reivindicações, pois o que pode ser explorado pela organização do trabalho “*não é o sofrimento, em si mesmo, mas principalmente os mecanismos de defesa utilizados contra esse sofrimento*” [grifo do autor] (DEJOURS, 1992, p. 104). A frustração e a agressividade resultantes, assim como a tensão e o nervosismo, são utilizadas especificamente para aumentar o ritmo de trabalho (DEJOURS, 1992). Nesse sentido, quando o sofrimento, a ansiedade são úteis à produtividade, pode ser estimulado pelos gerentes, sendo que seu valor

“funcional” [grifo do autor] para produtividade pode conduzir à sua utilização como técnica organizacional de comando (DEJOURS, 1992).

O que se pode perceber é a desvalorização do ser humano. A produtividade é o objetivo principal, sendo que a qualidade de vida no trabalho é prejudicada por este tipo de atitude, promovendo, então, a insatisfação e o sofrimento no ambiente de trabalho, justamente pelo trabalhador não se sentir valorizado pela organização, muito menos fazendo parte dela.

Quando as necessidades do trabalhador não são identificadas, discutidas, se esquece que as organizações são compostas por pessoas e que estas pessoas querem se reconhecer nos outros membros da instituição, mas não podem suportar que a sua ‘singularidade subjetiva’ seja suprimida (FREITAS, 1994). Não há como deixar de afirmar a condição humana como o lugar onde prazer e dor, adversidade e felicidade, alegria e tristeza, vida e morte, longe de serem entendidas como entidades que se opõem, são concebidas como campos de força que mutuamente se alimentam e tecem a história de todo o ser humano (CORRÊA, 1994, p. 37).

É nesse contexto que se vê o profissional do APH móvel, com características bem particulares, por atuar em um ambiente de trabalho com altos níveis de estresse e pela grande responsabilidade que assume perante a vida de seus clientes. Essas características se fazem presentes, de maneira muito peculiar, tanto pelo cenário como pela forma de atuação da equipe de trabalho.

Neste contexto, as condições de trabalho contribuem definitivamente para o bem-estar do profissional no seu trabalho, embora este encontre dificuldades para realizar suas atividades. São dificuldades cotidianas, muitas delas pelo próprio tipo de trabalho. As falas que seguem apontam as dificuldades encontradas nas três instituições/serviços pesquisadas,

“O nervosismo de quem tá comigo, às vezes, né... que isso aí no decorrer do tempo tu vai adquirindo uma certa... serenidade, diria... se é que pode se dizer que numa situação dessas tem serenidade... mas o nervosismo é o que mais atrapalha... a pressa, né... é... aí isso aí complica” (AZUL).

“Muitas vez é o material (...) foi... nós notamos que faltô tala... corda nós não temos na resgate... (...) Poucas vez é o efetivo né (...) Pra mim é retirar a vítima de dentro dos ferros... é a parte mais complicada que tem dentro do resgate. (...) Porque tu vê a pessoa agonizando ali, tu vê parte do corpo da pessoa decepado, tu vê, muitas vezes, a demora em si, porque tu tem que te uma calma em separá os ferro das vítima né, pra que partes do corpo dela não seja cortado junto com o desencarcerador” (PRETO).

“(...) a incapacidade de colaboração das pessoas, né... que tem profissionais que trabalham mesmo... e não dificultam o serviço, né... muitas vezes. É... passam as informações erradas, né... não fazem a... função deles... muitas vezes quer agilizar o negócio, pra tirar... né... qué liberar, coisa assim. Passa por cima, né! Articulação até tem, mas o pessoal da segurança... atrapalha (...). Atrapalha a gente porque... é...tem coisas que tem que fazer rápido, ... tu tens que ter o tempo pra fazer... né? Não é juntar e largar dentro do... tirar de qualquer jeito e colocar dentro da ambulância... não! Isso sim, é a maior dificuldade ainda” (ROSA).

“Bom, eu da minha parte... acho que não. Paciente quando é gordo de mais... obeso...” (AMARELO).

“(...) várias... dificuldades... principalmente pelo povo né! (...) até eles entenderem também que não adianta nada eles ficarem cobrando na hora que a gente ta atendendo... sim cobrança desnecessária na hora errada... na realidade. Eu acho, sinceramente, que a falta de uma qualificação maior dentro da unidade... de transporte... tipo médico, alguma coisa assim (...). Porque ele tem coisas de momento que o médico tem que decidi, não cabe à gente” (VERMELHO).

“(...) a gente não tem acompanhamento psicológico e nós temos psicólogos, psiquiatras, nós temos médicos... nós trabalhamos direto com a morte gente... direto com a morte... então a gente sai dali e. sai numa boa depois que faz, mas até ficá numa boa... é morte... a gente lida com as pessoas ou morrendo ou nascendo... nós não temos um acompanhamento com psicólogo... nada... estamos aqui porque estamos aqui (...) falo... falo... falo, mas nunca sai um curso... nunca sai uma reciclagem” (VERDE).

As dificuldades identificadas são diversas: a falta de articulação entre os serviços, a pouca colaboração e compreensão por parte da população, a necessidade de uma equipe multiprofissional, tanto para atender às vítimas quanto para o seu cuidado. Referem com muita ênfase a necessidade de realizar cursos de aperfeiçoamento e de dispor de apoio psicológico, justificando as cenas que presenciam em cada atendimento. São fatos que abalam a parte psicológica de uma maneira muito acentuada e deixam grandes marcas em cada um.

O relato dos sujeitos demonstra a dificuldade em lidar com estas situações sem o auxílio de um profissional psicólogo ou grupo de apoio. Além disso, aponta para a necessidade de contar com este profissional na instituição/serviço:

“(...)... é... a gente enfrenta situações que, às vezes, fica um pouco abalada, né... quando dá acidente muito feio... principalmente quando é com criança... coisa assim...” (AMARELO).

“Tu vai guardando... tu vai guardando...não sou só eu...qualquer pessoa que trabalha...só cobrança...cobrança...não tem...a gente faz tudo aqui...tudo...tudo pra esse troço não parar. Quando a gente ta aqui no resgate mesmo que a gente vê... os acidentes que a gente pega... pelo amor de Deus! Eu queria sair do lugar e não conseguia... tamanho horror que foi o acidente da criatura!” (VERDE).

“Eu acho que tinha que tê. Na realidade eu acho que faz falta um outro serviço... um psicólogo a disposição do pessoal acho que fazia falta também. (...) ...é uma pressão assim em cima da gente...é uma pressão, inclusive do motorista. É uma pressão muito grande. Acho que eles deviam te um apoio psicológico também. Não só eles, mas os auxiliares e técnicos também” (VERMELHO).

“(...)... é uma carga muito puxada né, pra... pro serviço que a gente exerce aí né... é puxada, mas... tem que... (...)... pô... mexe muito com o fator psicológico isso aí... (...) não... nós teríamos que ter uma parte da... de apoio psicológico né... e esse recurso aí nós não é disponível pra nós até o presente momento... (...) Eh... olha... pra te relatá... é... horrível... horrível. (...) é... tu não consegue acreditar como é que o ser humano tá se desmanchando no trânsito aí... porque é lamentável... a gente faz campanha e tudo mas não adianta né! Até deveria tê porque... você imagina você tá deslocando pra um acidente com maior gravidade preso... vítimas presa nos ferro, onde tem crianças né, e tu chega no local e ali tu que vai decidi a parada ali, tu que vai tomá as... as decisões ali, não é o teu superior, é tu que tá ali. Tu que tá vendo ali as pessoa sofrendo, gritando por socorro... me tira daqui... e... isso aí abala qualquer ser humano. (...) Eh uma coisa assim que mexe muito com o ser humano... e olha te digo de coração... é do-lo-roso! Tu sai dali com uma imagem... uma imagem que é difícil apagá da tua memória” (PRETO).

O sofrimento humano abala e comove muito estes profissionais que trabalham no APH móvel, assim como qualquer outra pessoa que presencie as cenas que são relatadas. É muito doloroso e de difícil recuperação, mesmo para quem já está “acostumado” a presenciar estes acidentes trágicos cotidianamente, por fazer parte do seu cenário de trabalho. Ver a necessidade de socorrer a vítima e algumas vezes sentir-se impotente perante a situação é muito frustrante. Torna-se, praticamente, impossível realizar este tipo de trabalho sem envolver-se e comover-se. Talvez esteja, justamente, aí a grandiosidade do trabalho, poder aliviar o sofrimento ou mesmo salvar uma vida. Mas mesmo que a vítima não sobreviva, o sentimento de gratificação vem pelo fato de estar fazendo algo por aquela pessoa.

Assim como as dificuldades são identificadas, pelos profissionais das três instituições/serviços pesquisadas, são apontadas, também, as possíveis soluções, como aparece nas falas a seguir:

“... através de curso, de aperfeiçoamento... qualificação... como um todo. (...)... se tu tiver esse autodomínio... essa coisa de tu chegar no local e tiver a tranquilidade, tu consegue desenvolver teu trabalho de uma forma tranqüila, né e eficaz...por consequência eficaz” (AZUL).

“Em primeiro lugar é colocar mais um efetivo de apoio né, permanente... como enfermeiros... técnicos né... (...) nos apoiando dentro desse turno das 24 horas... que aí quando tu vai pro local do acidente tu te preocupa só na retirada das vítimas ali dos ferro ou até a própria segurança do trânsito ali e deixa o pessoal da ala médica ali trabalhá normal ali né (...) ...que aí a gente se sente mais confortável, já tira um pouco das tuas responsabilidades né, e tem um pessoal mais preparado, mais técnico... que sabe realmente a decisão que que tem que ser feita ali no local ali. Com certeza! Bah... tu te sente mais seguro... até mesmo na chegada do acidente, porque embora nós chegávamos primeiro no local em seguida já vinha uma unidade de apoio que tem um médico, que tem enfermeiros, técnicos ali que vão saber na hora ali o que fazê, como fazê né, mais vai nos ajudá” (PRETO).

“Acho que eles se conscientizando, né... já houve... tentativas, né... de sentar... conversar... a maioria melhorou bastante né... mas têm alguns que não... A pessoa leva um tiro e eles acionam a SAMU, porque é um serviço de urgência, né... chega lá largaram dentro do carro e levaram pro PS porque não iam ficar esperando “ambulânciazinha” (...) se tivessem esperado a gente poderia ter intervindo no local, aí sempre que... e no deslocamento já estava em tratamento, né... (...) já tava com suporte. Isso aí que eles têm que começar a ver. Porque não adianta juntar e jogar dentro porque ta demorando... ta demorando? Ta, mas vai chegar e vai fazer o atendimento adequado, né. Isso vai fazer diferença se é um paciente com trauma... paciente que ta fazendo alguma parada mesmo. (...) levando rápido e largando dentro do hospital vai ser mais...” (ROSA).

“A gente não tem... o que a gente precisava era de uma psicóloga pra de vez enquanto a gente conversá, falá... e a gente não tem isso aí... tinha que te um apoio pra gente... (...) Eu acho que seria válido, também, aqui pra nós... seria uma terceira pessoa, né... no caso dois socorrista e um motorista, né... que muitas vez a gente pega duas, três vítima e aí a gente tem que esperá chegá o médico ou o gerente mesmo pra podê auxiliá né!” (AMARELO).

“(...)... treinamento, claro... um acompanhamento, melhor dizendo (...)... constante (...). Até pra vê como ta a condição de trabalho do pessoal, né. Tem uma hora que a gente não assimila mais...” (VERMELHO).

“Falta um médico, falta uma enfermeira. Tu num acidente... a gente se vira... ‘malita’ né. Como é que tu vai... vais massageá, vais ambuzá, vais oxigená, vais instalá um soro, vai...né...uma só. O ideal seria então duas (...) ...dois funcionários. (...) Não temos psicólogos... faz falta... e como faz falta!” (VERDE).

Branden (1999) coloca o trabalho como um meio de crescimento e auto-valorização, desde que o bem-estar do trabalhador seja priorizado dentro da instituição, pois quanto mais ajustado estiver maior será sua satisfação. Além disso, para a satisfação no trabalho, este deve “ser pertinente na sociedade em que é executado” (SELL, 1994), sendo considerado necessário pela população que dele dispõe e principalmente por quem o executa, pois no momento que visualiza a importância do seu trabalho o terá como uma fonte de satisfação e realização. Ao passo que se o oposto ocorrer será fonte de insatisfação e sofrimento. A

satisfação eleva a auto-estima, justamente pela sensação de utilidade, de poder fazer a diferença.

A auto-estima está ligada à sensação de eficácia. É a sensação de competência para lidar com os desafios básicos da vida. Confiar no direito ao sucesso e à realização pessoal, acreditar na capacidade própria de pensar, aprender, tomar decisões adequadas e reagir de maneira positiva às novas condições. Trata-se da confiança absoluta, do ser humano, nos processos pelos quais raciocina, compreende, aprende, escolhe, decide e orienta suas ações (BRANDEN, 1999).

#### A competência interpessoal

“tende a ser afetada negativamente pela falta de auto-estima. Os que sofrem de profunda insegurança e duvidam de si mesmos tendem a um comportamento inadequado e contraproducente perante os outros, e isto significa ser super-controlador e gratuitamente agressivo ou tímido e solícito demais” (BRANDEN, 1999, p. 14).

O desafio está em deixar que a sensibilidade, o desejo e as necessidades do trabalhador penetrem em todos os poros da instituição/organização de forma que todos venham a sentir respeito, autonomia, justiça, ética e liberdade. E que mesmo com as dificuldades enfrentadas diariamente, os profissionais sintam-se satisfeitos e realizados, buscando melhorar as condições de trabalho e retirando de cada experiência, de cada atendimento a força e a vontade de continuar atuando no APH móvel. Pelas falas a seguir é possível constatar que, mesmo com as adversidades do seu fazer, sentem-se satisfeitos.

“(...) na hora tu chega... tu não... mas tu não pensa muito na tua volta assim... de fazer, de utilidade...sensação de utilidade...é demais a utilidade de tá naquele tipo de trabalho...chegar no local e conseguir fazer alguma coisa” (VERMELHO).

“(...) mas se a gente faz aquilo que a gente gosta... e ainda tá ajudando a salvá vida, né!” (AMARELO).

“Mesmo de uma forma não... não tão... qualificada, mas... É... muitas vezes a gente consegue fazer a diferença... entre a vida e a morte... Eu me sinto realizado porque... embora todas as dificuldades eu... eu faço aquilo que eu gosto... é ajudar as pessoas” (AZUL).

Segundo Dejours (1992, p. 59) a satisfação no trabalho encontra-se na “*simultaneidade do prazer e da necessidade*” [grifo do autor]. O trabalhador sente necessidade de certas atividades para que ocorra um equilíbrio no organismo. Assim, o prazer no trabalho está relacionado com diversos fatores. Entre eles está a remuneração, um ambiente e seguro para desenvolver as atividades, recursos materiais em quantidade suficiente

e de qualidade, capacitação periódica, entre outros. Mas, na maioria das vezes, é muito difícil encontrar todos estes fatores em um mesmo serviço simultaneamente, principalmente na área da saúde. Mais difícil, ainda, no APH móvel, talvez por ser um serviço novo ao qual não foi dimensionada a importância de sua realização.

Então o que gera a satisfação nestes profissionais que o desempenham? O prazer que o trabalho pode proporcionar é, muitas vezes, em virtude de ter atingido o objetivo individual do profissional na realização de suas atividades. Mais especificamente quando presta o socorro e consegue deixar a vítima com vida no hospital, independente do material que tinha a disposição para realizar o atendimento, ou então do ambiente tranquilo e saudável. Trabalha-se verdadeiramente por paixão, como está evidenciado nas falas dos seis profissionais que participaram da pesquisa:

“Eu gosto do eu faço... faço e gosto... senão já teria abandonado há muito tempo...é muita coisinha. Não me veria...se me colocassem eu vivia...tem que trabalhar...num posto de saúde fazendo curativo...não me vejo mais...eu gosto do que to fazendo...sempre gostei” (VERDE).

“(...) é alucinante... é uma coisa rápida... é... adrenalina... Assim... eu tenho satisfação, independente do apoio ou não, eu tento todos os dias buscar a satisfação pra podê continuá senão já tinha pedido pra saí... também... pra te dizê a verdade... bastante porque eu gosto mesmo. É o que eu te digo... as coisas vão acontecendo assim... e tu vai fazendo como as coisas ficam melhor, como é, como é que não é, chama alguém de um lado...chama alguém de outro...mas é, é muito bom...a sensação é boa (...) Gosto, gosto...ah gosto!” (VERMELHO).

“É assim oh... se a gente faz uma coisa que a gente gosta... faz com prazer, né... então eu adoro aquilo que eu faço, eu adoro lidar com gente, né... adoro... trabalhar na rodovia... mas se a gente faz aquilo que a gente gosta... e ainda tá ajudando a salvá vida, né” (AMARELO).

“Me realiza bastante, é muito importante... fundamental, né, na manutenção da vida da pessoa (...)” (ROSA).

“Eu acho que o meu maior... acho não... meu maior retorno é como... já aconteceu... um rapaz que eu socorri... o cara foi atropelado... veio os pais dele aqui, se emocionaram me agradeceram muito... pra mim é o retorno...esse retorno não precisa mais nada” (AZUL).

“Ah me sinto muito gratificante fazê esse trabalho aí quando eu tenho êxito nele né, quando eu não tenho eu me sinto MAL! Eh ruim. Não podê ajudá e socorrê e sabê que aquela pessoa, aquela vítima lá tá com vida ou com seqüela, mas tá com vida. E o que é decepcionante pra mim é quando tu chega no local e já não tens mais nada o que fazê” (PRETO).

Isto pode ser atribuído ao fato das exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais das tarefas executadas estarem de acordo com as necessidades do trabalhador, de tal maneira



que o simples exercício da tarefa esteja na origem de uma descarga e de um '*prazer de funcionar*' [grifo do autor] (DEJOURS, 1992). Mais do que isto, o trabalho traz satisfação quando é "livremente organizado ou deliberadamente escolhido e conquistado" (DEJOURS, 1992, p. 135).

A realização destes profissionais está muito atrelada ao desempenho da sua função. O "sentimento de gratificação pelo resultado das atividades quotidianas" (FREITAS, 1994, p. 30) é a causa evidente da satisfação em trabalhar com APH. A "luta pelo reconhecimento de seus desejos, de sua identidade e de sua força dentro da instituição" (FREITAS, 1994, p. 31), são batalhas diárias destes profissionais, que buscam o reconhecimento em detrimento de outras conquistas. Segundo Corrêa (1994, p. 37) "o ser humano pertence a ordem das possibilidades, tendo, pois, a liberdade e o dever se inventar continuamente, e até mesmo na pior das adversidades, no encontro com o outro, pode tirar forças para construir sua felicidade."

Sabe-se, que no APH móvel, o tempo é um fator relevante neste tipo de atendimento. Quando mais precoce for o atendimento melhor as condições e chances de sobreviver com o mínimo de seqüelas temporárias e/ou permanentes. A "golden hour" é a chamada hora de ouro do traumatizado, por ser um intervalo de tempo, de minutos a algumas horas, após o trauma, no qual, através de um atendimento adequado, poderá se aumentar consideravelmente a chance de sobrevivência e reduzir a possibilidade de seqüelas. Por isso um atendimento rápido e eficaz é fundamental e o tempo de deslocamento deve ser o menor possível.

O período de tempo decorrido entre o acionamento do serviço e a chegada da equipe até o local, não deveria ultrapassar 04 minutos, pois este tempo está diretamente relacionado aos danos cerebrais ocorridos devido à falta de oxigenação (ELLU, 2005a). Em uma pessoa que é privada de oxigênio, em um espaço de tempo de 0 a 04 minutos, são improváveis os danos cerebrais, se a Reanimação Cárdio-Pulmonar (RCP) for iniciada. Se essa privação estiver entre 04-06 minutos já é possível que ocorram danos cerebrais. Entre 06-10 minutos são prováveis os danos cerebrais. E superior a 10 minutos, severos danos cerebrais ou, mesmo, a morte cerebral (ELLU, 2005a).

Nesse sentido, o profissional é orientado por um caminho de tomada de decisões mais relativas a percepção da cena, do indivíduo, da equipe, em fim, do conjunto das necessidades observadas no momento, da situação interpretada e analisada segundo as vivências dos profissionais e da perspectiva do atendimento resolutivo no menor espaço de tempo possível.

Através da observação realizada, nas três instituições/serviços estudadas, constatou-se que o tempo recomendado pela bibliografia para o deslocamento até o local do agravo, é,

praticamente inviável de ser atendido. Para que esse tempo fosse cumprido seria necessária a integração de vários setores públicos a fim de ter rodovias em boas condições de tráfego, orientação da população de como proceder em caso de emergência, qual instituição/serviço acionar, distribuição das bases de permanência das ambulâncias de maneira mais operacional para viabilizar um acesso rápido ao local da ocorrência, articulação entre as instituições/serviços que prestam o APH móvel e, segundo a portaria nº 2.048, a instalação de uma central de regulação médica para convergir os pedidos de socorro, organizando o serviço.

Segundo a portaria nº 2.048, os serviços de APH móvel, devem estar vinculados a uma central de regulação médica, para que os pedidos de socorro tenham um único destino e sejam avaliados por um profissional que irá organizar e direcionar o atendimento, para maior resolutividade.

O regulamento (BRASIL b, 2002, p. 34) estabelece que o médico regulador deve

monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência.

Isto justifica a afirmação feita pelos trabalhadores da Diamante em relação ao que eles se referiram a “permissão” para utilização de alguns itens da ambulância. A regulação médica vem para que se possam ampliar os procedimentos realizados dentro de uma ambulância no momento de um resgate, no caso uma punção, reposição de volume, etc. Assim, a utilização de alguns equipamentos fica restrita ao profissional médico intervencionista, por exemplo, o uso do desfibrilador.

Segundo Leopardi (1999), no campo da saúde, se destaca a centralização da hierarquia na figura do médico. Considera-se o fato de que

o trabalho cooperativo na área da saúde, ao dividir-se em parcelas especializadas, não define o mesmo parcelamento de poder entre os diferentes agentes, fundamentalmente porque no médico está o ponto de convergência e o centro de difusão de um saber que concede a ele a primeira e última palavra, em quase todos os momentos da vida: registro de nascimento e óbito, pré-nupcial, admissão e dispensa do trabalho, atestado de saúde física e mental, e assim por diante (LEOPARDI, 1999, p. 78).

Conforme a portaria nº 2.048, a central reguladora das urgências deve ter como gerente um médico regulador, o que evidencia a centralização do atendimento na figura do médico, pois “ao médico compete exercer a regulação médica do sistema”. Nesta central o médico regulador, após analisar cada caso, define a resposta mais adequada (um conselho

médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou aciona múltiplos meios), sendo que esta atividade do médico regulador envolve o exercício da tele-medicina, por isso, impõe-se a gravação contínua das comunicações. Assim, quando houver demanda com vítimas ou doentes nos serviços de segurança e salvamento, estes também devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências (BRASIL b, 2002).

Os profissionais responsáveis pela segurança: policiais militares, rodoviários ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público de saúde para o desempenho dessas atividades,

podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento (BRASIL, 2002b, p. 70).

Portanto, sem a disponibilização de regulação médica no município e capacitação necessária aos profissionais da segurança para o primeiro atendimento, de acordo com o regulamento, o socorro ficaria comprometido.

Assim, muitas adequações serão necessárias para que as instituições/serviços de APH móvel venham a ter a configuração estabelecida na portaria e possam, dessa forma, prestar um atendimento de qualidade, disponibilizando recursos humanos, materiais e financeiros suficientes e adequados para assistir a população.

A equipe que trabalha no APH necessita de equilíbrio emocional no momento do atendimento para que possa prestá-lo de maneira eficaz e para enfrentar as situações mais inusitadas com as quais se depara, raciocínio rápido e destreza na execução das técnicas. O tempo é um dos fatores predominantes para o sucesso do socorro inicial, o que torna o ambiente tenso, sendo ainda mais necessário um bom entrosamento e relacionamento entre os profissionais da equipe de APH móvel.

É importante conhecer como os profissionais das três instituições/serviços percebem o seu trabalho enquanto membros de uma equipe de APH, desempenhando seus papéis em um atendimento diferenciado, com características peculiares, pelo cenário no qual atuam, pelas condições nas quais se desenvolvem. As falas a seguir demonstram a representatividade do APH para os profissionais.

“Ah! Muito necessário! Porque a gente atende um público alvo que não tem muito... assim... na cidade mesmo não tem quem socorra... não tem uma ambulância específica pra isso. E a ambulância é pra muitas coisas! (...) nós é específico pra aquilo... se tocá um acidente vai se atendido porque as outras ambulâncias não precisam ir... quem vai é a gente” (VERMELHO).

“Ah com certeza! Ah... tem que tê... toda a cidade tem (...) é um atendimento diferente, tem que tê!” (VERDE).

“... a gente salva vítimas, né... já imaginô se não tivesse?” (AMARELO).

“Com certeza. Necessário e útil, né. Porque a gente pode fazer uma intervenção e dá condições de, às vezes, sobreviver sem tanto... tantas lesões, né. A gente tem como prevenir, né... fazendo nosso atendimento...” (ROSA).

“... é a essência, né. Essencialmente... os primeiros momentos do acidente são cruciais... eu diria assim pra vida, né. E... até em função de seqüelas, etc” (AZUL).

“... é um serviço que tem necessidade de tê-lo né, dentro de uma rodovia, né... porque... se faz necessário. É... um serviço que... tem condições materiais e que tem uma equipe que tenha conhecimento como utilizá aquele material ali pra própria segurança da vítima” (PRETO).

Constata-se, pelas falas dos profissionais, a importância atribuída ao APH móvel. Consideram um serviço necessário, indispensável para a população, diferenciado e específico, pelo fato de ser uma assistência/cuidado que atende as necessidades imediatas da pessoa, por ser rápido e fornecer condições de sobrevivência no momento hábil. Portanto, a fala de um dos profissionais ilustra com propriedade o que se espera no APH móvel:

“A rapidez de ação significa uma grande qualidade no atendimento, entretanto, não se pode confundir rapidez com pressa, porque a primeira traduz a eficiência e a segurança, enquanto a segunda precipitação e riscos” (AMARELO).

Portanto, a finalidade do processo de trabalho do APH, constitui-se na manutenção da vida do cliente/vítima, considerando o contexto no qual se dá o atendimento e seus componentes. É gerado o produto, ao final do processo de trabalho, com o consumo simultâneo do cuidado/assistência enquanto é prestado à(s) vítima(s) de trauma, resultando no cliente cuidado/atendido.

#### **4.6.2 A Educação da Equipe que Atua no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

Para chegar a ver o trabalho integralmente é necessário compreendê-lo. E para isto, é necessário conhecê-lo nas suas diversas dimensões, ampliando o âmbito do saber com o qual será necessário instrumentalizar-se para efetivar uma ação resolutiva (CAPELLA; LEOPARDI, 1999).

O trabalhador deve ser visto como um ser crítico, consciente, capaz de interagir, aprender, desaprender, aperfeiçoar, reaprender, decidir, criar e estar motivado, para que possa produzir e satisfazer-se com o seu fazer, com o resultado do seu trabalho.

Para incentivar o trabalho, Branden (1999) refere que a instituição/serviço deve abrir oportunidades de um aprendizado e aperfeiçoamento contínuos, reforçando a importância do estudo e da aquisição de novas habilidades. Dessa forma estará incentivando o profissional à qualificação, promovendo o crescimento individual e da organização.

Leopardi (1999) se refere ao conhecimento como um poderoso instrumento do trabalhador para sua desalienação e sua habilitação para a execução técnica da atividade necessária.

Como saber não tem existência como fato em si, faz-se necessário buscar a sua objetivação em algo concreto, em suas formas de aparecer como, por exemplo, num determinado modo para fazer algo, enquanto estratégia do trabalho, ou numa técnica, como sua operacionalização, ou ainda nas formas tecnológicas materiais, todos eles instrumentos que se inserem como elementos fundamentais da práxis (LEOPARDI, 1999, p. 73).

O saber não é algo palpável, por isso ele pode ser expresso através das nossas ações na prática, quando o objetivamos em um procedimento, uma técnica, ou aplicamos ele para um determinado fim.

Nas organizações de saúde, o imperativo de aprendizado e aperfeiçoamento é, da mesma forma, imprescindível, visto que trabalha-se com e para seres humanos na promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, buscando contribuir para possam realizar suas atividades diárias.

Nas instituições/serviços que prestam o APH móvel, a capacitação e o aperfeiçoamento, além de promover a segurança e a satisfação do profissional, garantem um socorro rápido e eficaz, visto que é um tipo de atendimento diferenciado pelo fato da consecução do objetivo estar vinculado ao tempo de resposta e dos primeiros cuidados dispensados à vítima.

Segundo Dejours (1992), o sofrimento do profissional começa quando a evolução da relação entre o nível de qualificação, de formação, não é, via de regra, suficiente em relação às aspirações. Isto pode tornar-se um fator de contribuição para a insatisfação e insegurança deste profissional na sua esfera de trabalho, não se sentindo valorizado em relação à competência com que desempenha suas atividades.

Em face a isto, nestas instituições/serviços, deveriam incentivar e promover a capacitação e o aperfeiçoamento para que os profissionais, que nele atuam, sintam-se seguros

do que necessitam realizar no momento do atendimento e estejam bem preparados para resolução dos problemas que se apresentam. Portanto, é essencial a capacitação prévia e o incentivo à participação em programas de educação permanente ao profissional da saúde que vai atuar na equipe de APH móvel.

Todos os entrevistados enfatizam a necessidade da capacitação prévia e da educação permanente. Entretanto, somente uma instituição/serviço, a Esmeralda, dispõe de um programa de educação permanente e incentiva a participação dos profissionais. Já a capacitação prévia é realizada em duas das três instituições/serviços pesquisados, Topázio e Esmeralda.

A capacitação prévia consiste na preparação dos profissionais que vão atuar no APH móvel. Ainda que tenham formação profissional básica voltada para a área da saúde, a otimização do atendimento depende da aquisição e do desenvolvimento de determinadas habilidades, de destreza manual, de técnicas de realização de procedimentos, mas, sobretudo de uma preparação para o cenário que irão encontrar, às dificuldades prováveis que surgirão. Simulações de situações são indispensáveis para que o profissional tenha uma noção mais clara do que poderá se deparar e estar preparado fisicamente e psicologicamente para enfrentar as adversidades do cenário do seu cotidiano.

Quando inicia o trabalho no APH, deve ter uma preparação visando o atendimento inicial à vítima, uma vez que a segurança do profissional que presta esse atendimento está diretamente relacionada com o aprendizado. Nesse sentido a capacitação prévia se mostra como um ponto chave para o desenvolvimento das habilidades e competência exigidas ao profissional que atua neste serviço.

Sabe-se que as situações são diferenciadas, individualizadas, peculiares e cada cena presenciada poderá provocar diversos efeitos psicológicos. Mas é possível, ao menos, preparar os profissionais, apresentando o que poderão encontrar e fornecendo um suporte psicológico para minimizar os efeitos nocivos que possam ser desencadeados pelo tipo de atendimento a ser prestado. Este preparo poderá beneficiar o desempenho das funções em relação à vítima, mas também aumentar a qualidade de vida do próprio profissional da saúde que trabalha no APH móvel.

Ainda que a capacitação prévia possa ser considerada de fundamental importância para os profissionais que atuam no APH móvel, constatou-se que, das três instituições/serviços pesquisadas, apenas duas dispõem deste tipo de preparo, a Topázio e a Esmeralda, como evidenciado nas falas dos sujeitos:

“Tem a parte teórica... e tem a prática, né... tivemos... prova teórica... teórica e prática”. (AZUL).

“Aquele que eu fiz foi no CEIB em Porto Alegre, nos Bombeiros, foi em 2 meses que eu fiquei lá (...). Era feita a parte teórica pela manhã das 8 da manhã às 11 e 30, a tarde das 13 e 30 às 17 e 30 e no turno da noite das 20 às 22 horas. Na noite... era a parte na prática. Eles pegavam cada aluno que tava no curso e colocavam numa ambulância, né... do... do hospital lá... do HPS e um na resgate da... do próprio CEIB, que é... anjos do asfalto... Segunda à sexta. 2 meses”. (PRETO).

“(...) é essas duas prova... que pelo menos eu fiz quando entrei. Um teste de resistência! (...) É... retirada de vítimas... múltiplas vítimas... é... retirada de vítimas que tivessem encarceradas dentro do carro...é...cortando o carro com lukas...simula um acidente...é...várias situações...retirada pela porta, pelo vidro traseiro, no meio dos banco, um monte de...é...assim...de baixo de carro, no meio do banhado... (...) assim, pra subi com vítimas os barrancos...mais palestra...e aí depois a gente passa a noite inteira também nas simulações.” (AMARELO).

“(...) todos temos PHATLS... a maioria tem ATLS, alguns têm ATLS... e fora o treinamento que nós fizemos né (...)... ou ter ou estar fazendo, né... já tem que tê uma prática. Até porque quem não tem (o curso) também não se anima a fazer (o atendimento). (...) Eles patrocinam um terço do PH, nos auxiliam” (ROSA).

Já a Diamante não fornece capacitação prévia aos profissionais que trabalham no APH móvel, resultando no fato do profissional procurar por si mesmo uma forma de se capacitar para prestar o atendimento, como na fala de um dos sujeitos, pois o outro apenas confirmou a inexistência deste tipo de preparação.

“A gente não teve nenhum curso de... no caso de inicialização ao tipo de serviço. Dado pela instituição não (...) eu até tenho porque eu fiz... procurei, né! Pelas minhas próprias posses. Como diz o ...fui atrás, corri, dei um jeito de fazer curso”. (VERMELHO).

Evidencia-se nas falas dos profissionais da Topázio e da Esmeralda a disponibilização da capacitação prévia pelas respectivas instituições/serviços. Enfatizam a abordagem que contempla os aspectos teóricos e práticos da capacitação, atentando para os detalhes das simulações e da experiência de vivenciar a prática do APH móvel antes de atuar como profissionais efetivos da instituição/serviço que trabalham. Os trabalhadores, por parte da instituição/serviço Esmeralda, destacam, ainda, o incentivo que recebem para a qualificação profissional, tanto no que se refere aos aspectos financeiros, auxiliando no pagamento, quanto burocráticos, através da dispensa destes profissionais para a realização do curso, além da valorização dos profissionais que a realizam e consequentemente do atendimento que vêm a prestar no APH móvel.

Na última fala, evidencia-se claramente a segurança que o profissional adquire quando participa da capacitação prévia, quando o sujeito afirma que quem não tem este preparo não se anima a fazer o atendimento, deixando clara a necessidade deste para o desempenho satisfatório no socorro às vítimas de trauma.

Segundo Chiavenato (2004), educar significa exteriorizar as latências e o talento criador da pessoa. Portanto, todo modelo de formação, capacitação, desenvolvimento “deve assegurar ao ser humano a oportunidade de ser aquilo que pode ser a partir de suas próprias potencialidades, sejam elas inatas ou adquiridas” (CHIAVENATO, 2004, p. 334). Assim, num programa de capacitação devem-se considerar meios de aprendizado que permitam a exteriorização das capacidades latentes de produzir, construir, modificar. Nesse sentido, buscar orientar e informar os profissionais para o desenvolvimento, não só em relação ao aprendizado de habilidades e destrezas para eficiência nas tarefas que realizam, mas, sobretudo, “fornecer-lhes a formação básica para que aprendam novas atitudes, soluções, idéias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem” (CHIAVENATO, 2004, p. 334).

Sabe-se que os profissionais que atuam no APH móvel, oriundos da área da saúde, têm uma formação orientada para as ações em saúde, com conteúdos e competências específicas para o exercício profissional. No entanto, o que se têm hoje nos currículos dos cursos técnicos e de graduação em relação ao atendimento às urgências evidencia a necessidade de estabelecer competências para capacitação e habilitação para esse tipo de atendimento com vistas a reforçar e aperfeiçoar os conhecimentos nesta área. Isto, em virtude dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado em relação às urgências (BRASIL, 2002b).

Acrescenta-se a isto o grande número de trabalhadores que já atuam no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências; a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender a demanda existente.

No sentido de reforçar a grande importância da Educação em Urgências o Ministério da Saúde edita o Regulamento Técnico que propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação dos Núcleos de Educação em Urgências – NEU através da portaria nº 2.048 (BRASIL, 2002b).



Pretende-se com os NEU, garantir a capacitação periódica dos profissionais que atuam nas urgências. Devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, coordenado pelo gestor público do SUS. Como integrantes destes núcleos apresentam-se as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual (BRASIL, 2002b).

Os NEU vêm com a proposta de integrar os setores que formam os profissionais que atuam nas urgências, os que prestam o atendimento – público ou privado - e os que gestores estaduais e municipais que estão envolvidos com os serviços de urgências, com a finalidade de integrar e articular os saberes formando e qualificando profissionais com conhecimentos homogêneos, minimizando os conflitos de idéias, técnicas e procedimentos entre as diferentes instituições/serviços que trabalham nas urgências.

Considerando, ainda, segundo a portaria nº 2.048 (BRASIL, 2002b), o importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação permanente dos trabalhadores das urgências, que resulta em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor, os NEU têm como objetivo reduzir estas conseqüências propondo temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidas para certificação inicial dos profissionais que já atuam ou que venham atuar no atendimento às urgências e emergências, do setor público ou privado.

Assim, para Leopardi (1999), tem-se, ainda, que buscar uma definição das políticas e projetos de formação dos profissionais, para que possam adquirir as capacidades necessárias ao desenvolvimento de um trabalho com consciência, competência e dignidade. “Sem abandonar a formação tecnológica, temos que vislumbrar a formação sócio-filosófica e humanística como sustentação da identidade profissional” (LEOPARDI, 1999, p. 55).

Não se pode esquecer de considerar os aspectos teóricos do pensar sobre o agir, saber o porquê do que se está fazendo para que as ações não se resumam a automatização repetitiva, sem a reflexão, o questionamento, o entendimento. Isto se reporta ao princípio da Reflexão-Ação-Reflexão citado por Paulo Freire (1997).

A educação permanente vem para auxiliar na produção de uma mudança relativamente permanente em um individuo e melhorar sua capacidade de desempenho, envolvendo “uma mudança de habilidades, atitudes ou comportamento” (CHIAVENATO, 2004, p. 339). Isso

significa mudar aquilo que conhecem, a forma e as atitudes perante o seu trabalho, e/ou suas interações com os colegas, com o coordenador (CHIAVENATO, 2004).

Para desenvolver a educação permanente ocorre a aprendizagem que segundo Chiavenato (2004, p. 339) “significa uma mudança no comportamento da pessoa através da incorporação de novos hábitos, atitudes, conhecimentos e destrezas”. É uma abordagem mais ampla que não visa somente o técnico-científico, mas o ser humano inter-relacionado ao seu trabalho.

Para a prestação de um APH de qualidade é de grande relevância a educação permanente, que vem através dos NEU, no intuito de qualificar o profissional, visando um atendimento rápido, eficaz e seguro, utilizando as vivências e dúvidas surgidas no fazer cotidiano para que este seja repensado. Assim, permitindo identificar, analisar e repensar as ações individuais e coletivas do trabalho realizado, encontrando as soluções mais pertinentes para as dificuldades que venham a surgir. Para Roschke citada por Dellatorre (2003), “educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

Segundo Dellatorre (2003),

as demandas de capacitação não se definem a partir de listas individuais de atualização e orientações de nível central, mas de problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a necessidade de prestar serviços relevantes e de qualidade. Como? Problematizando o processo e a qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, identificando necessidades.

Para os profissionais das três instituições/serviços pesquisados, a qualificação é uma questão bastante relevante, mas mais enfatizada pelos profissionais da Diamante, talvez, por não disporem de um programa de educação permanente. Na Topázio também não disponibilizam desse tipo de aperfeiçoamento, mas os profissionais citam a importância e a necessidade de tê-lo. A Esmeralda é a única que dispõe de um programa de educação permanente, e na qual há uma grande preocupação com a manutenção do saber, com a atualização das informações.

Portanto, aparece nas falas que seguem dos profissionais da instituição/serviço Diamante, que a educação é um ponto fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade:

“(…) a reciclagem que é muito importante por sinal... não tem. (...) uma coisa que a gente já não faz toda hora e não tem uma reciclagem fica complicado, né! (...). Serviço vai desgastando (...). É... é um serviço que eu acho que é muito necessário... até essa reciclagem. Uma coisa que a gente já não tem... quanto mais reciclagem (...). Feito meio a martelo!” (VERMELHO).

“Tem que te esse curso de reciclagem... esse pessoal tem que tê... o pessoal não é treinado pra isso, nós somos treinados na marra... é pelo que sabe... a gente põe na prática... tu lida com vida!” (VERDE).

É atribuída uma grande importância para a educação permanente. Qualificar-se parece ser mais um estímulo para desempenhar suas funções, além do que, se mostra necessária para um atendimento de qualidade. Através do programa de educação permanente a instituição/serviço transmite para os trabalhadores a importância que seu trabalho tem e para que este seja realizado com sucesso.

Conforme citado anteriormente, das três instituições/serviços do estudo, somente a Esmeralda dispõe de educação permanente. Sendo mais enfatizado o aperfeiçoamento com simulações em locais de difícil acesso e provas teóricas para testar os conhecimentos dos profissionais, como aparece nas falas que seguem:

“Sempre, sempre. Agora a gente tem um curso... a gente vai te lá... que é também de urgência e emergência... só não sei o nome do curso que a gente vai te agora. Seguida a gente tem. Eles vem pra í fazê treinamento...e agora vai te esse curso lá... e temos prova também” (AMARELO).

“(...) fizemos tudo, fizemos prova inclusive né... regularmente assim... e um curso prático, principalmente prático né, a gente faz. É todo mundo junto. Pega parêlho”. (ROSA).

Evidencia-se a participação nas simulações, onde testam a habilidade, destreza, rapidez, e em dispor de um aperfeiçoamento para atualizar seus conhecimentos. Conforme observação realizada, essa qualificação é constituída da parte teórica, com aulas expositivo-dialogadas e testes de conhecimento específico através da resolução de questões-problema (casos clínicos); e da parte prática, com simulações de resgates em cenários diversificados. Na fala que segue, o sujeito descreve este tipo de capacitação:

“Um teste de resistência! (...). É... retirada de vítimas... múltiplas vítimas... é... retirada de vítimas que tivessem encarceradas dentro do carro...é...cortando o carro com Lukas... simula um acidente...várias situações...retirada pela porta, pelo vidro traseiro, no meio dos bancos, um monte de... é...assim...de baixo de carro, no meio do banhado...um monte, assim, pra subi com vítimas os barrancos...simulações que a gente faz... mais palestra...é...e depois caminha também...e aí depois a gente passa a noite inteira nas simulações (...). (...) a enfermeira começa a conversá com a gente, dá aulas prática... ela tem uma boneca ...que ali ela explica, ela faz, ela ensina, dá aulas pra gente...seguido ela vem pra cá..pra base e dá aulas pra gente...de reanimação. Essa semana mesmo ela trouxe pra í. e a gente tá sempre atualizado sabe...faz provinha...também a gente tem prova...”. (AMARELO).

Destaca-se com grande ênfase a parte prática da capacitação. Como relatado, tanto a capacitação prévia quanto a educação permanente, são um verdadeiro teste de resistência, além de requer que o profissional ponha em prática o que aprendeu na teoria. É um teste de resistência física e psicológica, que inclui agilidade, rapidez, segurança na execução dos procedimentos, espírito de equipe, liderança, autonomia. Põe a prova o limiar de cansaço, da dor e da pressão psicológica.

Inicialmente, esta etapa pode parecer árdua ao extremo, incômoda e desnecessária ao olhar externo e até mesmo para os próprios profissionais que participam. No entanto, quando se está inserido no contexto do trabalho ou se vivenciou uma situação que comprovou ser imprescindível essa atividade, constata-se a importância e a imperatividade da sua realização. A fala a seguir refere esta situação:

“(...) um dia nós vinha vindo da oficina (capacitação) e aconteceu... um ônibus bateu atrás de um caminhão carregado de pedra e capotô lá no trevo de Capão do Leão... e aí era múltiplas vítimas... aquilo que a gente sempre trenô e que a gente não imaginava... 34 feridos..e a gente pegô todos...era um ônibus de estudante... qué dizê então que aquela simulação, essas coisas que a gente faz...que as vez a gente pensa...ah bobagem...se matando aí...fazendo...mas é uma coisa que tu tá te treinando...que amanhã ou depois pode acontecê” (AMARELO).

Percebe-se, com essa fala, a valorização das simulações realizadas. Atribuem à capacitação que tiveram a segurança e o sucesso do atendimento. Pois na ocasião do desenvolvimento das atividades práticas, os profissionais foram testados e testaram a si próprios, seus limites. Exercitaram a manutenção do equilíbrio emocional diante das situações de maior risco e periculosidade, preparando-se para atuar nos cenários do APH móvel e diante de condições variadas, surpreendentes, inéditas, ou até mesmo corriqueiras. Por terem sido submetidos com frequência a estas situações de simulação da realidade, não quer dizer que estejam imunes, pois são seres humanos e estão expostos a imprevisibilidade das ocorrências, mas sim, profissionais mais aptos para realizar um atendimento nestas circunstâncias.

As práticas e os conhecimentos apresentados fornecem a base sólida necessária para avaliar e administrar e maioria das emergências encontradas pelo profissional no ambiente Pré-Hospitalar. Estes conhecimentos requerem estudo, prática e repetição. O indivíduo que se torna um profissional de emergência assume a responsabilidade pela vida do paciente o qual ele concorda em administrar. Nesta profissão são necessárias decisões críticas imediatas baseadas em conhecimentos e avaliação.

O referencial teórico, já descrito, enfatiza que os profissionais que atuam na área da emergência não têm a oportunidade de voltar ao manual de estudos para determinar o

adequado tratamento do paciente após chegarem ao local e antes de atendê-lo. Antes de verem os pacientes, já terão que ter os conhecimentos e as habilidades nos seus próprios cérebros e mãos. Por isso a continuidade dos estudos é indispensável, pois é necessária para manter atualizados seus conhecimentos e aptidões para administração do atendimento ao paciente.

Assim, um ponto relevante, além da forma como são realizadas a capacitação prévia e a educação permanente, são os temas e os conteúdos abordados, as habilidades e cargas horárias, bem como, os métodos utilizados para o seu desenvolvimento. A parte teórica não pode deixar de ser complementada pela parte prática, uma vez que é muito valorizada e referida como fundamental pelos profissionais, que a identificam como um ponto fundamental, conforme as falas:

“(...) tudo o que tu fizé várias vezes tu começa a pegá com mais facilidade né!” (VERMELHO).

“(...) mas é uma coisa que tu tá te treinando... que amanhã ou depois pode acontece (...) quanto mais prática mais rapidez (...) a gente já tem a prática, né... então... pra nós... não tem dificuldade” (AMARELO).

Isto vem ao encontro do que foi identificado como os cinco pontos mais importantes tanto da capacitação prévia, quanto da educação permanente. Os participantes não conseguiram selecionar cinco pontos importantes em ambas por considerarem tudo muito importante para o desempenho durante um atendimento. Porém, foi muito enfatizada a necessidade da parte prática para a atuação sistemática com rapidez e segurança.

“(...) tem muitas coisas importante... todas elas são... (...) é mostrá e a gente participá pra vê, né... porque a gente aprende realmente é tu praticando, né...às vezes a gente tem a teórica mas não tem a prática...e o mais importante é tu te a prática” . (AMARELO).

“Noções de segurança, noções importantíssimas de emergência... mais importante é a prática... com certeza”. (ROSA).

“(...) basicamente assim, em primeiro lugar a segurança da equipe... primeira... básica... segurança da equipe, aí entra a sinalização do local, entra a utilização das luvas de... de procedimento... máscara, todo o equipamento, o melhor que tiver... quanto mais tu te proteger melhor, óculos, etc. Porque hoje em dia né... essas doenças aí e tal... e o próprio sangue transmite né (...)... É isso aí... a imobilização, a contenção de hemorragias... (...) É, basicamente... se tu tivé, assim, a teoria... é claro que ela é importante, né, mas a... a essência eu diria que é a prática... tua própria... é... experiência na estrada vai pegando, né. Cada acidente é um acidente, então tu vai pegando, né...tu vai adquirindo essa experiência cada vez mais, né...é...a destreza...”. (AZUL).

Assim, constata-se a importância da prática que é destacada pelos profissionais. Enfatizam essa questão, como fundamental e imprescindível para o aprendizado.

A realização, tanto da capacitação prévia como da educação permanente, não tem dia e horário fixo são feitos conforme a disponibilidade do coordenador do serviço e da enfermeira responsável técnica, que são os que ministram as capacitações.

Para Leopardi (1999) o cuidado na saúde aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo em que os profissionais põem em prática um corpo de conhecimento transformado em técnica, para interferir no processo de saúde dos indivíduos, seja em seus aspectos mais imediatos, corporificados sob a forma de doença, seja nos seus aspectos mais mediatos, tais como na informação para a saúde e na organização das condições para a prestação da assistência.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como **objetivo** conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande. Para que fosse atendido esse objetivo buscou-se a fundamentação teórica necessária para prestar o suporte na compreensão dos resultados, sendo importante ressaltar a dificuldade de encontrar bibliografias nacionais com relação à enfermagem e o APH móvel.

Contudo, o referencial encontrado e utilizado demonstrou-se pertinente dando subsídios para a discussão dos dados coletados. Revelou-se como o apoio necessário para que a análise e a interpretação dos achados, sinalizassem de forma mais evidente a **questão da pesquisa**: como atuam os profissionais componentes da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande?

Assim, pôde-se compreender de maneira mais satisfatória, as circunstâncias que envolvem o processo do trabalho no APH móvel, as suas etapas e a estrutura (forma e conteúdo), que contemplam a complexidade da atuação da equipe com o propósito de proteger, cuidar e oferecer socorro ao cliente vítima de trauma.

A metodologia utilizada neste estudo, entrevista semi-estruturada complementada pela observação sistemática, atendeu a proposta satisfatoriamente. Visto que através da entrevista e da observação foi possível adentrar no universo do APH móvel, participando da rotina dos profissionais que ali atuam, aproximando-se da realidade do trabalho de cada um, da peculiaridade e novidade do atendimento e, principalmente, das batalhas individuais e coletivas para que o trabalho seja realizado de maneira satisfatória.

No que tange ao cumprimento da legislação, os dados propiciaram constatar que as instituições/serviços pesquisadas deixam a desejar em alguns aspectos em relação aos recursos humanos e materiais. A falta de recursos materiais, em quantidade, diversidade e especificidade, é o item que parece mais preocupante, pois sem disponibilizá-los não é possível realizar um atendimento adequado e de qualidade. Em duas – Diamante e Topázio -, das três instituições/serviços estudadas, evidenciou-se escassez de material e equipamentos para prestar o APH móvel, principalmente, em relação às ambulâncias denominadas de Resgate, visto que elas devem prestar uma assistência/cuidado que exige uma determinada complexidade, necessitando, por isso, de recursos materiais mais específicos, com maior diversidade, pelo tipo de salvamento a ser realizado, principalmente quando se trata dos locais de difícil acesso. Ressalta-se, ainda, que quanto aos materiais e equipamentos, há inadequação

dos mesmos em relação ao tipo de atendimento a ser prestado – suporte básico, avançado e resgate –, pois os equipamentos e materiais disponíveis nas ambulâncias não correspondem ao tipo de atendimento a ser efetuado.

Quanto ao número de ambulâncias disponíveis, os achados também apontam insuficiência para os diversos tipos de serviço a ser realizado. Denota-se, claramente que, em muitos casos, o atendimento destas instituições/serviços fica na dependência de outras do município para que o atendimento possa ser realizado de maneira satisfatória. Esse aporte de recursos, segundo os dados, mostra-se necessário tanto em termos de recursos humanos como de equipamentos e materiais.

Em relação à capacitação prévia e educação permanente, das três instituições/serviços pesquisados, somente a Esmeralda, disponibiliza um programa de qualificação profissional, inclusive, incentiva os trabalhadores a participarem do programa e libera auxílio financeiro. É a forma utilizada por essa instituição/serviço para garantir que seus profissionais tenham capacitação prévia e educação permanente.

Constatou-se através das falas dos participantes que a capacitação profissional se reveste de grande importância porque sem a capacitação prévia e permanente não conseguem desempenhar o cuidado/assistência com qualidade e segurança. Os dados evidenciaram que a insegurança, a insatisfação e o estresse são fatores diretamente relacionados à não disponibilização de um programa de educação permanente para que possam atualizar seus conhecimentos. Isso ocorre em duas das três instituições/serviços participantes do estudo. Ao passo que na instituição que disponibiliza este tipo de programa os profissionais demonstram mais segurança, satisfação e menos estresse, sentindo-se mais valorizados.

Sendo o estresse multicausal, além destes fatores desencadeantes, associam-se, ainda, o tipo de trabalho, o cenário em que executado diversificado pelas condições inesperadas nas quais as vítimas podem ser encontradas, a exposição frequente às situações trágicas e aos efeitos destas nas vítimas, a responsabilidade dos profissionais para com a vida de uma pessoa - o que se torna um agravante para o equilíbrio emocional. A escassez de recursos humanos e materiais para o atendimento e a sobrecarga de trabalho pelo insuficiente número de funcionários, também pode ser considerada como um outro fator prejudicial. Enfim, os componentes do ambiente que cercam este profissional, podem ser desencadeadores do estresse que vivencia.

A desinformação ou despreparo da população foi um dos pressupostos confirmados. Muitas vezes a população aciona desnecessariamente vários serviços ao mesmo tempo. Em uma situação de urgência o pânico toma conta e faz com que a população busque ajuda para a



vítima acionando vários serviços ao mesmo tempo. Essa busca por ser realizada pela mesma pessoa ou por várias pessoas que, no intuito de auxiliar, tentam conseguir uma resposta imediata para socorrer a vítima. Associado à isto, denota-se, também, a dificuldade relatada pelo profissional em relação ao público, que o pressiona no momento do atendimento, o que aumenta a ansiedade. Isto pode gerar uma situação de estresse que deverá ser controlada para que o atendimento flua com tranquilidade sem oferecer riscos à vítima.

Entretanto, há necessidade de compreensão de ambos, profissionais e público, pelo fato de cada um ter um envolvimento diferente com o acontecimento, sem esquecer que sentimentos e emoções estão intensas neste momento. Assim, o trabalho de isolamento do local realizado de maneira eficiente somado à informação da população em relação ao APH móvel trará resultados benéficos para todos: instituição/serviço, profissionais, população e vítimas.

O estresse, quando atinge um nível muito alto pode ser prejudicial, provocando distúrbios físicos e emocionais, que geram conseqüências no desempenho das ações da equipe do APH móvel durante um atendimento, que pode resultar em danos à vítima que deve ser socorrida. Além disso, este profissional pode não conseguir manter-se em um nível saudável para trabalhar, resultando em um possível afastamento das suas funções, atingindo negativamente a instituição/serviço e a própria sociedade tanto pela ausência do serviço a ser prestado como pelo custo do afastamento do trabalhador.

Para que o trabalho aconteça é necessário dispor de condições de trabalho. Estas condições incluem tudo o que envolve o ambiente, o cargo, a função, a atividade, os meios de produção, a organização do trabalho, as relações interpessoais, a gerência. Assim, se sugere que boas condições de trabalho significam meios de produção adequados às pessoas, controle sobre os fatores ambientais adversos, organização do trabalho que garanta a integridade física e psíquica do trabalhador, com pausas que possibilitem a recuperação das suas funções fisiológicas, remuneração de acordo com seu sistema de trabalho, clima social sem atritos. Este contexto pode evitar o estresse, a insatisfação, minimizando muitos problemas no mercado de trabalho em virtude das condições precárias que o profissional dispõe para desenvolver suas tarefas.

Um outro aspecto que emergiu com propriedade dos relatos, foi em relação ao auxílio psicológico, pelo tipo de trabalho que desempenham diariamente. As situações que enfrentam, que se deparam em relação à vida e a morte, foram consideradas extremamente estressantes por serem desencadeadoras de abalo emocional. Ficou muito evidente, através das falas, que a equipe que presta o APH móvel necessita contar com o apoio de um profissional psicólogo

para auxiliá-los a enfrentar com mais segurança os problemas do seu cotidiano. Este fato também pode ser minimizado com a implantação dos NEU, onde poderão ser trabalhadas, pelo grupo, estas dificuldades, visto que seria um espaço aberto para abordar diversos aspectos que se relacionam com o APH.

Foi observado e constatado, através das falas, em duas das três instituições/serviços pesquisadas, a existência do profissional habilitado, com capacitação prévia, que não dispõe de materiais e equipamentos necessários para prestar o socorro adequadamente. Bem como, os que, mesmo sem uma educação permanente, se esforçam para prestar um serviço de qualidade dentro das limitações dos recursos materiais disponíveis no local de trabalho.

Dentre os profissionais pôde-se observar, que mesmo fazendo parte da mesma instituição/serviço, há divergência em relação à forma como exercem o atendimento, evidenciando a necessidade de uma padronização e normatização da assistência. Este fato pode ser atribuído, em parte, a não disponibilização de um programa de qualificação pelas instituições/serviços e pela ausência de um núcleo educacional que capacite, igualmente, os profissionais que atuam nesta área.

É oportuno lembrar que o APH móvel é uma temática com poucas pesquisas realizadas e, que por isso há muito para se investigar. Além de ser uma área peculiar de trabalho, a infra-estrutura, o ambiente em que estes profissionais atuam são fontes relevantes de pesquisa e, assim construir o conhecimento/saber nesta área.

Enquanto realizava a observação sistemática, acompanhando as equipes de resgate do APH móvel, muitos questionamentos emergiram e permanecem sem resposta, entre eles destaque: O APH móvel deveria contar com uma equipe multiprofissional mais completa, com profissional psicólogo nas instituições/serviços para a assistência ao profissional que trabalha neste atendimento? Por que a legislação permite uma estrutura de apoio profissional (médico e enfermeiro) à distância? O setor/serviço de segurança deveria contar com profissionais da área da saúde no APH móvel? O SAMU não deveria exercer sua atividade de forma integrada com as demais instituições/serviços de APH móvel? Todas as instituições/serviços que prestam APH móvel às vítimas do trauma não deveriam fazê-lo de maneira integrada, interconectada para obter melhores resultados, serem mais eficientes? Os profissionais de todas as instituições/serviços que prestam APH móvel às vítimas do trauma não deveriam participar de um mesmo programa de capacitação prévia e educação permanente para um conhecimento mais homogêneo, evitando os conflitos e a desarticulação nos atendimentos, obtendo melhores resultados? Quais os conteúdos programáticos para a realização da capacitação prévia e a educação permanente destes profissionais? A carga horária oferecida

na capacitação prévia e na educação permanente é suficiente? Qual a metodologia utilizada para estes programas de educação? A autonomia do profissional que trabalha no APH móvel está prejudicada pela coordenação centralizada no médico, normatizada pela nova Portaria? Como está a comunicação entre os atendimentos pré-hospitalar e intra-hospitalar? Há o autocuidado entre os profissionais do APH móvel? Como poderia ser estruturado/organizado um serviço integrado de APH móvel no município?

Considera-se que o conhecimento/saber do profissional da área da saúde, a sua habilidade e competência podem contribuir benéficamente e trazer mais segurança, tanto para trabalhadores que exercem atendimento às vítimas do trauma, bem como para as próprias vítimas, e por isso esses serviços deveriam contar com uma equipe multiprofissional da saúde.

A enfermagem tendo por essência o cuidado tem como uma de suas características desenvolver o trabalho em equipe. Na enfermagem fica muito visível que não se pode e não se faz nada sozinho, precisa-se de todos os componentes da equipe. A união, o respeito, a cooperação, o diálogo, a aceitação do outro com suas especificidades, são a base para o bom relacionamento da equipe que deve ter no conhecimento a estruturação e a solidificação das relações interpessoais no desempenho das funções de cada integrante.

Enquanto componente da equipe de APH, o profissional de enfermagem exerce o cuidado às vítimas de trauma, procurando aliviar o sofrimento, prestando um atendimento em curto prazo, pela particularidade e necessidades imediatas do indivíduo que sofreu um agravo desta natureza. O serviço do APH móvel agrega conhecimento, agilidade, rapidez e segurança, mas que conta também com a percepção do profissional na abordagem à pessoa.

Este estudo foi de grande relevância para mim, enquanto profissional e potencial usuária deste atendimento. A contribuição enquanto profissional foi em relação ao acréscimo do conhecimento, pois tive a oportunidade de conhecer o APH móvel com uma visão interna do serviço, nas instituições/serviços que pesquisei. Saber como funciona, quais são as dificuldades e limitações que estes profissionais enfrentam no dia-a-dia, enquanto prestam o cuidado e buscam capacitar-se para um fazer melhor, deixa uma idéia marcante o quanto o ser humano merece e deve ser respeitado e valorizado. Foi possível entender um pouco deste universo particular, diferenciado, mas fascinante.

Como usuária, consegui entender as dificuldades e barreiras do serviço e porque muitas vezes nos sentimos inseguros e insatisfeitos com o atendimento, pois temos apenas o nosso ponto de vista, externo à instituição/serviço e sem a compreensão de toda questão problemática que envolve um serviço de APH móvel.

Entretanto, acredito e almejo que as maiores contribuições desta pesquisa sejam para a coletividade, que está exposta diariamente aos riscos de se envolver em uma situação de emergência sendo vítima de trauma e necessitando do APH. Nessas situações, espera-se então que haja um atendimento rápido e de qualidade para preservar a vida e prevenir seqüelas.

Nesse sentido, espero que a pesquisa venha a contribuir para que seja repensado o fazer cotidiano da equipe que atua no APH móvel, mas, sobretudo, que haja uma reavaliação do atendimento como um todo por parte dos profissionais que nele atuam, incluindo especialmente a gerência/coordenação e o gestor público, porque ficou evidenciada a necessidade urgente da reestruturação do APH móvel do município.

Contudo, não poderia deixar de mencionar a satisfação em concluir esta pesquisa, pois apesar de ter sido imensamente gratificante, tive muitos momentos difíceis, de desânimo, de cansaço, de incerteza do final. Entretanto, não poderia desistir e ficar na metade do caminho, não seria justo desapontar as pessoas que acreditaram em mim e, principalmente, os sujeitos desta pesquisa que foram acolhedores e estiveram disponíveis durante toda a fase de coleta de dados com o intuito de enriquecer o estudo e ver os resultados. Demonstraram-se ansiosos para que este trabalho de fato desencadeie mudanças no APH móvel da cidade do Rio Grande.

Com base nos achados, é possível concluir que o APH móvel da Cidade do Rio Grande, ainda que empregando esforços, apresenta-se deficitário em diversos aspectos. Enfatiza-se, especialmente, a insuficiência de recursos humanos e materiais, o pouco e insuficiente preparo das equipes profissionais e de apoio, a falta do apoio psicológico aos trabalhadores do APH móvel. Soma-se a todos esses aspectos a desinformação da população no que concerne o APH móvel e a falta de articulação entre as instituições/serviços que prestam o atendimento nesta área. Portanto, é urgente a necessidade de rever os serviços de socorro às vítimas do trauma do município e adequá-los a legislação que regulamenta o APH móvel – Portaria nº 2.048, para que o atendimento seja reformulado otimizando o socorro, instituindo, principalmente a Central Reguladora do APH móvel, bem como a criação dos NEU.

## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é Trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002. 103 p.

ALTHUSSER, L. **Sobre a Reprodução**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDEN, N. **Auto-Estima no Trabalho**: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 143 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978. NR6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI. In: **Segurança e Medicina do Trabalho**. 40. ed. São Paulo: Atlas, 1998. p. 78-86.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 814/GM de 01 de junho de 2001. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Ano CXXXVIII. Nº107-E. Brasília – DF: Imprensa Nacional, 04 de junho de 2001. p. 149-151. ISSN 1415-1537.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**. Situação em maio de 2002a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em: 12 de abril de 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria nº 2.048/GM de 05 de novembro de 2002. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Ano CXXXIX. Nº219. Brasília – DF: Imprensa Nacional, terça-feira, 12 de novembro de 2002b. p. 32-54. 88p. ISSN 1676-2339.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Série E. Legislação de saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004a. 236 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Jornal do Aluno**. Ministério da Saúde Investe em Pólos de Educação Permanente. n.9. mar., 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor e dá Outras Providências. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Ano CXLI. Nº32. Brasília – DF: Imprensa Nacional, segunda-feira, 16 de fevereiro de 2004c. p. 37-41. 72p. ISSN 1676-2339.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O Ser Humano e sua Possibilidade no Processo Terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (org.); et al. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 85-104.

CARVALHO, P. H. Centro de Material e Esterilização. In: ESTRAN, N. V. B. (coord.); MACHADO, C. S. (org.); et al. **Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 302-309.

CATTANI, A. D. **Trabalho e Autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 136 – 155.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 249 p.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 1999. p. 120-125.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIORO, A. A Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. In: SEMINÁRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS, out., 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/ps/index\\_ps.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/ps/index_ps.htm)>. Acesso em: 03 de maio de 2004.

CIDADE DO RIO GRANDE. **Lei nº 5.205 de 09 de janeiro de 1998**. Institui a Reforma Administrativa na Prefeitura Municipal do Rio Grande e dá outras Providências. 12p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito. **Relatório**. Rio Grande do Sul, 2005. Relatório. Impresso.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso futuro comum**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1991.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. **Manual de Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. 298 p.

CORRÊA, J. de A. A Busca do Prazer no Trabalho de Enfermagem: uma abordagem ética. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13, 1994, Belo Horizonte. **Anais...Belo Horizonte**, 1994. p. 34-38.

DEJOURS, C. **Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. 167p.

DELLATORRE, M. C. Núcleos de Educação em Urgências. In: SEMINÁRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS, out., 2003. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/ps/index\\_ps.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/ps/index_ps.htm)>. Acesso em: 03 de maio de 2004.

Dr GATE. **Manual de Primeiros Socorros**. 28 de novembro de 2003. Disponível em: <[http://www.drgate.com.br/almanaque/1socorros/primeiros\\_socorros.htm](http://www.drgate.com.br/almanaque/1socorros/primeiros_socorros.htm)>. Acesso em 20 de novembro de 2003.

DUNCAN, H. A. **Dicionário Andrei para Enfermeiros e outros Profissionais da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Andrei Editora, 1995.

ELLU CONSULTORIA E ASSESSORIA EM SAÚDE. bls Basic Life Support. s.d.a. Disponível em: <[http://www.ellusaude.com.br/emergencias/curso\\_bls.asp](http://www.ellusaude.com.br/emergencias/curso_bls.asp)>. Acesso em: 16 de março de 2005.

\_\_\_\_\_. História da Emergência. A História da Emergência Médica. s.d.b. Disponível em: <[http://www.ellusaude.com.br/emergencias/historia\\_emerg01.asp](http://www.ellusaude.com.br/emergencias/historia_emerg01.asp)>. Acesso em: 20 de agosto de 2004.

ENGUITA, M. F. **Trabalho, Escola e Ideologia**: Marx e a crítica da educação. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. p. 84-108.

ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. O Ser Humano Trabalhador em Saúde. In: ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. (org.). **Aprendizagem Contínua no Trabalho**: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares. São José – SC: SOCEPRO, 2003. p. 09-17.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA – EBMSPP 2002. **Introdução**. Disponível em: <<http://www.fundecim.com.br/ps/>>. Acesso em 20 de maio de 2004.

FAUSTINO, A. L. R.; et al. Atendimento no Traumatismo Raquimedular (TRM). In: ESTRAN, N. V. B. (coord.); MACHADO, C. S. (org.); et al. **Sala de Emergência**: emergências clínicas e traumáticas. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 83-102.

FREIRE, P. **Ação Cultural para a Liberdade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREITAS, M. I. de F. A Instituição como Obstáculo ao Prazer no Trabalho da Enfermagem. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13, 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 1994, p. 21-33.

GOMES, A. M. **Emergência**: Planejamento e Organização da Unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: EPU, 1994.

HOUAISS, A.; VILLAS, M. de S.; MELLO, F. M. de. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Características da População e dos Domicílios. Resultados do Universo.

JACQUES, W. C. A. **Prevenção e Controle do Estresse**. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Diretoria Regional do Rio Grande do Sul, 1992.

KIRCHHOF, A. L. C. **Tendências Temáticas Sobre a Relação Trabalho e Saúde: a contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros (1990-1994)**. 1997. 246 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KOTLER, P.; BLOOM, P. N. **Marketing para Serviços Profissionais**. São Paulo: Atlas, 1998.

LEININGER, M. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985a.

LENTZ, R. A.; ERDMANN, A. L. O Ser Humano...um ser aprendente... In: ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. (org.). **Aprendizagem Contínua no Trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares**. São José – SC: SOCEPRO, 2003. p. 19-22.

LENTZ, R. A.; MACHADO, M. A Abordagem Psicopedagógica na Aprendizagem no Trabalho. In: ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. (org.). **Aprendizagem Contínua no Trabalho: possibilidades de novas práticas de controle de infecções hospitalares**. São José – SC: SOCEPRO, 2003. p. 23-32.

LEOPARDI, M. T. (org.); et al. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

MAIA, D. Nem Sempre o Problema é Grave. Revista Ser Humano. In: JACQUES, W. C. A. **Prevenção e Controle do Estresse**. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Diretoria Regional do Rio Grande do Sul, 1992.

\_\_\_\_\_. Aspectos Multidimensional de Controle do Estresse. Zero Hora. In: JACQUES, W. C. A. **Prevenção e Controle do Estresse**. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Diretoria Regional do Rio Grande do Sul, 1992.

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. de. Suporte Avançado à Vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. In: **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.5, p.584-589, out., 2002. ISSN 0034-8910.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. do. Enfermagem e Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar: descaminhos e perspectivas. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.1, p. 71-75, jan./fev., 2003. ISSN 0034-7167.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. v.1. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. p. 209-232.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. In: **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

MINAYO, M. C. de S.; et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.



\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento** - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p.130-132.

O'DONNELL, K. **A Alma no Negócio Para Uma Gestão Positiva**. 1.ed. São Paulo: Editora Gente, 1992. p. 33-42.

OPPERMANN, C. M. Controle de Infecção em Emergência. In: ESTRAN, N. V. B. (coord.); MACHADO, C. S. (org.); et al. **Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 310-333.

PAVELQUEIRES, S.; et al. **Mast – Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma e Emergências Clínicas**. Módulo de Emergências Cardiovasculares. 5.ed. Pernambuco, 2002.

PIRES, D. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.); et al. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN/RS. **Sobre o DETRAN-RS**. Apresentação. s.d.a. Disponível em: <<http://www.detrans.rs.gov.br>>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. Departamento Estadual de Trânsito. **Sobre o DETRAN-RS**. Posição do DETRAN-RS no Sistema Estadual de Trânsito. s.d.b. Disponível em: <<http://www.detrans.rs.gov.br>>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN/RS. **Estatísticas**. s.d.c. Disponível em: <[http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/acid\\_97\\_2003.htm](http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/acid_97_2003.htm)>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN/RS. **Estatísticas**. s.d.d. Disponível em: <[http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/vitimas\\_fatais\\_97\\_2003.htm](http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/vitimas_fatais_97_2003.htm)>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN/RS. **Estatísticas**. s.d.e. Disponível em: <[http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/vitimas%20\\_nao\\_fatais\\_97\\_2003.htm](http://www.detrans.rs.gov.br/estatisticas/2003/vitimas%20_nao_fatais_97_2003.htm)>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria dos Transportes. Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem – DAER. **Acidente de Trânsito no RS**. Número de Acidentes de 1991 a 2004. s.d.f. Disponível em: <<http://www.daer.rs.gov.br>>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Núcleo de Informações em Saúde do Rio Grande do Sul (NIS/DAS/SES/RS) **Dados sobre Mortalidade até 2003**. Indicadores Gerais. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/das/nis\\_indicadores\\_gerais.php](http://www.saude.rs.gov.br/das/nis_indicadores_gerais.php)>. Acesso em: 04 de abril de 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria dos Transportes. Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem - DAER. **Batalhão de Polícia Rodoviária**. Atualizado em 15 de abril de 2004a. Disponível em: <<http://www.daer.rs.gov.br/bprv/bprv.htm>>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria dos Transportes. Departamento Autônomo de Estradas de Rodagem - DAER. **Batalhão de Polícia Rodoviária – Histórico**. Atualizado em 15 de abril de 2004b. Disponível em: <[http://www.daer.rs.gov.br/bprv/bprv\\_historico.htm](http://www.daer.rs.gov.br/bprv/bprv_historico.htm)>. Acesso em: agosto de 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. 6º Batalhão de Polícia Militar - BPM. **Relatório**. Rio Grande do Sul, 2005. Relatório. Impresso.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Justiça e da Segurança. Brigada Militar. **Comando Rodoviário - Histórico**. Desde 01 de março de 2006. Disponível em: <<http://www.brigadamilitar.rs.gov.br/crbm/index.asp?link=4>>. Acesso em: 26 de março de 2006.

ROCHA, P. K.; et al. Assistência de Enfermagem em Serviço Pré-Hospitalar e Remoção Aeromédica. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.6, p. 695-698, nov./dez., 2003. ISSN 0034-7167.

RODRIGUES, M. C. L. Perfil do Socorrista e Procedimentos Operacionais. In: OLIVEIRA, B. F. M.; et al. **Trauma**: atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 01-04

ROSSI, A. M. Estresse e Trabalho. Especial para Editorial Vida/Zero Hora. In: JACQUES, W. C. A. **Prevenção e Controle do Estresse**. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Diretoria Regional do Rio Grande do Sul, 1992.

ROSSI, F. R. **Tecnologias Leves nos Processos Gerenciais do Enfermeiro**: Contribuição para o cuidado humanizado. 2003. 118 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. da. Fundamentos para Processos Gerenciais na Prática do Cuidado. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n.4, p. 460-468, 2005.

SCHMITZ, E. F. **Fundamentos da Didática**. 7. ed. São Leopoldo: Unisinos, 1993.

SILVA, M. J.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. **Educação Continuada**: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo: Marques Saraiva/ EDUSP, 1989.

SIQUEIRA, H. C. H. de. **O Enfermeiro e sua Prática Assistencial Integrativa**: construção de um processo educativo. Bagé: EDIURCAMP, 1998. 144 p.

\_\_\_\_\_. **As Interconexões dos Serviços no Trabalho Hospitalar**: um novo modo de pensar e agir. 2001. 283p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOS ESTRADAS. Estatísticas. **Anuário Estatístico 2002 (DENATRAN)**. Disponível em: <<http://sos.estradas.com.br/estatisticas.asp>>. Acesso em: 12 de abril de 2004.

VAZ, M. R. C. Trabalho em Saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. (org.); et al. **Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 57-70.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WHITAKER, I. Y.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; KOIZUMI, M. S. Gravidade do Trauma Avaliada na Fase Pré-Hospitalar. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.44, n.2, p. 111-119, abr./jun., 1998. ISSN 0104-4230.

WOLKER, L.; SCHMITT, M. H. P.; JÄCKEL, U. R. Atendimento Inicial na Sala de Politraumatizados. In: ESTRAN, N. V. B. (coord.); MACHADO, C. S. (org.); et al. **Sala de Emergência**: emergências clínicas e traumáticas. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 39-65.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 01

### Ofício à Secretária Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

Sra. Maria Antonieta Lavoratti,

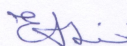
Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto a esta Instituição.

A proposta de trabalho envolve o serviço de resgate e transporte de vítimas de trauma da Instituição e será desenvolvida a partir do conhecimento da estrutura e funcionamento do mesmo, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

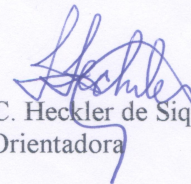
Entendo que a pesquisa a ser elaborada poderá contribuir na construção do conhecimento, não apenas de forma individual, mas especialmente coletiva, pois envolverá além das Instituições prestadoras desse serviço, os profissionais de saúde e a comunidade.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

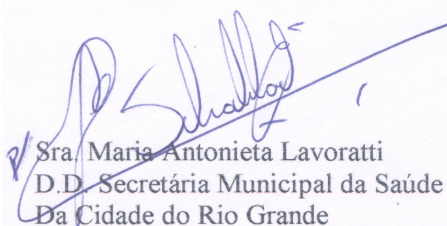
Atenciosamente



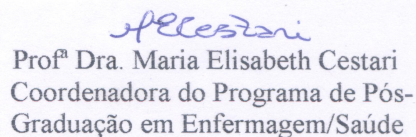
Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Sra. Maria Antonieta Lavoratti  
D.D. Secretária Municipal da Saúde  
Da Cidade do Rio Grande



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde

## APÊNDICE 02

### Ofício à Coordenadora do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

Sra. Lorena Giacobbo Rimoli,

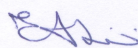
Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto a esta Instituição.

A proposta de trabalho envolve o serviço de resgate e transporte de vítimas de trauma da Instituição e será desenvolvida a partir do conhecimento da estrutura e funcionamento do mesmo, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

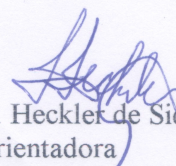
Entendo que a pesquisa a ser elaborada poderá contribuir na construção do conhecimento, não apenas de forma individual, mas especialmente coletiva, pois envolverá além das Instituições prestadoras desse serviço, os profissionais de saúde e a comunidade.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente



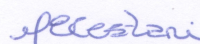
Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Sra. Lorena Giacobbo Rimoli  
D.D. Coordenadora do Serviço de  
Enfermagem da SMS



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde

### APÊNDICE 03

#### Ofício ao Responsável pelo Setor de Viaturas da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

Sr. Ronaldo Victória,

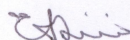
Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto a esta Instituição.

A proposta de trabalho envolve o serviço de resgate e transporte de vítimas de trauma da Instituição e será desenvolvida a partir do conhecimento da estrutura e funcionamento do mesmo, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

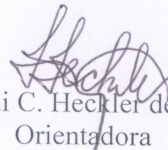
Entendo que a pesquisa a ser elaborada poderá contribuir na construção do conhecimento, não apenas de forma individual, mas especialmente coletiva, pois envolverá além das Instituições prestadoras desse serviço, os profissionais de saúde e a comunidade.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

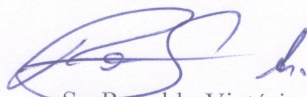
Atenciosamente



Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Sr. Ronaldo Victória  
D.D. Responsável pelo Setor de  
Viaturas da SMS



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde

## APÊNDICE 04

### Ofício ao 1º Sargento Comandante do Grupamento de Polícia Rodoviária Estadual da Cidade do Rio Grande

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

Sgt. Gilson Urrutia Caldas,

Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto a esta Instituição.

A proposta de trabalho envolve o serviço de resgate e transporte de vítimas de trauma da Instituição e será desenvolvida a partir do conhecimento da estrutura e funcionamento do mesmo, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

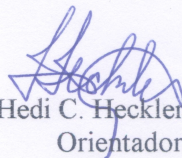
Entendo que a pesquisa a ser elaborada poderá contribuir na construção do conhecimento, não apenas de forma individual, mas especialmente coletiva, pois envolverá além das Instituições prestadoras desse serviço, os profissionais de saúde e a comunidade.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

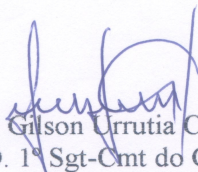
Atenciosamente



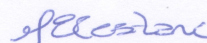
Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Sgt. Gilson Urrutia Caldas  
D.D. 1º Sgt-Cmt do GPRv - RG



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde



## APÊNDICE 05

### Ofício ao Coordenador da Área de Resgate da Empresa Concessionária da Região Sul – ECOSUL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

Sr. Djair Chaves,

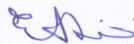
Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto a esta Instituição.

A proposta de trabalho envolve o serviço de resgate e transporte de vítimas de trauma da Instituição e será desenvolvida a partir do conhecimento da estrutura e funcionamento do mesmo, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel, da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

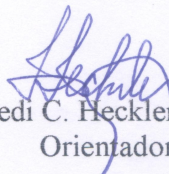
Entendo que a pesquisa a ser elaborada poderá contribuir na construção do conhecimento, não apenas de forma individual, mas especialmente coletiva, pois envolverá além das Instituições prestadoras desse serviço, os profissionais de saúde e a comunidade.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

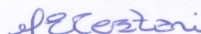
Atenciosamente



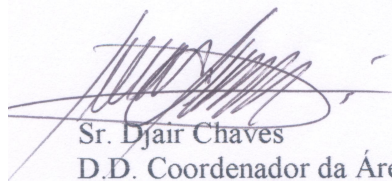
Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde



Sr. Djair Chaves  
D.D. Coordenador da Área de  
Resgate da ECOSUL

## APÊNDICE 06

### Ofício ao Secretário Municipal de Segurança, dos Transportes e do Trânsito da Cidade do Rio Grande

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

D.D. Secretário de Segurança, dos Transportes e do Trânsito do Município do Rio Grande  
Sr. Enoc Guimarães Braga,

Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. o levantamento dos dados estatísticos referentes aos acidentes de trânsito ocorridos nesta cidade, nos anos de 2003 e 2004.

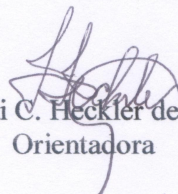
Estes dados são de fundamental importância para o desenvolvimento da proposta de trabalho que envolve o serviço de resgate de vítimas de trauma, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente



Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde

## APÊNDICE 07

### Ofício ao Tenente-Coronel Comandante do 6º Batalhão de Polícia Militar

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

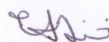
D.D. Tenente-Coronel Comandante do 6º Batalhão de Polícia Militar  
Sr. Paulo Roberto Lima de Castro,

Venho solicitar a V. S<sup>a</sup>. o levantamento dos dados estatísticos referentes aos acidentes de trânsito ocorridos nesta cidade, nos anos de 2003 e 2004.

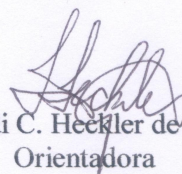
Estes dados são de fundamental importância para o desenvolvimento da proposta de trabalho que envolve o serviço de resgate de vítimas de trauma, com o seguinte objetivo: conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradeço, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, coloco-me ao inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente



Msc. Eveline do Amor Divino



Profª Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira  
Orientadora



Profª Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem/Saúde

## APÊNDICE 08

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A mestranda do curso de Pós-graduação da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG Eveline Do Amor Divino, está desenvolvendo esta pesquisa sob orientação da Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de Concentração: Enfermagem e Saúde da supracitada Universidade.

A pesquisa tem como objetivo conhecer a atuação dos profissionais componentes da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH móvel), da área da saúde, no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande.

Pelo presente termo, declaro que fui informado(a) em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada como “Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na Cidade do Rio Grande: Socorro às Vítimas de Trauma”. Declaro que fui informado(a) sobre:

- a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de privacidade, bem como proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos, considero-me livre e esclarecido(a), e portanto consinto em participar da presente pesquisa. Concedo a autora da pesquisa o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, sendo que será assinado em duas vias, o qual ficará uma via em poder do respondente e outra com a mestranda responsável pela pesquisa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pela Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura da Orientadora da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Contato com a responsável pela pesquisa pelo fone: (53) 32339227 ou então no Mestrado em Enfermagem - Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo – 4º andar. Rua General Osório, s/n

## APÊNDICE 09

### Roteiro da Entrevista para os Componentes da Equipe de APH móvel

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PESQUISADORA COORDENADORA DO PROJETO:  
Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

#### 1. Identificação

1.1 Pseudônimo

1.2. Idade

1.3. Sexo

1.4. Tempo de trabalho na instituição

1.5. Turno de trabalho: ( ) M ( ) T ( ) N

1.6 Escolaridade:

( ) Médio completo ( ) Técnico ( ) Superior incompleto

( ) Superior completo ( ) Pós-graduação em curso ( ) Pós-graduação

1.7. Função

#### 2. Questões Norteadoras da Entrevista

2.1. Infra-estrutura disponível para o APH móvel.

2.1.1. Recursos materiais

2.1.1.1. As ambulâncias existentes são destinadas para qual tipo de APH móvel?

( ) Suporte Básico à Vida ( ) Suporte Avançado à Vida

( ) Resgate ( ) Transporte Inter-hospitalar ( ) Outros

Quais?

2.1.1.2. Quantas ambulâncias são destinadas ao atendimento à vítima em situação de urgência e emergência no trauma?

2.1.1.3 Na sua opinião são suficientes? ( ) Sim ( ) Não

Por quê?

2.1.1.4. Quais os materiais e equipamentos disponíveis para o atendimento em cada ambulância?

2.1.1.5. Na sua opinião os materiais e os equipamentos satisfazem as necessidades para o atendimento? ( ) Sim ( ) Não

Por quê?

2.1.1.6. Por quem e de que forma é realizada a revisão do funcionamento de cada equipamento da ambulância? Qual a periodicidade?

2.1.1.7. Por quem e como é realizada a reposição do material de consumo nas ambulâncias do APH?

2.1.1.8. Como é realizada a limpeza, a desinfecção e a esterilização do material utilizado nas ambulâncias do APH?

## 2.1.2. Recursos Humanos

2.1.2.1. Quem você identifica como serviços de apoio ao desenvolvimento do trabalho da sua equipe de APH móvel?

2.1.2.2. Que tarefas são executadas pelos serviços de apoio?

2.1.2.3. Qual é a composição da sua equipe de APH móvel?

## 2.2. Atividades desenvolvidas pela equipe de APH móvel.

2.2.1. Quais são as ações desenvolvidas pelos integrantes da equipe de APH móvel?

2.2.2. Qual é sua carga horária de trabalho (semanal)?

2.2.3. Você considera o APH móvel um serviço necessário? ( ) Sim ( ) Não

Por quê?

## 2.3. Capacitação prévia

2.3.1. Existe capacitação prévia para a equipe que realiza o APH móvel?

( ) Sim ( ) Não

2.3.2. Você participou deste programa? ( ) Sim ( ) Não

2.3.3. Qual a carga horária mínima prevista para a capacitação prévia?

2.3.4. Como se realiza a capacitação prévia?

2.3.5. Quais os cinco pontos mais importantes que podem ser destacados na capacitação prévia?

## 2.4. Educação permanente

2.4.1. Existe educação permanente para a equipe que realiza o APH móvel? ( ) Sim

( ) Não

2.4.2. Você participou/participa?    ( ) Sim    ( ) Não

2.4.3. Qual a carga horária destinada à educação permanente?

2.4.4. Como se realiza a educação permanente?

2.4.5. Quais os cinco pontos mais importantes que podem ser destacados na educação permanente?

2.5. Quem coordena o APH móvel?

2.6. Como é realizada a coordenação?

2.7. Quais as principais dificuldades que você encontra para realizar o APH móvel?

2.8. Na sua opinião, como estas dificuldades poderiam ser resolvidas?

2.9. Como você descreveria o trabalho no APH móvel?





## **ANEXOS**

## **ANEXO 01**

### **Grupo de Causas da Classificação Internacional de Doenças - CID-10**

Capítulo - Grupo de Causas da CID-10

- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II. Neoplasias (tumores)
- III. Doenças do sangue, órgãos hemat e transtornos imunitários
- IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- V. Transtornos mentais e comportamentais
- VI. Doenças do sistema nervoso
- VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide
- IX. Doenças do aparelho circulatório
- X. Doenças do aparelho respiratório
- XI. Doenças do aparelho digestivo
- XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- XIV. Doenças do aparelho geniturinário
- XV. Gravidez, parto e puerpério
- XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
- XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
- XVIII. Sintomas e achados anormais em exame clínico e laboratorial
- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade

## ANEXO 02

### Mortalidade Proporcional – Principais grupos de causa por faixa etária do Rio Grande do Sul, 2003.

FAIXA ETÁRIA	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
< 1 ANO	Perinatal	Anomalias Congênicas	Aparelho Respiratório	Mal Definidas
	<b>53,5%</b>	<b>19,8%</b>	<b>7,9%</b>	<b>5,2%</b>
1 ANO	Causas Externas	Anomalias Congênicas	Infecciosas e Parasitárias	Aparelho Respiratório
	<b>18,5%</b>	<b>18,0%</b>	<b>16,4%</b>	<b>14,4%</b>
2 a 4	Causas Externas	Infecciosas e Parasitárias	Anomalias Congênicas	Aparelho Respiratório
	<b>27,1%</b>	<b>15,2%</b>	<b>13,8%</b>	<b>12,4%</b>
5 a 9	Causas Externas	Neoplasias	Sistema Nervoso	Aparelho Respiratório
	<b>43,7%</b>	<b>12,2%</b>	<b>10,6%</b>	<b>8,2%</b>
10 a 14	Causas Externas	Neoplasias	Sistema Nervoso	Aparelho Respiratório
	<b>45,1%</b>	<b>13,8%</b>	<b>7,6%</b>	<b>6,6%</b>
15 a 19	Causas Externas	Neoplasias	Sistema Nervoso	Aparelho Respiratório
	<b>72,9%</b>	<b>6,2%</b>	<b>4,0%</b>	<b>3,4%</b>
20 a 29	Causas Externas	Infecciosas e Parasitárias	Neoplasias	Mal Definidas
	<b>62,2%</b>	<b>13,7%</b>	<b>6,1%</b>	<b>3,2%</b>
30 a 39	Causas Externas	Infecciosas e Parasitárias	Neoplasias	Aparelho Circulatório
	<b>36,8%</b>	<b>17,5%</b>	<b>12,4%</b>	<b>10,2%</b>
40 a 49	Neoplasias	Aparelho Circulatório	Causas Externas	Infecciosas e Parasitárias
	<b>23,1%</b>	<b>21,7%</b>	<b>18,1%</b>	<b>8,9%</b>
50 a 59	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Causas Externas	Aparelho Respiratório
	<b>38,4%</b>	<b>27,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>7,9%</b>
60 E MAIS	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Aparelho Respiratório	Mal Definidas
	<b>38,0%</b>	<b>20,2%</b>	<b>15,3%</b>	<b>6,8%</b>
TODAS AS IDADES	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Aparelho Respiratório	Causas Externas
	<b>30,6%</b>	<b>19,5%</b>	<b>12,1%</b>	<b>9,6%</b>

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAS/SES/RS (Rio Grande do Sul, 2003).

ANEXO 03

Total de Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.

TOTAL

Grupos de Causas	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total	%
I	101	69	17	16	21	350	568	524	353	320	320	317	0	2.976	4,24
II	3	26	30	42	50	155	401	1.366	2.412	3.495	3.582	2.133	2	13.697	19,54
III	3	6	2	11	4	8	12	27	34	31	65	79	0	282	0,40
IV	51	20	4	13	5	33	57	169	427	753	971	919	0	3.422	4,88
V	0	0	2	1	5	18	61	116	130	68	67	89	1	558	0,80
VI	41	41	26	23	32	51	63	69	100	153	272	405	0	1.276	1,82
VIII	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	4	0,01
IX	8	7	6	15	21	78	330	1.279	2.452	4.156	6.094	7.034	2	21.482	30,64
X	188	57	20	20	27	81	123	335	684	1.600	2.410	2.945	3	8.493	12,11
XI	16	7	3	3	4	38	162	467	589	660	667	664	1	3.281	4,68
XII	1	2	1	0	0	0	2	6	9	13	25	49	0	108	0,15
XIII	0	2	2	1	5	8	21	24	33	65	63	61	0	285	0,41
XIV	0	5	4	2	6	13	24	47	107	140	244	361	0	953	1,36
XV	0	0	0	2	9	29	45	11	0	0	0	0	0	96	0,14
XVI	1.271	8	1	3	1	3	1	1	0	0	0	0	0	1.289	1,84
XVII	469	68	14	11	9	16	11	9	10	11	5	3	0	636	0,91
XVIII	123	25	6	4	19	82	170	386	620	824	970	1.282	18	4.529	6,46
XX	98	111	107	137	586	1.586	1.193	1.071	686	487	359	304	20	6.745	9,62
Total	2.374	454	245	304	804	2.549	3.246	5.907	8.646	12.777	16.114	16.645	47	70.112	100,0

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAS/SES/RS (Rio Grande do Sul, 2003).

ANEXO 04

Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo Masculino e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.

SEXO MASCULINO

Grupos de Causas	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total	%
I	57	37	10	11	11	222	422	368	240	199	142	110	0	1.829	4,62
II	1	19	13	22	29	88	177	677	1.395	2.162	2.074	1.072	2	7.731	19,54
III	3	5	1	4	2	3	8	14	18	14	24	22	0	118	0,30
IV	25	12	2	7	4	20	22	78	238	360	399	262	0	1.429	3,61
V	0	0	2	0	5	13	50	102	114	54	48	31	1	420	1,06
VI	19	23	13	13	20	35	45	46	67	91	139	140	0	651	1,65
VIII	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0,01
IX	5	2	2	13	13	43	185	772	1.536	2.565	3.110	2.480	2	10.728	27,11
X	115	29	11	10	16	55	84	201	439	1.047	1.518	1.428	3	4.956	12,53
XI	8	2	1	1	3	20	116	350	436	447	363	255	1	2.003	5,06
XII	1	1	1	0	0	0	0	5	6	7	7	7	0	35	0,09
XIII	0	2	1	0	2	3	9	9	15	22	19	14	0	96	0,24
XIV	0	2	2	0	4	6	13	20	62	83	134	167	0	493	1,25
XVI	710	5	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	720	1,82
XVII	256	38	7	7	6	9	8	3	4	3	3	2	0	346	0,87
XVIII	71	20	3	3	10	55	117	272	436	544	552	476	15	2.574	6,51
XX	54	68	68	96	488	1.408	1.031	898	581	371	227	128	16	5.434	13,73
Total	1.326	265	138	189	613	1.981	2.289	3.816	5.587	7.969	8.759	6.594	40	39.566	100,0

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAS/SES/RS (Rio Grande do Sul, 2003).

ANEXO 05

Óbitos e Proporção por Grupos de Causas – CID 10, Sexo Feminino e Idade de Residentes no Rio Grande do Sul, 2003.

SEXO FEMININO

Grupos de Causas	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total	%
I	44	32	7	5	10	128	146	156	113	121	178	207	0	1.147	3,76
II	2	7	17	20	21	67	224	689	1.017	1.333	1.508	1.061	0	5.966	19,54
III	0	1	1	7	2	5	4	13	16	17	41	57	0	164	0,54
IV	26	8	2	6	1	13	35	91	189	393	572	657	0	1.993	6,53
V	0	0	0	1	0	5	11	14	16	14	19	58	0	138	0,45
VI	22	18	13	10	12	16	18	23	33	62	133	265	0	625	2,05
VIII	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,00
IX	3	5	4	2	8	35	145	507	916	1.591	2.984	4.554	0	10.754	35,21
X	73	28	9	10	11	26	39	134	245	553	892	1.517	0	3.537	11,58
XI	8	5	2	2	1	18	46	117	153	213	304	409	0	1.278	4,18
XII	0	1	0	0	0	0	2	1	3	6	18	42	0	73	0,24
XIII	0	0	1	1	3	5	12	15	18	43	44	47	0	189	0,62
XIV	0	3	2	2	2	7	11	27	45	57	110	194	0	460	1,51
XV	0	0	0	2	9	29	45	11	0	0	0	0	0	96	0,31
XVI	561	3	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	569	1,86
XVII	209	30	7	4	3	7	3	6	6	8	2	1	0	286	0,94
XVIII	52	5	3	1	9	27	53	114	184	280	418	806	2	1.954	6,40
XX	44	43	39	41	98	178	162	173	105	116	132	176	3	1.310	4,29
Total	1.044	189	107	115	191	568	957	2.091	3.059	4.808	7.355	10.051	5	30.540	100,0

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAS/SES/RS (Rio Grande do Sul, 2003).

**ANEXO 06**

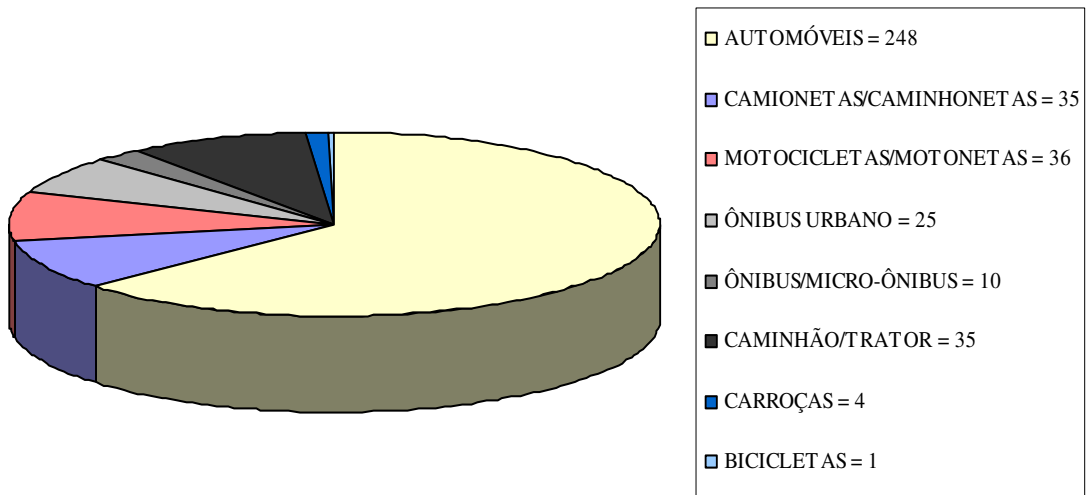
**Resumo da Acidentalidade no Período de 1991 a 2004 nas Rodovias Estaduais do Rio Grande do Sul.**

	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Nº de Acidentes</b>	4.588	4.914	5.405	5.716	6.388	7.521	8.411	7.754	7.960	7.771	8.056	9.138	9.110	10.288
<b>Nº de Mortes</b>	357	361	339	324	361	436	452	364	354	343	377	420	431	468
<b>Nº de Feridos</b>	4.173	4.098	4.713	4.369	4.652	4.657	5.708	4.657	4.954	4.916	5.272	5.791	5.826	6.704
<b>Nº de Veículos Envolvidos</b>	7.175	7.796	8.579	9.051	10.312	12.656	13.625	12.656	12.860	12.457	12.950	14.597	14.584	16.642

Fonte: Rio Grande do Sul, s.d.f

## ANEXO 07

**Demonstrativo dos Tipos de Veículos Envolvidos em Acidentes de Trânsito com Danos Materiais, sem Vítimas, Atendidos pelos Agentes de Fiscalização de Trânsito e Transporte no Período de Janeiro a Outubro do ano de 2004, na Cidade do Rio Grande.**

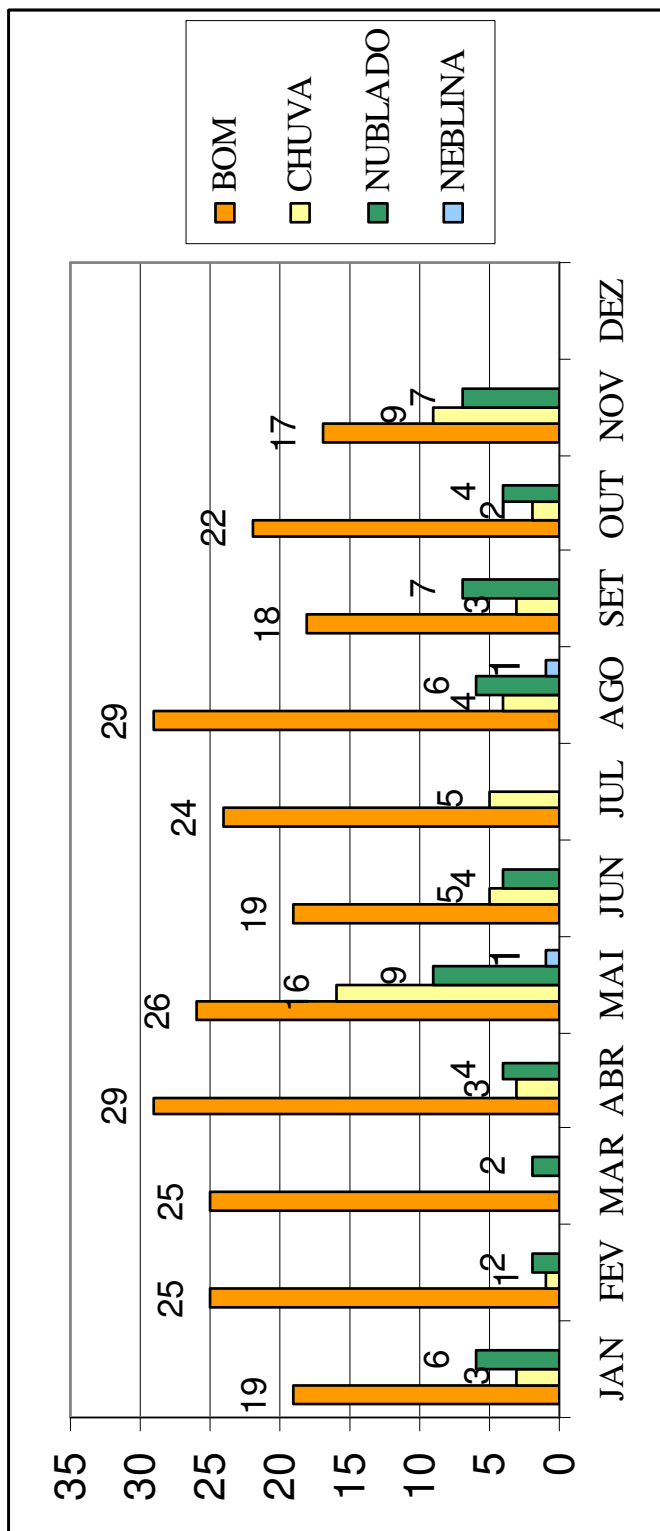


Fonte: Cidade do Rio Grande, 2005



## ANEXO 08

**Comparativo de Ocorrências de Acidentes de Trânsito com Danos Materiais, sem Vítimas, e o Tipo de Clima, no ano de 2004, na Cidade do Rio Grande.**



Fonte: Cidade do Rio Grande, 2005

## ANEXO 09

### **Trecho do Projeto para Implantação e Implementação do Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar (SEMREPH) da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio Grande, Elaborado em 2004.**

Uma das propostas do Projeto para a implantação e implementação do Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar (SEMREPH) elaborado em 2004 por Rimoli<sup>29</sup> (2004), é a criação de protocolos de regulação, técnicos, de tratamento, de recusa de atendimento, de óbito à chegada do SEMREPH, de óbito na ambulância, de escalas e descritivo formal das funções de cada componente. Além disso, pretende-se implantar a Central de Regulação Médica, de radiocomunicação através do 192 e a requisição do 192. Determinar as áreas de atuação e o(s) local(is) de sede e divulgar o serviço na comunidade também estão entre as propostas do SEMREPH.

Os objetivos do SEMREPH são: equipar o serviço municipal de resgate SEMREPH; diminuir o tempo de remoção aos serviços de referência; reduzir lesões decorrentes dos quadros agudos através de um atendimento qualificado; melhorar a qualidade do serviço de remoção de urgência e emergência; e dar retaguarda às unidades básicas e de saúde da família; promover capacitação multiprofissional dos componentes da equipe do SEMREPH periodicamente.

Para o desenvolvimento do projeto e um atendimento de qualidade são necessários os recursos humanos e os recursos materiais. A implantação do projeto requer uma equipe multiprofissional composta por médicos (14), enfermeiras (7), auxiliares de enfermagem (7), motoristas (7) e telefonistas (7) (RIMOLI, 2004). Os recursos materiais para o desempenho do serviço estão divididos em permanentes e de consumo. Os permanentes são os sinalizadores óticos e acústicos, os equipamentos de radiocomunicação fixo e móvel, o respirador, o oxímetro, o desfibrilador, as pranchas rígidas, o ked, o colar cervical, os coletes reflexivos, os óculos de proteção, as talas, as lanternas de mão, a rede de oxigênio, o cilindro de oxigênio portátil com válvula, o estetoscópio adulto e o infantil, o esfigmomanômetro adulto e o infantil, os lençóis protetores de queimados e cobertores. Entre os materiais de consumo estão os medicamentos, soros, cânulas orofaríngeas, compressas cirúrgicas, ataduras, luvas, gases, seringas, agulhas, catéter para oxigênio, sondas de aspiração e clamps umbilicais, entre outros materiais que necessitam ser repostos diariamente conforme a necessidade e a utilização.

As viaturas para o atendimento estão classificadas em Tipo A - para pacientes que não apresentam risco de morte, denominados eletivos; Tipo B - para pacientes com baixo risco de morte; Tipo C - resgate de acidentes ou em locais de difícil acesso; e os veículos adaptados para o transporte de pacientes sentados para simples remoções.

---

<sup>29</sup> RIMOLI, L. G. Projeto: Serviço Municipal de Resgate Pré-Hospitalar - SEMREPH. Secretaria Municipal da Saúde de Rio Grande. 2004. 04 p. Trabalho não publicado.

ANEXO 10

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Fundação  
Universidade Federal do Rio Grande – FURG



**CEPAS**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Fundação Universidade Federal do Rio Grande  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP  
Avenida Itália km 08 - Cam pus Caracóis - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900  
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 8822  
E-Mail: [propeap@furg.br](mailto:propeap@furg.br) - Homepage: <http://www.propeap.furg.br>

**PARECER Nº 11 / 2007**

PROCESSO Nº 23116.2691/6.34

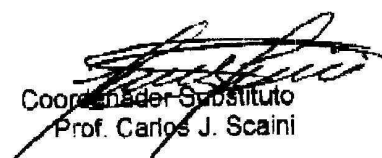
TÍTULO DO PROJETO: Atuação da Equipe da Enfermagem no Atendimento  
Pré-Hospitalar Móvel.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Hedi C. Heckler Sirqueira

**PARECER DO CEPAS:**

Aprovado. No processo consta a documentação exigida pela Instrução Normativa  
Nº 003/2004 CEPAS/PROPESP.

Rio Grande, RS, em 22 de março de 2007.

  
Coordenador Substituto  
Prof. Carlos J. Scaini

ANEXO 11

Registro de Ocorrência Utilizado na Instituição/serviço Esmeralda (Frente)

REGISTRO DE OCORRÊNCIAS														
DATA DA OCORRÊNCIA		OCORRÊNCIA Nº	VIATURA	ROTA	LOCAL DA OCORRÊNCIA (km)	RODOVIA								
04/10/2015		51	VR-01	02	KM 54+50	392								
SENTIDO		VÍTIMAS		VÍTIMA EM ÓBITO		CHUVA	OBRAS NA PISTA							
<input type="checkbox"/> NORTE <input type="checkbox"/> LESTE <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/> SUL <input type="checkbox"/> OESTE		<input type="checkbox"/> SIM Nº 01 <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> ANTES DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> DURANTE:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
ACIONAMENTO		CHEGADA NO LOCAL:		CHEGADA NO HOSPITAL:		TÉRMINO DE ATENDIMENTO:								
A 50 h 11:520 Km		16:01 h 11:522 Km		16:58 h 11:537 Km		19:00 h 11:537 Km								
SAÍDA DA BASE:		SAÍDA DO LOCAL:		SAÍDA DO HOSPITAL:		CHEGADA NA BASE:								
A 56 h 11:520 Km		18:48 h 11:522 Km		19:00 h 11:537 Km		19:20 h 11:548 Km								
NOME DA VÍTIMA		IDADE	SEXO	TELEFONE										
		40	M											
ENDEREÇO (Rua, número, bairro, etc.)		MUNICÍPIO		UF										
Aparecida do Norte		Mogi Mirim		RS										
TIPO DE OCORRÊNCIAS		TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO			SITUAÇÃO DA VÍTIMA		POSIÇÃO DA VÍTIMA NO VEÍCULO							
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> QUEDA DE NÍVEL <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> INCÊNDIO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> FERIMENTOS: <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> SALVAMENTO: <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> OUTRO:		<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> AQUAPLANAGEM <input type="checkbox"/> DERRAPAGEM <input type="checkbox"/> QUEDA DE BICICLETA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO			<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> COLISÃO C/ OBJ. FIXO <input type="checkbox"/> COLISÃO COM ANIMAIS <input type="checkbox"/> OUTRO:		<input type="checkbox"/> A PÉ <input type="checkbox"/> COM AUTO <input type="checkbox"/> COM BICICLETA <input type="checkbox"/> COM MOTO <input type="checkbox"/> COM CAMINHÃO <input type="checkbox"/> OUTRO:		<input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> DIANTEIRO DIREITO <input type="checkbox"/> TRASEIRO ESQUERDO <input type="checkbox"/> TRASEIRO CENTRAL <input type="checkbox"/> TRASEIRO DIREITO <input type="checkbox"/> CAÇAMBA					
SEGURANÇA		POSICÃO QUE A VÍTIMA SE ENCONTRAVA NO ACIDENTE			CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE - VÍTIMA									
<input type="checkbox"/> USAVA CINTO <input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> HÁLITO ETÍLICO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> ENCARCERADO <input type="checkbox"/> EJETADO									
MARCA		MODELO			PLACA									
SINAIS VITAIS E EVOLUÇÃO														
HORÁRIO	CÓDIGO	RESPIRAÇÃO	P.A.	PULSO	SAT. O <sub>2</sub>	E. COMA	E. TRAUMA	OBSERVAÇÕES DE SSV E EVOLUÇÃO						
	15:30		110/70	80	98%									
PRINCIPAIS LESÕES		CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOMEN	MSD	MSE	MID	MIE	DORSO	REG. PÉLVICA	MEDICAMENTOS UTILIZADOS	
1-ESCORIAÇÕES / ABRASÃO 2-FERIDA CORTO-CONTUSA 3-FERIDA PERFURANTE 4-CONTUSÃO 5-FRATURA FECHADA 6-FRATURA ABERTA 7-LUXAÇÃO 8-AMPUTAÇÃO 9-QUEIMADURA 10-OUTRO:													TIPO: QTD: VIA: OBS:	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS														
<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> QUEDEL <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL <input type="checkbox"/> PUNÇÃO CRICOTIREÓDEA <input type="checkbox"/> CRICOTIREÓDOSTOMIA		<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO AMBU <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO RESPIRADOR <input type="checkbox"/> TORACENTESE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> DRENAGEM TÓRAX <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTESE <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARD. EXTERNA		<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO CARDÍACA <input type="checkbox"/> DESFIBILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES <input type="checkbox"/> CURATIVO COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> OXIGENOTERAPIA		<input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA <input type="checkbox"/> IMOB. COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO CRÂNIO		<input type="checkbox"/> IMOB. TABUA <input type="checkbox"/> IMOB. KED <input type="checkbox"/> IMOB. TRACÃO DE FEMUR <input type="checkbox"/> IMOB. TALA <input type="checkbox"/> OUTRO:						
DESTINO DA VÍTIMA		OBSERVAÇÕES QUANTO AO DESTINO												
<input type="checkbox"/> LIBERADA NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTADA AO HOSPITAL: <i>Alberque</i> <input type="checkbox"/> PELA EQUIPE <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRE/PRF <input type="checkbox"/> OUTROS:		Transporte realizado pelo CCA, à residência de Curitiba, e Hotel ético da Rodovia de Alberque												
DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS				LEGENDA DO TIPO DE VEÍCULO										
Nº	TIPO	MARCA E MODELO	PLACA	Nº OCUP.	ILESO	LEVE	GRAVE	ÓBITO	A - AUTOMÓVEL	O - ÔNIBUS	PP - PROD. PERIGOSOS			
									C - CAMINHÃO	M - MOTO	X - OUTROS			
									F - FURGÃO	B - BICICLETA				
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS														
<input type="checkbox"/> CONES OU FITAS <input type="checkbox"/> LUKAS <input type="checkbox"/> MATERIAL DE RESGATE <input type="checkbox"/> FERRAMENTAS						<input type="checkbox"/> MOTO ESMERIL <input type="checkbox"/> BOMBA DE INCÊNDIO <input type="checkbox"/> EXTINTORES <input type="checkbox"/> OUTRO:								
PRODUTOS PERIGOSOS						PROCEDIMENTOS DO RESGATE								
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL?						<input checked="" type="checkbox"/> PROTEÇÃO E SINALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESENCARCERAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> RESGATE DA VIDA <input type="checkbox"/> SALVAMENTO <input type="checkbox"/> EXTINÇÃO DE INCÊNDIO <input type="checkbox"/> OUTRO:								
RECUSA DE ATENDIMENTO E/OU REMOÇÃO DA VÍTIMA														
E.U., _____ RG: _____ <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO, <input type="checkbox"/> REMOÇÃO, ISENTANDO A CONCESSIONÁRIA _____, BEM COMO O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E A SMR-SOCORRO MÉDICO E RESGATE LTDA., DE QUALQUER RESPONSABILIDADE DECORRENTE DESTA DECISÃO.														
ASSINATURA DO RECUSANTE				TESTEMUNHA				TESTEMUNHA						
MÉDICO / CRM:				MOTORISTA / SOCORRISTA:				RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES						
ENFERMAGEM / COREN:				AUX. TEC. ENFERMAGEM / COREN:				NOME, CARIMBO E ASSINATURA						
				<i>Daniela</i>										
				<i>Vanessa</i>										
				<i>Vanessa</i>										

## ANEXO 12

### Registro de Ocorrência Utilizado na Instituição/serviço Esmeralda (Verso)

ESCALA DE GLASGOW - ADULTO			ESCALA DE TRAUMA - ADULTO		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	RESPIRAÇÕES/MIN.	PA MÁXIMA	GLASGOW
	5 - ORIENTADO	5 - OBEDECE	4 = 10 à 20	4 = > 99	4 = 13 à 15
	4 - ESPONTÂNEA	4 - RETIRADA À DOR	3 = > 20	3 = 76 à 89	3 = 9 à 12
	3 - À VOZ	3 - FLEXÃO ANORMAL	2 = 6 à 10	2 = 50 à 75	2 = 6 à 8
	2 - À DOR	2 - EXTENSÃO	1 = 1 à 5	1 = 1 à 49	1 = 4 e 5
	1 - AUSENTE	1 - AUSENTE	0 = 0	0 = 0	0 = 3

ESCALA DE GLASGOW - INFANTIL			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL MAIOR QUE 24 MESES	RESPOSTA VERBAL MENOR QUE 24 MESES	RESPOSTA MOTORA MENOR QUE 24 MESES
	5 - COMPREENSÍVEL	5 - BALBUÇIA, FIXA O OLHAR, ACOMPANHA COM O OLHAR	6 - RESPONDE PRONTAMENTE
	4 - ESPONTÂNEA	4 - CHORO, IRRITADO, OLHOS FIXOS, ACOMPANHA INCONSTANTEMENTE	5 - LOCALIZA O ESTÍMULO TÁCTIL OU DOLOROSO
	3 - APÓS ORDEM VERBAL	3 - CHORO À DOR, ACORDA MOMENTANEAMENTE	4 - DEFENDE O SEGMENTO DO ESTÍMULO DOLOROSO NÉLE PROVOCADO
	2 - APÓS ESTÍMULO DOLOROSO	2 - GEMIDO À DOR, AGITAÇÃO MOTORA	3 - MOVIMENTOS DESORDENADOS SEM RELAÇÃO COM O ESTÍMULO DOLOROSO
	1 - AUSENTE	1 - AUSENTE	2 - EXTENSÃO DAS QUATRO EXTREMIDADES
		1 - COMA PROFUNDO, SEM CONTATO COM O AMBIENTE	1 - AUSENTE (PARALISIA FLÁCIDA)

MATERIAL	CONSUMO
AAS comprimido Adulto	Guedel nº 00
AAS comprimido infantil	Guedel nº 01
Capoten - cápsulas	Guedel nº 02
Adrenalina 1mg - 1ml	Guedel nº 03
Água destilada injetável 5ml	Guedel nº 04
Água Oxigenada 1lt	Guedel nº 05
Aminofilina injetável 10ml	Intracath n. 16
Atropina 1ml injetável	Intracath n. 19
Berotec gotas 0,5% - 20ml	Intracath n. 22
Brycanil 0,5mg - 1ml injetável	Lâmina para Bisturi nº 23
Buscopan injetável 5ml (Bioscina)	Lençol descartável
Buscopan injetável 1ml (Bioscina)	Luva nº 7,5
Buscopan composto - gotas	Luva nº 8,0
Cedilanide injetável 0,2mg/2ml	Luva nº 8,5
Dilacorin injetável 2ml	Máscara Cirúrgica
Dipirona injetável 50% 2ml - Novalgina	Micropore 50x105cm
Dormonid 15mg/3ml injetável	Óculos de proteção
Glicose injetável 50% 10ml	Oxigênio
Hidrocodiona injetável 500mg/frasco	Papel Toalha
Isodril SL comprimido 5mg	Pilhas G
Ketalar injetável 10ml frasco	Pilhas M
Lasix 2ml injetável 0,24mg	Pilhas P
Lidocaina Geléia	Polífix 2 vias
Plasil gotas	Saco para Lixo Hospitalar G
Plasil (Metoclopramida) injetável 10mg 2ml	Saco para Lixo Hospitalar M
Povidini	Saco para Lixo Hospitalar P
Quelicin frasco 100mg/5ml	Seringa 10ml
Soro fisiológico 500ml	Seringa 20ml
Soro Glicosado 5% 500ml	Seringa 5ml
Soro Ringer c/ lactato 500ml	Sonda Aspiração nº 06
Voltaren 3ml - Dicofenaco de Sódio	Sonda Aspiração nº 08
Xylocaina 2% s/ vaso dilatador / 20ml	Sonda Aspiração nº 12
Gel para monitor (Med Systems) 100g	Sonda Aspiração nº 16
Abocath nº 14	Sonda Aspiração nº 18
Abocath nº 16	Sonda Endotraqueal nº 2,5
Abocath nº 18	Sonda Endotraqueal nº 3,0
Abocath nº 20	Sonda Endotraqueal nº 3,5
Abocath nº 22	Sonda Endotraqueal nº 4,0
Abocath nº 24	Sonda Endotraqueal nº 4,5
Aguihas 25x7	Sonda Endotraqueal nº 5,0
Aguihas 30x8	Sonda Endotraqueal nº 5,5
Ataduras de crepe 10cm	Sonda Endotraqueal nº 6,0
Ataduras de crepe 15cm	Sonda Endotraqueal nº 6,5
Ataduras de crepe 20cm	Sonda Endotraqueal nº 7,0
Bandagem triangular	Sonda Endotraqueal nº 7,5
Cadafco Umbilical	Sonda Endotraqueal nº 8,0
Compressa cirúrgica c/ 2 unidades	Sonda Endotraqueal nº 8,5
Conj. Eletrodos c/ 3 unidades (NIKO)	Sonda Nasogástrica nº 06
Luva de procedimento	Sonda Nasogástrica nº 08
Equipamento de soro	Sonda Nasogástrica nº 12
Espádrapo 10x4,5	Sonda Nasogástrica nº 16
Fio de algodão 3,0	Sonda Nasogástrica nº 18
Fio Mononylon 2,0	Talãs de Papelão
Fio Mononylon 4,0	Travesseiro
Fronha descartável	Outros:
Gaze esterilizada C/10	
Observações Gerais:	

RESPOSTA MOTORA MENOR QUE 24 MESES

RESPOSTA MOTORA MAIOR QUE 24 MESES

ASSINATURA DO RESCATE	TESTEMUNHA	TESTEMUNHA	MÉDICO / CRM

ASSINATURA DO RESCATE	MÉDICO / CRM

ASSINATURA DO RESCATE	MÉDICO / CRM

ASSINATURA DO RESCATE	MÉDICO / CRM