

ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: gestão de serviço

MOBILE EMERGENCY CARE: service management

**Leticia Silveira Cardoso¹, Mariana Xavier Bertoncello², Paulo Sergio Ceretta³,
Valdecir Zavarese da Costa⁴, Laureлизe Pereira Rocha⁵, Marta Regina Cezar-Vaz⁶**

RESUMO

Objetivou-se compreender a funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Investigação realizada pela técnica de entrevista semiestruturada gravada com 16 profissionais e analisada pela abordagem qualitativa temática composta por pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados. Desta emergiram as categorias: As ações do SAMU; Finalidades do SAMU; Contribuições do SAMU para o trabalho em Pronto Socorro; Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU. Os resultados descrevem respectivamente os primeiros socorros; o deslocamento e a agilização do trabalho e; ratificados nos contrassensos como benefícios. Deste conjunto de informações pode-se concluir que a implantação está viabilizada e o funcionamento disponibiliza o suporte avançado à vida. Assim como, a comunicação interprofissionais é um aspecto positivo, já a investigação clínica do profissional regulador com o solicitante, não.

Descritores: Socorro de Urgência; Inter-relação; Enfermagem.

ABSTRACT

Aimed to understand the functionality of the work process of the Mobile Emergency Care Service from the perspective of active nurses in the emergency room. Investigation by semistructured interview technique with 16 professional recorded and analyzed by qualitative thematic approach consists of pre-analysis, material exploration, processing and interpretation of data. This emerged categories: The SAMU actions; Purposes of SAMU; Contributions SAMU to work in Emergency; Misinterpretations in the centralization of SAMU services. The results describe respectively first aid; displacement and speed up the work and; ratified in misinterpretations as benefits. This set of information can conclude that the implantation operation is made possible and provides advanced life support. As well as the intercommunication is a good thing, since clinical research professional regulator with the requestor, no.

Descriptors: Emergency Relief; Interrelation; Nurse.

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, RS, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade da Região da Campanha (URCAMP), Bagé, RS, Brasil.

³ Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Doutor em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

O Atendimento Móvel de Urgência constitui-se em um serviço de atenção primária à saúde. Situa-se pré-ambiente hospitalar e as ações dos profissionais de saúde permitem a interação com o ambiente hospitalar¹. A finalidade deste serviço está em propiciar assistência a pessoas em situações de urgência e emergência clínica ou traumática. Tal assistência deve ter início no próprio local em que se encontra o paciente² para que se garantam não somente os direitos sociais dos cidadãos como também a manutenção da vida, direito constitucional³.

Manutenção da vida que representa um dos fundamentos da ciência da enfermagem e que na especificidade deste serviço promove o acesso à informação, a cuidados e a outros níveis de suporte à vida⁴. Acesso de evidente necessidade para a sociedade, reforçado em diferentes políticas públicas de saúde, tais como a de redução de morbimortalidade por causas externas e violência⁵.

Políticas que demonstram a crescente incidência de acidentes e o aumento de vítimas relacionadas à violência urbana que implicam em um trabalho complexo de assistência a estas pessoas⁶. Complexidade que imbricou na gestão centralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), via Central de Regulação Médica. Compreendendo-se gestão como o modo estratégico planejado e elaborado para ordenar o processo de trabalho em uma empresa⁷.

Os profissionais de saúde atuantes na Central de Regulação exercem papel fundamental para a organização e qualificação da relação entre os vários serviços de saúde. Favorecem o direcionamento do fluxo de pacientes no sistema de saúde considerando as especificidades e a capacidade de atendimento das unidades de pronto socorro e dos hospitais do município⁸. Ela responde ainda pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população pelo número 192, de forma gratuita⁹.

Pode se dizer que estruturar e ampliar o serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) é um dos focos principais da Política Nacional de Atenção às Urgências. Porém, tal estruturação não tem acontecido de forma igualitária em todos os municípios brasileiros¹⁰. Em muitos lugares ainda não se conseguiu implantar o serviço, motivo pelo qual se considerou relevante compreender a funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Acredita-se que este estudo irá proporcionar subsídios para o APH ser implantado em outros municípios do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Revisão de Literatura

O APH surge no Brasil como um serviço que atende pessoas em situações de urgência ou emergência. Esta caracterizada pela imediatez de um cuidado especializado com fins a evitar o óbito ou mesmo complicações clínicas graves. Já aquela se define por uma situação que compromete ou oferece risco à saúde de uma ou mais pessoas¹¹.

Anteriormente a implantação do SAMU, o APH operacionalizava-se pelo trabalho do Corpo de Bombeiros que se deslocava para o atendimento das pessoas. E, já no local realizava os cuidados do suporte básico à vida (SBV). Cuidados representados por procedimentos não invasivos como a imobilização em prancha longa¹³.

Concomitantemente com os avanços tecnológicos a sociedade ao usufruí-los expôs-se a um maior grau de risco, o que tornou a implementação do suporte avançado à vida (SAV), necessidade¹⁴. Necessidade socioambiental que associa as pessoas ao Estado, ou seja, configura-se no cumprimento do direito à vida pelos representantes do Estado por meio do acesso aos serviços de saúde¹⁵. Acesso viabilizado pelo SAMU que está padronizado em todo o território brasileiro para ser acionado pela discagem rápida e gratuita do número 192¹⁶.

Tal implementação não ocorre de modo homogêneo entre os municípios, pois em alguns o serviço ainda inexistente¹⁶. Inexistência que se contrapõe a proposição da Política Nacional de Atenção às Urgências¹. E, paralelamente a estudos que enfatizam o aprimoramento dos profissionais de nível técnico para atuação no SBV¹⁷ e dos de nível superior para o SAV¹⁸.

Aspectos que impulsionaram a presente investigação a respeito do processo de implantação e funcionamento do SAMU em um município da região da campanha, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR).

Metodologia

O objeto deste estudo constitui-se do conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em um pronto socorro em relação à implantação e funcionamento do APH. Para tanto, ele tem um caráter exploratório-descritivo, analítico que permite observar, apreender e registrar os fenômenos sem interferir em seus desfechos¹⁹.

Desenvolveu-se a investigação com um conjunto de 16 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 05 são enfermeiros e 11, técnicos de enfermagem. Atuantes em um serviço de pronto socorro localizado em município situado na região da campanha – RS – BR no qual vítimas conduzidas pelo SAMU têm acesso direto aos serviços, sem precisar aguardar na recepção.

Contatou-se o responsável pela instituição, solicitou-se permissão para desenvolver as etapas da pesquisa. Após a autorização do mesmo, agendaram-se as entrevistas semiestruturadas gravadas com os referidos profissionais. Foram realizadas durante o turno de trabalho, no primeiro semestre de 2012.

As informações gravadas foram digitalizadas no formato Microsoft Word e organizadas em um sub-banco do projeto de pesquisa: “A sistematização da assistência de enfermagem em serviços pré-hospitalares e o atendimento em situações de emergência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 11/2011.

Os dados foram analisados por meio da abordagem qualitativa temática¹⁹, que se compõe de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, o tratamento e interpretação dos dados. Na primeira, identificam-se e selecionam-se as fontes de dados para ratificarem-se hipóteses e objetivos. Etapa que se busca a validade das informações pela leitura e releitura exaustiva, representativa, homogênea e pertinente. A exploração representa a codificação de recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, ou um tema. Permite agregar os dados classificados em categorias teóricas e/ou empíricas na delimitação do tema. O tratamento e interpretação dos dados permitiu dispô-los como fontes de informação científica, nas seguintes categorias temáticas: As ações do SAMU; Finalidades do SAMU; Contribuições do SAMU para o trabalho em Pronto Socorro; Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU. Elas estão apresentadas, de modo não excludente, com a intenção de descrever a especificidade do trabalho do SAMU para os profissionais de um pronto socorro (Figura 1).

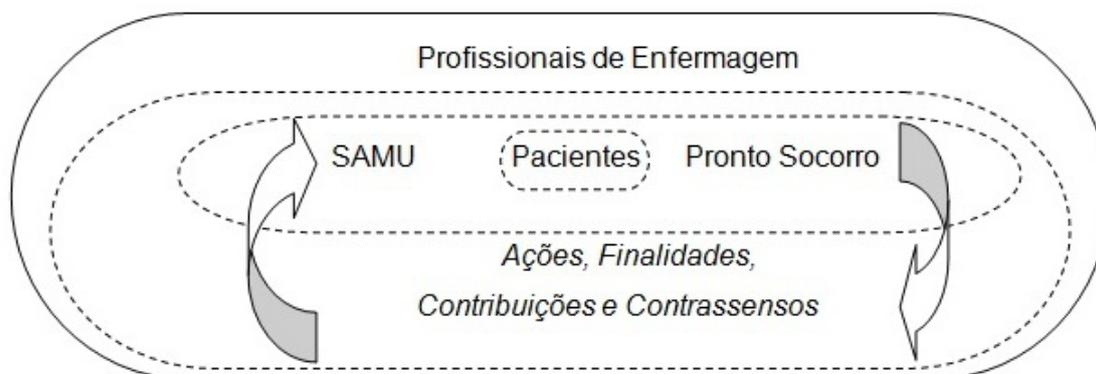


Figura 1 – Categorias analíticas emergentes da percepção de profissionais de enfermagem de um pronto socorro a respeito do SAMU.

Ações, Finalidades, Contribuições e Contrassensos constituem-se nos elementos referidos pelos profissionais de enfermagem do pronto socorro a respeito da percepção do trabalho do SAMU, cujo sentido está indicado pelas setas. A sobreposição dos círculos associada ao tracejado representa a interação das relações do trabalho em saúde, no qual o objeto central é o paciente.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos teve-se a preocupação em assegurar o anonimato dos sujeitos investigados, a ausência de risco a integridade pessoal e profissional dos trabalhadores e das instituições conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante, esclarecendo-se os objetivos e finalidades da pesquisa, fortalecendo o direito do participante em obter informações a respeito da pesquisa ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo.

Utiliza-se ainda a seguinte codificação das informações, com fim de garantir o anonimato dos participantes: Ent_1_Ativ_X. A sigla Ent representa a realização da entrevista e o número 1, o participante; Ativ X identifica o tipo de atividade desenvolvida pelo participante. As entrevistas estão identificadas de 1 a 16, e as atividades em X ou Y, respectivamente classificadas como assistencial ou gerencial.

Resultados

A distribuição de frequência dos relatos foi utilizada somente para consubstanciar os dados qualitativos. Desta forma, se explica-os a seguir.

As ações do SAMU

Do conjunto de 16 (100%) profissionais de enfermagem investigados, 11 (68,75%) mencionaram que o SAMU propicia uma assistência em primeiros socorros no local em que se encontra o paciente. Realizando, o primeiro atendimento, utilizando técnicas de imobilização, massagem cardíaca, oxigênio terapia, verificação de glicemia e sinais vitais, orientações a familiares, entre outras ações. Exemplos: “[...] traz até a unidade, já está com os sinais todos verificados, o paciente se sentindo melhor, dependendo do caso do paciente, mas é bem importante o trabalho deles, o primeiro atendimento é o deles (Ent_14_Ativ_X) ”.

A partir da ligação que é feita pedindo o atendimento do SAMU, é o primeiro atendimento, os primeiros socorros, vê se o paciente está convulsionando, tem que saber identificar o que é, no caso de paciente com suspeita de fratura, faz-se a imobilização, acalma-se a família, geralmente todo mundo fica nervoso e conduz ao pronto socorro para maiores atendimentos, para avaliação médica (Ent_9_Ativ_X).

Os primeiros procedimentos que ninguém tem condições de fazer o SAMU presta ali na hora. Então se tiver que trazer uma pessoa com vida até o pronto socorro, eu tenho certeza absoluta que eles são preparados para isso. Fazem HGT, verificam a pressão. Eles já vêm com tudo, oxigenação, pulsação. Eles mantêm o paciente controlado e trazem todas as dicas que vão nos ajudar a dar continuação ao serviço. Acho muito bom o serviço deles, nessa parte acho que o que eles praticam é fundamental (Ent_13_Ativ_X).

Outros 05 (31,25%) relacionam o trabalho do SAMU somente com o deslocamento do paciente até o ambiente hospitalar. Exemplos: “[...] eles trazem o paciente até nós, no caso quando são chamados para algum atendimento (Ent_1_Ativ_Y).” “[...] conduz o paciente até o pronto socorro passando o quadro do paciente para nós, que é passado imediatamente para o médico plantonista, conforme o que é prescrito, tomamos a conduta necessária (Ent_12_Ativ_X).”

A comunicação da urgência para os profissionais do pronto socorro foi referida 02 (12,50%) vezes, bem como o desconhecimento das ações dos profissionais do SAMU. Exemplos: “[...] Como esse atendimento do SAMU nós já sabemos aqui no PS quando é urgência e emergência, já damos prioridade para o atendimento deles (Ent_5_Ativ_X).” “Eles fazem o atendimento pré-hospitalar, quando tem emergência ligam para eles, que vão lá prestam o primeiro atendimento, e encaminham o paciente para o pronto socorro (Ent_8_Ativ_Y).” “[...] Essa parte não sei te dizer (Ent_10_Ativ_X).”

Finalidades do SAMU

Os profissionais do serviço de pronto socorro compreendem que o SAMU tem como finalidade do trabalho deslocar os pacientes, com 04 (25%) referências. Exemplo: “[...] acho que facilita um pouco o trabalho, têm pessoas que não têm condições de se locomoverem até um serviço de Pronto Socorro de urgência, então eles acabam auxiliando também nesse processo (Ent_1_Ativ_Y).”

Outros 04 (25%) ainda indicam que as finalidades do SAMU é agilizar os atendimentos das necessidades dos pacientes e do próprio trabalho da equipe do pronto socorro. Exemplos: “Para agilizar o atendimento (Ent_3_Ativ_X). ”

Por que é o primeiro atendimento, fora do Pronto Socorro, então eles já vão nos trazer praticamente mastigadinho, já trazem alguma coisa, vão nos explicar toda a situação, e a partir disso, depois do paciente entrar no nosso serviço é nós que assumimos o paciente (Ent_10_Ativ_X).

O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabes se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

A definição do prognóstico clínico do paciente referida por 03 (18, 75%) profissionais investigados contrapõe-se a fragilidade doutros 02 (12,50%) que simplesmente indicam que a finalidade do trabalho é ter outro serviço que atenda urgência e emergência na cidade. Exemplos: “[...] para a população ter um SAMU na cidade [...] (Ent_16_Ativ_X).”

Por que foi visto por vários estudos durante muito tempo, que o primeiro atendimento do paciente no local da cena, muitas vezes é o que dá um prognóstico bom para esse paciente [...]. Então se faz esses procedimentos para que esse paciente tenha uma condição de sobrevida melhor, fora nos acidentes de trânsito toda a imobilização que é feita, todo o procedimento de colocar em maca rígida, de colocar colar isso faz com que esse paciente, se tiver uma lesão mais importante, tenha condições de se recuperar dessas lesões recebendo esse primeiro atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

Vão assistir o paciente de forma correta, isso evita que o traga para nós agravado, por que muitas vezes é isto que acontece. É o que acontecia aqui, o pessoal pegava de qualquer jeito e trazia o paciente. Já atendi um pneumotórax de um paciente que caiu, fez uma fratura de costela, e o acompanhante do cara o carregou na moto, trouxe de moto, complicou a situação, ele até veio a morrer (Ent_11_Ativ_Y).

É importante para a vítima que está necessitada no momento, para ter uma sobrevida maior. Desde o momento que ela sofreu aquele acidente, ela sendo atendida por profissionais qualificados terá um tempo de sobrevida maior e aumenta também o tempo para nós trabalharmos aqui no Pronto Socorro (Ent_12_Ativ_X).

Contribuições do SAMU para o trabalho no Pronto Socorro

A percepção dos profissionais do pronto socorro a respeito do trabalho do SAMU decorre predominantemente, em 11 (68,45%) referências, das informações da clínica do paciente obtidas no contato entre os profissionais. Estas informações abarcam a verificação dos sinais vitais, de presença de doenças agudas, crônicas, ou sequelas de processo de adoecimento. Exemplos:

Contribuem bastante, por que eles já trazem uma informação, vão fazer a verificação dos sinais vitais, o HGT, se esse paciente teve uma hiperglicemia ou uma hipoglicemia nós já iremos saber o que aconteceu. O atendimento deles é muito importante, por que ele [paciente] já vem sempre com os primeiros atendimentos, já vem com uma informação (Ent_4_Ativ_X).

[...] facilita bastante, por que quando chega o SAMU o pessoal já diz, o paciente é sequelado de AVC, está com dor, com hemiparesia, refere tal coisa, ou não está falando, teve vômito. Já facilita, tu já tens uma ideia do que aconteceu com aquele paciente. O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabes se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

Por que o paciente já vem com meio caminho andado, 30% dos serviços prontos para nós. Eles já vêm trazendo o histórico do paciente, então isso já ajuda o trabalho no pronto socorro. O paciente sofreu tal coisa, está com isso, portanto fica melhor para nós. Não precisamos perder tempo perguntando o que aconteceu, como aconteceu, onde que foi (Ent_15_Ativ_X).

Segue-se pela referência, 10 (62,45%), da condição de estabilidade clínica do paciente pelas ações dos profissionais da APH/SAMU. Estas incluem a realização dos procedimentos, a administração de medicamentos, a facilidade de mobilidade. Exemplos: *“Muito bom, pois eles já trazem o paciente estabilizado (Ent_3_Ativ_X).”* *“Sim, contribui. Pois eles chegam com o paciente estabilizado e com os sinais verificados (Ent_1_Ativ_Y).”* *“O SAMU atende, colhe tudo que é tipo de informações, pode também dar uma medicação, verificar os sinais, sintomas, tudo para nós já sabermos se é urgência ou emergência (Ent_5_Ativ_X).”*

[...] contribui para que o paciente tenha uma melhor condição de sobreviver. Mas o que contribui para nós é que muitas vezes o paciente já chega com uma avaliação, medicado, imobilizado. Torna-se um paciente bem mais fácil para manejarmos por que ele já recebeu um primeiro atendimento. Então é um paciente que já vem manejado. E isso contribui para darmos uma continuidade no atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

O tempo para preparação da equipe do pronto socorro para o atendimento dos pacientes foi referida em 01 (6,25%) relato. Exemplo: *“Tem a comunicação que eles têm conosco aqui do pronto socorro e entre eles. Eles sempre vão trazer os pacientes para nós. (...) Contribui muito para o nosso trabalho, para nossa preparação para receber os pacientes (Ent_16_Ativ_X).”*

Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU

Os profissionais de enfermagem do pronto socorro quando questionados a respeito da regulação médica do serviço de urgência mencionaram preponderantemente em 12 (75%) citações, a preferência pelo método anteriormente utilizado, no qual os pedidos de socorro eram realizados pelo telefone do pronto socorro. Exemplos: *“Prefiro a solicitação de socorro pelo pronto socorro, a que é feita pelo [município B] perde muito tempo. O povo está com razão de reclamar (...) (Ent_13_Ativ_X).”*

Aqui pelo Pronto Socorro era mais rápido. Até que o médico regulador entenda o que está acontecendo com o paciente, para depois liberar [veículo] perde-se tempo, e antes não, mesmo que eles trouxessem umas bobagens que não eram tão importante, mas era mais rápido (Ent_14_Ativ_X).

Outros profissionais, 11 (68,75%) citam o lado positivo de cada um dos recursos utilizados para pedir socorro. Bem como, referem que o processo de comunicação de quem está presenciando o agravo à saúde deve ser eficiente na maneira que vão transmitir os sinais e sintomas ao médico regulador. Exemplo:

No meu ponto de vista a regulação, tanto no [município B] como a que era feita por aqui depende muito de quem está na cena, como essa pessoa está passando para quem está regulando. Penso que as duas são competentes para regular, só que o regulador no caso, só pode regular se tiver informações exatas, informações objetivas, que tenha condições de dar continuidade ao serviço. Então para mim é mais importante quem está atuando na cena tenta passar o mais claro possível do que está acontecendo (Ent_11_Ativ_X).

No entanto alguns profissionais, 06 (37,50%) referem que apesar da regulação pelo número 192 ser demorada, ter consciência que o serviço funcionando da outra forma era irregular. Exemplo:

A regulação pelo link 192 é demoradinha, eu já tive experiência de ligar para solicitar o serviço e eles fazem muitas perguntas, porém não tem como existir o SAMU, sem a regulação médica. Então isso é uma dificuldade que estamos passando, por que a população não entende a questão burocrática do negócio, eles querem ser atendidos de qualquer jeito e em um curto espaço de tempo, mesmo que o serviço seja irregular (Ent_6_Ativ_Y).

A percepção de outros 02 (12,50%) profissionais de enfermagem refere-se à regulação médica como sendo essencial nesse serviço de urgência, pois o profissional médico é quem tem capacitação para fazer a triagem do agravo à saúde. Exemplos:

A regulação mais eficiente é a feita pelo [município B] que é realizada pelo médico, aqui não era feita por um médico. Aqui era uma pessoa, inclusive leiga que atendia ao telefone e falava com as pessoas. Mas em relação a tempo, aqui era mais rápido. Tem certas normas que devemos seguir, não adianta eu achar que aqui é melhor, por que tem que ter regulação e quem faz a regulação é médico e infelizmente nós não fazemos, então tem que seguir as leis e as normas do SAMU (Ent_2_Ativ_X).

É complicado, por que aqui não era o médico que fazia. Eu considero a do [município B] boa. Por que é a realidade em tudo que é lugar, não tem como irmos contra. Não implantaram isso do dia para noite, fizeram pesquisas e treinamentos para saber que tem que ser assim. Por que a nossa por aqui sem médico, atendíamos qualquer coisa. O serviço do SAMU não mudou sempre foi igual só que a resposta é mais rápida por aqui. Mas eu acho que o povo tem que aprender a trabalhar com o SAMU, até se adaptarem, aprender a falar direitinho, isso que é demorado (Ent_14_Ativ_X).

As ações do SAMU são descritas claramente pela maioria dos profissionais de enfermagem do pronto socorro. Eles as enumeram como a realização de procedimentos de verificação dos sinais vitais, oferta de oxigênio, imobilização se for trauma e, orientações aos familiares.

Fato que elucida o quão imprescindível é o reconhecimento pelo profissional de enfermagem dos sinais e sintomas da clínica ou do trauma no paciente²⁰. Já que sua formação acadêmica deve conduzi-lo para a apropriação de conhecimentos que o torne habilitado para o cuidado profissional e ético²¹. Logo para identificar a evolução prognóstica do quadro clínico do paciente, ou seja, o seu grau de risco para manutenção das funções vitais do organismo humano, o que facilita a tomada de decisões²².

Acresce-se que as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem estão correspondendo ao que é proposto para esse âmbito do trabalho em saúde. Uma vez que, o serviço de APH móvel visa à estabilização do paciente no local e se caracteriza por atendê-lo, nos primeiros minutos após o agravo, adequadamente, prestando um rápido e seguro transporte para um estabelecimento de referência².

Referência que se constitui nos serviços hospitalares acessados pelo pronto socorro, unidade que recebe pacientes externos a instituição que necessitam de assistência especializada e imediata²³. Assistência que exige dos profissionais do APH móvel condutas adequadas durante a fase de estabilização hemodinâmica e de imobilização e no decorrer do transporte do local de socorro ao serviço de referência¹. Condutas estas que podem determinar não somente o grau de comprometimento das atividades da vida diária e seu período de duração, como também o desfecho favorável ou não à vida do paciente²⁴.

Dentre tais condutas a comunicação interprofissional representa a qualidade do cuidado para com os envolvidos com este trabalho. Promovendo a compreensão de que os cuidados em saúde representam um contínuo de ações de trabalho produzidas por diferentes profissionais. Contínuo que fortalece o fazer e se traduz em qualidade da assistência¹⁴ e, na temática em questão pode definir o permanecer vivo ou não do paciente.

O desconhecimento de alguns profissionais sobre as ações do APH móvel, quando referiram que o SAMU tem como finalidade das ações, somente deslocar os pacientes para o pronto socorro revela a lacuna do conhecimento. Contrapondo-se a agilidade do atendimento no local e da equipe do pronto socorro referidos também como finalidades e ratificados nos relatos das contribuições.

Apesar desta discrepância nota-se que as ações propostas pelo SAMU, conforme a Portaria N^o 2.048/GM que regulamenta tecnicamente os sistemas de urgência e emergência, são desempenhadas por seus profissionais com eficiência²⁵. O enfermeiro ou o técnico de enfermagem do APH móvel realizam as intervenções necessárias, fazem a estabilização, reavaliam o estado geral e realizam o transporte do paciente para o tratamento definitivo¹⁷. Reduzem-se, assim o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce²⁶.

Diante de todas as reduções supracitadas ainda há contribuições referidas pelos profissionais do pronto socorro relativas ao processo de trabalho em seu ambiente institucional. Elas decorrem do acesso a informação clínica, dos procedimentos e ações já desenvolvidas que facilitam a movimentação do paciente e a continuidade dos cuidados na instituição hospitalar.

Continuidade que se constitui em direito constitucional evidenciado pelos princípios impressos ao sistema brasileiro de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade da atenção²⁷. Princípios que se traduzem neste estudo pelos relatos das ações, finalidades e contribuições do APH móvel/SAMU e pela articulação com APH fixo/pronto socorro. Articulação primordial para a manutenção da vida do paciente e da qualidade dos serviços e, para que se mantenha, requer atualização constante dos conhecimentos a respeito do processo de trabalho e dos protocolos de atendimento²⁸.

Atendimento massivamente compreendido pelas características de gravidade ou comprometimento das funções vitais dos pacientes e pela atuação imediata dos profissionais do SAMU¹³. E, além de constituir-se em um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do SUS, agiliza o atendimento aos pacientes em situações de urgência.

Seu atual modo de operacionalização, gestão centralizada, promoveu alterações para solicitação do serviço a qual passou a ser mediada por um profissional da saúde, o médico regulador. Este deve produzir a investigação clínica a partir do contato telefônico com quem solicita o socorro para assim decidir pelo envio ou não de uma equipe e de um veículo especializado²⁵. Mediação que caracterizou a centralização da gestão do SAMU em municípios ditos sedes das microrregiões na conjectura de descentralização dos serviços públicos de assistência à saúde. Descentralização que tenciona para a ampliação da acessibilidade aos diferentes níveis de atenção¹.

Tencionamento que foi identificado neste estudo por meio dos contrassensos na centralização do referido serviço. Evidenciados pela identificação positiva da regularização do serviço e negativa pelo maior tempo entre a solicitação do socorro e o atendimento.

Regularização que qualifica a ação das equipes de APH móvel por comporem-se de profissionais da saúde habilitados para realizar o suporte básico, já produzido pelo corpo de bombeiros anteriormente e, o avançado¹⁰. Este último caracterizado por um cuidado específico à pacientes em situação de emergência em que a morte é uma possibilidade iminente²⁹.

Iminência que exige profissionais em constante aperfeiçoamento, acrescidos por uma permanente gestão de pessoas e materiais³⁰. Primeiramente, para viabilizar o cuidado com a saúde e a segurança de quem cuida, os próprios profissionais, para posteriormente permitir que estes possam desenvolver constantemente a investigação clínica e a tomada de decisão no socorro aos pacientes¹⁴.

Socorro que deve ser acionado pelas pessoas que se encontram em situação de acometimento agudo da saúde, ou melhor, vivenciam uma crise. Logo, para aqueles que necessitam de informações sobre os diferentes tratamentos medicamentosos ou não, devem dirigir-se as unidades de saúde da comunidade. Evitar a sobrecarga operacional do SAMU é dever dos cidadãos, uma vez que, o uso provocado por outras motivações que não o real atendimento a pessoas em situações de urgência ou emergência pode ser interpretado como dano à vida em sociedade¹⁰. Dano que vem de encontro com a referência negativa do maior tempo entre a solicitação de socorro o atendimento no local e o resgate. E que ratifica a necessidade já apontada de articular a rede de serviços de saúde, qualificar seus profissionais para torná-la funcional e resolutiva, bem como difundir esta perspectiva para as pessoas³¹.

Considerações Finais

As ações realizadas pelos profissionais do serviço de APH móvel são referidas com clareza pelos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Evidenciando que o SAMU, recentemente implantado no município, presta seus cuidados no local da ocorrência, realizando procedimentos de enfermagem, bem como, administrando medicações conforme orientação do médico regulador. Dessa forma compreende-se que o funcionamento do serviço pesquisado, na forma de gestão centralizada, está de acordo com as portarias que regulamentam o APH móvel.

Abordando as finalidades do SAMU compreende-se que este serviço denota o aumento da probabilidade de sobrevida para a pessoa vitimada. Esta antes de ser removida recebe cuidados primários que permitem tal probabilidade pelo alcance da maior estabilidade hemodinâmica possível. Fato que facilita a continuidade de cuidados no ambiente hospitalar, promovendo a resolutividade da atenção em saúde e a redução das tensões emocionais de profissionais que lidam com situações limítrofes à vida.

Considerando os elementos listados como contribuições do SAMU para o trabalho do Pronto Socorro destacam-se a comunicação entre profissionais a respeito das ações desenvolvidas e as características clínicas da pessoa vitimada ambas como facilitadores e agilizadores do processo de trabalho.

Os contrassensos indicam que a implantação do SAMU de modo centralizado está em andamento e os profissionais identificam a legalidade do trabalho como algo benéfico. E ao mesmo tempo salientam os aspectos a serem melhores implementados tais como: o tempo para a tomada de decisão para o deslocamento de um veículo, a linguagem investigativa do profissional regulador para com a pessoa leiga que solicita o socorro.

Os maiores subsídios deste estudo estão nas sugestões dos próprios profissionais de enfermagem do pronto socorro que referem alternativas à centralização do serviço. Propondo a disponibilidade de múltiplos contatos telefônicos de emergência para que a população utilize no pedido de socorro. Do mesmo modo, o redirecionamento do chamado para a base do SAMU e o imediato deslocamento dos profissionais do resgate para o local da ocorrência. Assim, estes entrariam em contato com o médico regulador para comunicação efetiva e atuação no local.

Pode-se inferir como limite deste estudo a participação somente dos profissionais atuantes no serviço de pronto socorro, especialmente para apreensão dos contrassensos. Contudo, os elementos elencados permitem a replicação deste estudo para outras equipes de ambos os serviços. Além de demonstrarem que os profissionais do pronto socorro (re)conhecem os benefícios e indicam possibilidades para qualificação do APH.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 16000, de 7 de julho de 2011. Diário Oficial da União 2011; 7 jul.
2. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde Soc.* 2015 Jan/Mar [cited 2016 Jul 09]; 24(1): 361-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>
3. Silva SF, Ilha S, Diefenbach GD, Pereira JC. Dificuldades vivenciadas em um serviço de atendimento móvel de urgência: percepções da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. Cent-Oeste Min* 2014 Maio/Ago [cited 2016 Jul 09]; 4(2): 1161-72. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/541/751> doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.541>
4. Anjos MS, Oliveira SS, Santa Rosa DO. Perspectivas de enfermeiras no cuidado em atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev. baiana enferm.* 2016 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06]; 30(1): 375-81 Available from: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14442/pdf_36 doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14442>
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2648, de 7 de novembro de 2011. Diário Oficial da União 2011; 8 nov.
6. Gonsaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Evaluation of the mortality due to external causes. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012 July/Aug [cited 2016 Jul 09]; 39(4): 263-267. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/en_04.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000400004>
7. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Cardeal ISF, Campos MCT. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 Abr [cited 2016 Jul 08]; 48(2):308-314. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf doi: 10.1590/S0080-623420140000200016
8. Luchtemberg MN, Pires DEP, Schoeller SD, Possamai FP. Análise de chamadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital brasileira. *Rev. RENE.* 2014 Out/Dez [cited 2016 Jul 09]; 15(6):925-32. Available from: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/1758-14411-1-PB.pdf> doi: 10.15253/2175-6783.2014000600004
9. O'Dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador FG. Mobile prehospital emergency care: an analysis of implementation in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016 Jul [cited 2016 Jul 07]; 21(7): 2189-2200. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2189.pdf> doi: 10.1590/1413-81232015217.15902014
10. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. *Rev Saude Publica* 2011 Jun [cited 2016 Jul 09]; 45(3):519-528. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_2335.pdf doi:10.1590/S0034-89102011005000022
11. Costa IKF, Liberato SMD, Costa IKF, Melo MDM, Simpson CA, Farias GM. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. pesqui. Cuid. Fundam.* (Online). 2014 Jul/Set [cited 2016 Jul 06]; 6(3): 938-47. Available from: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/3250-20095-1-PB.pdf> doi: 10.9789/2175-5361
12. Wang HE, Mann NC, Jacobson KE, Mears G, Smyrski K, Yealy DM. National characteristics of emergency medical services responses in the United States. *Prehosp Emerg Care.* 2013 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06]; 17(1):8-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23072355> doi: 10.3109/10903127.2012.722178

13. Cardoso LS, Braga MG, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Vaz CHJ, Oliveira SHS. Cardiopulmonary Resuscitation: nursing work in rescue services. *J. Nurs UFPE on line*. 2013 Jan [cited 2014 Ago 20];7(1):221-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3270/pdf_1897 doi: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.070120130
14. Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saúde Soc*. 2014 Oct/Dec [cited 2016 Jul 07]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1154.pdf> doi: 10.1590/S0104-12902014000400003
15. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. [acesso 2014 Maio 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456
16. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Rev eletrônica enferm [Internet]*. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06];16(1):211-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615> doi: 10.5216/ree.v16i1.19615
17. Peres RR, Camponogara S, Cielo C, Da Silva NM, Lourensi CM, Rossato GC. Percepções de trabalhadores e estudantes atuantes em um Pronto-Socorro, sobre meio ambiente e saúde. *REME rev min enferm [Internet]*. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Jul 08];18(1):27-33. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/906> doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140003>
18. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Porto Alegre, Petropolis: Vozes, 2014.
19. Oliveira MFL, Brandão-Neto W, Silva ARS, Veríssimo AVR, Cavalcanti AMTS, Monteiro EMLM. Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. *Rev Rene [Internet]*. 2016 Mar/Apr [cited 2016 June 04];17(2):268-77. Available from: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/3015/2331> doi: 10.15253/2175-6783.2016000200015
20. Martins JT, Bobroff MCC, Andrade NA, Menezes GD. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. *Rev. Enferm. UERJ*. 2014 Mai/Jun [cited 2016 Jul 10]; 22(3): 334-340. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a07.pdf> doi: 0104-3552
21. Carreno I, Veleza CN, Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *REME rev. min. enferm*. 2015 Jan/Mar [cited 2016 Jul 09]; 19(1): 88-94. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/988> doi: 10.5935/1415-2762.20150008
22. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015 Jan/Feb [cited 2016 Jul 09];68(1):45-1. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>
23. Porto LAB, Monteiro AML, Santos SF, Souza C. Epidemiologia dos pacientes tratados no Hospital Risoleta Tolentino Neves de acordo com o tipo de atendimento pré-hospitalar. *Rev. méd. Minas Gerais*. 2016 Abr [cited 2016 Jul 08]; 25(2): 187-91. Available from: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/v25n2a08.pdf> doi: 10.5935/2238-3182.20150036
24. O'Dwyer G, Mattos, RA. Cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc* 2013 Jan/Mar [cited 2016 Jul 07]; 22(1):199-210. . Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/18.pdf> doi: 10.1590/S0104-12902013000100018
25. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2015 July/Aug [cited 2016 Jul 08];23(4):587-94. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104-1169.0227.2592&pid=S0104-11692015000400587&pdf_path=rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00587.pdf&lang=en doi: 10.1590-0104-1169.0227.2592
26. Dos Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2013 Mar/Abr [cited 2016 Jul 07];66(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-7167013000200016>
27. Sakai AM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Sardinha DSS. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. *Rev Rene [Internet]*. 2016 Mar/Apr [cited 2016 Jul 09];17(2):233-41. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3007/2323> doi: 10.15253/2175-6783.2016000200011
28. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2013 May/Apr [cited 2016 June 11];21(2):500-6. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75950/79436> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000200005>

29. Lisa I, Iezzoni MD, Stephen C, Dorner MS, Toyin Ajayi MB. Community paramedicine – Addressing questions as programs expand. *B.S.N. Engl. J Med* 2016 Mar [cited 2016 Jul 05]; 374(12): 1107-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1516100> doi: 10.1056/NEJMp1516100
30. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 2011 Jun [cited 2016 Jul 06];45(3):519-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf> doi: 10.1590/s0034-89102011005000022
31. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Públ [Internet]*. 2014 [cited 2016 June 10];48(1):170-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf> doi: 10.1590/s0034-8910.2014048004498

Leticia Silveira Cardoso

Endereço para correspondência – BR 472 – Km 592, Caixa Postal 118,
CEP: 97508-000, Uruguaiana, RS, Brasil.
E-mail: leticiacardoso@unipampa.edu.br
Lattes:<http://lattes.cnpq.br/2309155244128217>

Mariana Xavier Bertoncello – mariana_bertoncello@yahoo.com.br
Paulo Sergio Ceretta – pauloceretta10@gmail.com
Valdecir Zavarese da Costa – valdecircosta2005@yahoo.com.br
Laurelize Pereira Rocha – laureliza@gmail.com
Marta Regina Cezar-Vaz – cezarvaz@vetorial.net

Enviado em 21 de setembro de 2014.
Aceito em 26 de julho 2016.

