



ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA

PRE-HOSPITAL CARE AS A STRATEGY FOR THE PUBLIC HEALTH PROMOTION: INTEGRATIVE REVIEW

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA COMO ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD PÚBLICA: REVISIÓN INTEGRADORA

Salomão Patrício de Souza França¹, Milva Maria Figueiredo de Martino²

RESUMO

Objetivo: construir um referencial teórico que auxilie na identificação de elementos individuais e contextuais implicados na evolução histórica do atendimento pré-hospitalar no Brasil que subsidie ações reflexivas e intervencionistas em relação ao melhoramento dessa estratégia. **Método:** trata-se de estudo descritivo, documental, de revisão integrativa a partir de estratégias de busca em bases de dados nacionais e internacionais. Em cada base de dados foram utilizadas estratégias de buscas distintas, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos Medical Subject Headings (MeSH), por meio dos operadores booleanos (*or*, *and*, *not*). **Resultados:** foram selecionados catorze artigos para leitura, fichamento e categorização dos dados. **Conclusões:** a busca constante de avanços no atendimento pré-hospitalar mostra-se imprescindível, bem como a monitorização dos resultados, passos fundamentais para a minimização de agravos e o aprimoramento do sistema de atendimento a uma prevalência crescente de intercorrências que causam grande impacto socioeconômico e epidemiológico e necessitam de atendimento emergencial. **Descritores:** História da Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Trabalho de Resgate; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

Objective: to construct a theoretical framework which assists in identifying individual and contextual elements implied in the historical evolution of prehospital care in Brazil to provide reflective and interventionist actions with regard to the improvement of this strategy. **Method:** this is a descriptive, documentary, integrative review study carried out through search strategies in national and international databases. In each database, different search strategies were used, having the Descriptors in Health Sciences (DeCS) and the Medical Subject Headings (MeSH) as a basis, by means of the Boolean operators (*or*, *and*, *not*). **Results:** fourteen papers were selected for reading, filing, and data categorization. **Conclusions:** continuous search for advances in prehospital care proves to be a must, as well as monitoring of results, key steps to minimize harms and improve the system of care to an increasing prevalence of complications which cause a great socioeconomic and epidemiological impact and require emergency care. **Descriptors:** History of Nursing; Emergency Medical Services; Rescue Work; Emergency Nursing.

RESUMEN

Objetivo: construir una referencia teórica que auxilie en la identificación de elementos individuales y contextuales implicados en la evolución histórica de la atención prehospitalaria en Brasil para subsidiar acciones reflexivas e intervencionistas con relación a la mejora de esta estrategia. **Método:** esto un estudio descriptivo, documental, de revisión integradora desde estrategias de búsqueda en bases de datos nacionales e internacionales. En cada base de datos fueron utilizadas estrategias de búsqueda distintas, teniendo los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) como base, por medio de los operadores booleanos (*or*, *and*, *not*). **Resultados:** catorce artículos fueron seleccionados para lectura, catalogación y categorización de los datos. **Conclusiones:** la búsqueda continua de avances en la atención prehospitalaria se muestra imprescindible, así como la monitorización de los resultados, pasos fundamentales para la minimización de daños y la mejora del sistema de atención a una creciente prevalencia de complicaciones que causan gran impacto socioeconómico y epidemiológico y requieren atención de urgencia. **Descriptor:** Historia de la Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Trabajo de Rescate; Enfermería de Urgencia.

¹Enfermeiro. Mestre em Ciências. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Unifesp. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: salomao.franca@uol.com.br; ²Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Professora Associada da Unifesp. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: martino.milva@unifesp.br

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico do mundo moderno; as mudanças sociodemográficas, epidemiológicas e sociais, colaborando para transformações de causas mundiais de morbimortalidade; o homem contemporâneo, colocado diante do exercício de múltiplas funções, que, na maioria das vezes, ultrapassa o ritmo fisiológico; os exercícios profissionais que seguem esse ritmo de mudança, adaptados às exigências sociais produzem situações particulares que atingem uma esfera macrossocial de desordem, doenças, desestruturação familiar e violência urbana.

As transformações de qualquer processo, sejam sociais ou não, determinam a configuração do futuro. É indiscutível a necessidade de refletir cientificamente sobre o mundo globalizado do ontem, do hoje e do amanhã e suas implicações na promoção da saúde e proteção a vida.

A violência mata mais de 1,6 milhão de pessoas no mundo a cada ano, segundo um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Outros milhões de pessoas são mutiladas em ataques. É a principal causa de morte de pessoas entre 15 e 44 anos. Isso quer dizer que uma pessoa morre em algum lugar do mundo a cada minuto. Outras estatísticas publicadas indicam que uma pessoa comete suicídio a cada 40 segundos e 35 pessoas morrem a cada hora em conflitos envolvendo armas. Para cada pessoa morta devido à violência, entretanto, 40 outras precisam de tratamento para ferimentos graves.¹

No Brasil, os homicídios constituem a principal causa de morte dentre as causas externas: passaram de 20% para 40% entre 1980 e 2003. Até o ano de 2003, a tendência da mortalidade por homicídio no país foi de crescimento. A partir daquele ano, observou-se um decréscimo das taxas de homicídio até 2005 e, em seguida, uma tendência à estabilização.² Em 2004, um total de 127.470 óbitos por causas externas foram notificados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A mortalidade por acidentes de transporte terrestre configura-se como a segunda causa de morte no conjunto das causas externas, representado 28% deste total, atrás somente das agressões.³

A violência representa um risco para o processo de desenvolvimento humano, com potenciais ameaças à vida e à saúde e consequente possibilidade de morte.⁴ Diante desse cenário, órgãos governamentais e não governamentais implementaram ações

estratégicas de combate ao aumento desses índices alarmantes. São estratégias de referência e contrarreferência, de amparo e assistência social, bem como alternativas para controlar os números da violência, em ascensão no Brasil.

O atendimento pré-hospitalar (APH) surge como estratégia de intervenção em relação à morbimortalidade por causas externas, ampliando seu aporte assistencial a casos clínicos, gineco-obstétricos, neonatais, pediátricos e psiquiátricos.

Diante de tal seguimento e evolução histórica de promoção da saúde pública no Brasil, estabelece-se como pergunta norteadora deste estudo documental: “Quais os avanços e desafios do atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde no Brasil?”.

O objetivo do estudo é construir um referencial teórico que auxilie a identificar elementos individuais e contextuais, implicados na evolução histórica do atendimento pré-hospitalar no Brasil, que subsidie ações reflexivas e intervencionistas quanto ao melhoramento desta estratégia.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, de revisão integrativa com estratégia de 6 etapas.

Etapla 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora: já incluída na Introdução deste estudo.

Etapla 2. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão: definição dos parâmetros de seleção dos estudos. Nessa etapa há os seguintes procedimentos:

- ♦ Escolher bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Scientific Eletronic Library OnLine (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);
- ♦ Em cada base de dados escolhida, utilizou-se estratégias de buscas distintas, sempre a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH), com uso dos operadores booleanos (*or*, *and*, *not*) como coadjuvantes no refinamento da busca;
- ♦ A fusão dos descritores com o uso dos operadores booleanos resultou em nenhum artigo encontrado na base de dado SciELO. Optou-se por fazer a busca individual de cada descritor.

Foram incluídos artigos com textos completos em inglês, espanhol e português e

França SPS, De Martino MMF.

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

indexados nas bases de dados escolhidas; foram excluídos:

- ♦ Artigos que não focavam seu resumo em nenhuma menção aos descritores previamente definidos;
- ♦ Estudos publicados nos últimos 10 anos, considerando que o APH é tema de estudo recente no meio científico brasileiro;
- ♦ Pesquisas repetidas, indexadas em várias bases de dados;
- ♦ Estudos não “free text”, que dificultavam o acesso às informações.

Etapa 3. Definição das informações a ser extraídas dos estudos selecionados: após a leitura crítica dos artigos e triagem conforme

os critérios de inclusão e exclusão, os artigos selecionados foram tabulados segundo as seguintes categorias: autor(es), título, periódico e ano de publicação.

Etapa 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa: os artigos selecionados foram avaliados pelos autores quanto à qualidade de suas informações, e, por fim, incluídos para avaliação e discussão. A Figura 1 aponta as estratégias de busca nas bases de dados e seus resultados.

Bases	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
SciELO	Uso dos descritores separadamente	282	11
LILACS	História da enfermagem AND enfermagem em emergência	1	1
	História da enfermagem AND Serviços médicos de emergência	1	0
MedLine	((("Emergency Nursing"[Mesh]) AND "History of Nursing"[Mesh]) AND "Rescue Work"[Mesh]) AND "Emergency Medical Services"[Mesh]	0	0
	"Emergency Nursing/history"[Mesh:NoExp]	1	0
	"Emergency Medical Services/history"[Mesh:NoExp]	10	2

Figura 1. Resultados da busca de artigos nas bases de dados SciELO, LILACS e MedLine.

Etapa 5. Interpretação dos resultados: todos os estudos selecionados (Figura 2) foram incluídos na discussão, além de materiais de divulgação do Ministério da Saúde (MS),

eletrônicos ou não, Datasus, e outros estudos atuais e pertinentes para a execução dessa etapa.

RESULTADOS

A partir de estratégias de buscas direcionadas, foram selecionados 11 artigos

para análise e discussão e 3 para leitura complementar.

Autores	Título	Periódico	Ano
França et al.	Processo adoecedor no trabalho do enfermeiro em cuidado pré-hospitalar móvel	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2012
França et al.	Preditores da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar	Acta Paulista de Enfermagem	2012
Araújo et al.	Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência	Texto & Contexto	2011
Vegian e Monteiro	Condições de vida e trabalho de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2011
Figueiredo e Costa	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem	Acta Paulista de Enfermagem	2009
Silveira e Lima	Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel	Acta Paulista de Enfermagem	2009
Gentil et al.	Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2008
Vieira e Mussi	A implantação do projeto de Atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2008
Zapparoli e Marziale	Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências	Revista Brasileira de Enfermagem	2006
Ramos e Sanna	Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais	Revista Brasileira de Enfermagem	2005
Rocha et al.	Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica.	Revista Brasileira de Enfermagem	2003

Figura 2. Resultados dos artigos selecionados segundo autores, periódico e ano de publicação.

DISCUSSÃO

Para facilitar o alcance do objetivo deste estudo, as informações foram consolidadas por categorização dos dados, os quais foram

divididos por temas e conteúdos afins: origem e conceito; legitimidade; estrutura e capacitação; retrocessos e desafios.

■ Origem e conceito

França SPS, De Martino MMF.

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

O atendimento às emergências/urgências no local da ocorrência caminha junto com as grandes guerras, mais precisamente desde o final do século XVIII, no Período Napoleônico. Nessa época, os soldados feridos em campo de batalha eram transportados em carroças. Atualmente, são utilizados sofisticados aparelhos e veículos aéreos ou terrestres para locomoção a pontos distantes do local da ocorrência.^{5,6}

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à criação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, com atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX.³

De certa forma, foram as guerras que impulsionaram e aprimoraram os serviços de atendimento pré-hospitalar e resgate, em decorrência da necessidade de atendimento rápido e eficaz que garantisse a sobrevivência dos combatentes.⁶

No Brasil, acompanhando a tendência internacional de concentração populacional e de formação de complexos centros urbanos, também ocorreu a necessidade de implementar serviços para combater a morbimortalidade por trauma.

Os primeiros registros brasileiros acerca do serviço de atendimento pré-hospitalar ocorreu em 1893, quando o Senado aprovou uma lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em vias públicas, no Rio de Janeiro, a então capital do país.⁷ Consta que, em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade punha em ação a primeira ambulância (com tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço.⁸

O APH brasileiro foi baseado na modalidade de atendimento de resgate francês criado por anestesistas intensivistas e emergenciais.⁶ O Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) foi instituído oficialmente em 1965 e em 1968 surgiu o Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) para coordenar as atividades do SMUR, quando foram definidos critérios e normas sobre seu funcionamento.⁹ A influência do serviço francês, cujas equipes são compostas exclusivamente por profissionais de saúde, é observada em algumas cidades brasileiras.¹⁰

Além do modelo francês, o Brasil teve influência do modelo americano.⁸ No serviço norte-americano, denominado Emergency Medical Services as equipes são compostas por emergency medical technicians (EMTs), ou

paramédicos, habilitados em suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV), respectivamente. Inicialmente, o modelo norte-americano foi o predominante no Brasil, utilizado pelo Corpo de Bombeiros apenas para realizar medidas de SBV.

Pioneiros no APH¹⁰, os serviços denominados "Grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros"¹¹ e o "Projeto Resgate",¹² foram estabelecidos na década de 1980, no Rio de Janeiro e em São Paulo, respectivamente, nos quais se inseriu o enfermeiro na assistência à atenção pré-hospitalar pela primeira vez.

Segundo o Ministério da Saúde¹³, o atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada, em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar e podem acarretar sequelas ou até mesmo a morte.⁶

A emergência pré-hospitalar objetiva atender o cliente de forma sistematizada e prática, implicando, assim, necessidade de uma equipe multidisciplinar que promova um rápido atendimento e transporte do paciente a um centro de atendimento adequado à saúde.⁶

Há três princípios básicos a ser seguidos pelos profissionais que atuam no APH: chegar até a vítima o mais rápido possível; estabilizá-la no local, proporcionando de forma rápida e eficiente o restabelecimento de suas funções vitais; e transportá-la rapidamente ao hospital.¹⁴

Por volta de 1815, Dr. Baron Dominique Jean Larrey foi o primeiro a reconhecer a necessidade de uma rápida avaliação de um paciente traumatizado. Durante a Revolução Francesa, veículos eram usados para atender os combatentes feridos e facilitar a avaliação cirúrgica e os cuidados.¹⁵

Cidades-Polo, como São Paulo, onde o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) foi criado em 1990¹⁶, recebem incentivos financeiros e materiais para implantação e estruturação do Samu-192, das Centrais de Regulação Médica de Atenção às Urgências e do Polo de Capacitação de Educação Permanente em Urgências. A implantação desses polos deve considerar aspectos como:

- ♦ Os riscos de acidentes por deslizamentos e alagamentos em períodos chuvosos;
- ♦ Grande movimentação do sistema viário, com a ocorrência de acidentes de trânsito;
- ♦ População predominantemente de baixa renda, sem planos privados de saúde e com

dificuldade de deslocamento para socorro médico;

- ♦ Superlotação nas emergências dos grandes hospitais;
- ♦ Carência de ambulâncias nas redes básicas para encaminhamento a hospitais;
- ♦ Incidência estimada de infarto agudo do miocárdio de 99 indivíduos por 100.000 adultos ≥ 25 anos;
- ♦ Possibilidade de retaguarda hospitalar e pós-hospitalar, isto é, existência de serviços de alta e média complexidade, leitos necessários ao estabelecimento de referência e contrarreferência de pacientes nos diversos componentes assistenciais.¹⁷

A tele-eficiência do tratamento precoce para as pessoas em situação de emergência, devido a doença súbita, acidentes ou violência, levou ao desenvolvimento de vários serviços públicos e privados de cuidados de saúde pré-hospitalar e de transferência inter-hospitalar.¹⁸

Em face das constantes mudanças pelas quais vem passando o APH, sua trajetória identitária tem-se transformado em um empenho pessoal pela construção de uma “identidade positiva” e na quebra do paradigma de pouca valorização e autonomia que foram historicamente construídos, pontuados nessa categorização.¹⁹

■ Legitimidade

No estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto n. 395, de 7 outubro de 1893, ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Em 1910, o Decreto n. 1.392 tornou obrigatória a presença de médicos em local de incêndios ou outros acidentes.⁴

A partir de então, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, a partir de 1997, passaram a questionar a eficácia dos serviços de APH prestados pelo Corpo de Bombeiros, que não possuíam embasamento técnico suficiente para essa atuação. Em 1998 o Conselho Federal de Medicina criou a Resolução n. 1.529/98, que normatizava a atividade médica na área da urgência/emergência em sua fase pré-hospitalar.²⁰ Posteriormente a essa resolução, o MS transferiu quase que integralmente o texto para a Portaria n. 824, de 24 de julho de 1999, normatizando, assim, o APH em todo o Brasil, juntamente com um acordo assinado entre o Brasil e a França, por meio de uma solicitação do MS, dando origem ao Samu.⁹

No âmbito da Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) instituiu resoluções a fim de amparar legalmente a

atuação dos profissionais de enfermagem no APH, como a Resolução n. 225, de 28 de fevereiro de 2000.²¹

No que tange à assistência pré-hospitalar brasileira, a crescente demanda de vítimas de acidentes automobilísticos e de violência interpessoal é protagonista de um cenário de pouca estruturação e padronização dos serviços de urgência. Em face dessa contingência, o MS estabeleceu as legitimidades para o exercício profissional do APH. Essas portarias determinam a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências, como peças interligadas da trama de manutenção da vida, divididas nos seguintes componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.²⁰

A ficha de ocorrência é a única fonte de informação escrita acerca do atendimento, constituindo-se no prontuário do paciente para o Samu; é, portanto, um documento legal e exige informações que descrevam a avaliação realizada e os cuidados prestados. A manutenção de registros exatos requer uma interpretação objetiva dos dados com medições precisas, escritas corretamente com linguagem científica.²²

■ Estrutura e capacitação

O APH fixo é composto pelas unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde da família (USFs), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares de atendimento às urgências. Essas unidades são responsáveis pelo atendimento a casos de urgência por demanda espontânea, referenciados pelas UBS e pelo Samu. O componente pré-hospitalar móvel foi implantado por meio do Samu e dos serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional com as Centrais de Regulação Médica, acessadas pelo número telefônico 192, e os Núcleos de Educação em Urgência, “que devem se organizar como espaços de saber interinstitucionais de formação, capacitação, habilitação continuada de recursos humanos para as urgências”.^{18, 20}

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade se entende uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, tripulada por uma equipe de, pelo menos, dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.⁶

França SPS, De Martino MMF.

O desenvolvimento desses serviços acaba com a necessidade de profissionais qualificados que atendam a especificidades dos cuidados de enfermagem.¹⁸

Considerando que, no Brasil, a APS é uma área emergente em relação ao trabalho do enfermeiro, há programas e cursos de formação para atender as demandas específicas e proporcionar uma educação de qualidade, ajustada aos padrões brasileiros, O Cofen, por sua vez, incluiu o APH no rol de especialidades de enfermagem, mas não deu as diretrizes para a formação desses profissionais, que permaneceram implícitas na Resolução n. 260/2001, na descrição de atribuições desse profissional.¹⁸

No Brasil, cursos de especialização em emergência ou APH ainda são recentes. Os enfermeiros brasileiros estão se qualificando nessa área, por meio de cursos de especialização (pós-graduação *lato sensu*), seguindo as orientações do Ministério da Educação e do Cofen.²³

Fica evidente que as habilidades devem ser exaustivamente praticadas, em sua formação, preparando o enfermeiro para atuar em situações de emergência que exijam prontidão motora, destreza, raciocínio lógico e tomada de decisão.

■ Retrocessos

A incorporação de novas tecnologias, a alteração dos padrões socioeconômicos e de saúde/doença, e as exigências crescentes da sociedade por uma melhor assistência, muitas vezes, fazem com que o exercício das funções dos profissionais atuantes no APH ultrapasse sua formação acadêmica.¹⁹ Estudos apontam que a carga mental foi identificada pela maioria dos trabalhadores como inadequada, devido à responsabilidade da atividade e à situação de urgência, fatores considerados como estressores ocupacionais.¹⁴

Mais de 75% dos enfermeiros atuantes no serviço pré-hospitalar móvel no estado de Alagoas desenvolveram a síndrome de *burnout*²⁴, também conhecida como síndrome da estafa profissional, caracterizada por sua tríade clássica de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Estudos ressaltam que os preditores da síndrome independem de questões pessoais, mas, sim, organizacionais.²⁵

Os profissionais ficam expostos às situações de violência interpessoal, muito frequentes em seus contextos de atuação laboral, além dos riscos ocupacionais físicos, químicos e biológicos intrínsecos aos serviços de saúde, e de uma sobrecarga de trabalho advinda de má

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

remuneração. Um número significativo de profissionais acumulou mais de 70 horas trabalhadas por semana no serviço pré-hospitalar (25,3%).²⁶

Apesar do acordo realizado com a França, a realidade brasileira não permitiu a predominância do sistema francês devido à escassez de recursos; há necessidade de adaptações à nossa realidade, daí a explicação para mescla dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar em todo Brasil, o que deu margem a vários tipos de atuações distintas.⁵

Essas características já mostram, por meio de estudos, que os atuantes do cenário pré-hospitalar revelaram a existência de conflitos referentes às trajetórias desses profissionais, que influenciam sobremaneira seu processo identitário nesse contexto de atuação.²⁷ Um exemplo são as representações sociais dos profissionais das unidades de pronto atendimento em relação ao Samu, que podem ter algumas particularidades, se comparadas às de profissionais de outros serviços, em decorrência das condições locais de trabalho e de como se dão as relações.²⁸

Em contrapartida, essa mesma “melhoria no acesso da população” vem servindo como elemento conflitante para os profissionais das unidades de pronto atendimento que lidam com sobrecarga de atendimentos da demanda espontânea desvinculada das UBS, equipes desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física, poucos recursos diagnósticos e dificuldades de referência e contrarreferência.²⁸

Um estudo realizado em Recife-PE identificou que 80% dos casos de atendimento a ocorrências de dificuldade respiratória ocorre entre 18:00 e 6:00 horas. Isso ocorreu, provavelmente, pela dificuldade de as famílias acessarem os serviços de saúde nesses horários, tanto pela distância como pelo meio de locomoção.²²

Historicamente, o nível de resposta pré-hospitalar às urgências e emergências tem sido insuficiente, provocando a superlotação dos hospitais e prontos-socorros, mesmo quando a situação clínica não é característica de atendimento de emergência.²⁹

■ Desafios

Os serviços de atendimento pré-hospitalar devem ser estruturados para melhorar e qualificar o atendimento as urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar, melhorar os prognósticos de reabilitação e interagir com a comunidade. Segundo seus

França SPS, De Martino MMF.

princípios e diretrizes, devem coordenar meios, processos e fluxos que visem a garantir a sobrevivência do paciente ao interagir com todos os componentes da rede de assistência local à saúde.²⁰

Tendo em vista outro preâmbulo, é necessário discutir alguns pontos importantes que se formaram no processo de construção da estratégia do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel:

- ♦ Até que ponto profissionais não médicos podem ser treinados e se tornar capazes de realizar procedimentos médicos, por delegação de um médico?
- ♦ Sustenta-se um sistema exclusivamente por médicos e enfermeiros, cuja remuneração é mais alta do que os paraprofissionais?
- ♦ Há treinamento constante para atualização teórica e prática dos enfermeiros para a realização da reanimação cardiorrespiratória conforme as diretrizes da American Heart Association, que analisa e divulga, periodicamente, as evidências que fundamentam as modificações relacionadas às manobras de reanimação cardiorrespiratória e ao uso da desfibrilação em qualquer tipo de paciente?
- ♦ As novas atribuições delegadas ao técnico/auxiliar de enfermagem, por meio da telemedicina, são pontuadas conforme a legislação do Cofen?
- ♦ Os municípios terão condições de assegurar toda a programação da assistência municipal ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar e especializada por meio da prestação de ações e serviços, seguindo o processo da descentralização em cumprimento à Lei n. 8.080/90 e às normas operacionais básicas?
- ♦ Há cooperação técnica com o Corpo de Bombeiros, as polícias Rodoviária, Militar e Civil, a Guarda Municipal, a Defesa Civil estadual e municipal na área de resgate, salvamento, atenção a desastres e acidentes com múltiplas vítimas?
- ♦ Existem garantias de organização e oferta de sistemas locais de atenção às urgências a partir da estruturação municipal e a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com oferta organizada e demanda atendida nas áreas de urgência e emergência no município?

CONCLUSÃO

Torna-se imprescindível a busca constante de avanços no APH, bem como a monitorização dos resultados, que são passos fundamentais para a minimização de agravos e o aprimoramento do sistema de atendimento

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

à prevalência crescente de intercorrências que causam grande impacto socioeconômico e epidemiológico e necessitam de atendimento emergencial. Para isso, há necessidade de integração entre a comunidade, o Samu e o atendimento hospitalar.

Faz-se importante a discussão do funcionamento das redes de referência e contrarreferência e suas formas de organização. É necessário repensar as formas de regulação do Samu, com o uso de medidas que visam a assegurar a saúde, bem como a conservação da qualidade de vida e de trabalho desses profissionais, considerando o futuro desse serviço. O Samu precisa ser constantemente discutido, (re)pensado e refletido como ação estratégica política, ética e cidadã, muito mais que um serviço de atendimento que vise à melhoria da cobertura pré-hospitalar da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. BBC Brasil. Violência no mundo mata 1,6 milhão de pessoas por ano [document on the internet]. 2002 [cited 2012 July 26]. Available from: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/021003_violenciamv.shtml.
2. Brasil. Uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
3. Agudelo SF. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. Boletín Epidemiológico de la OPS. 1990;11(2):1-7.
4. Brasil. Evolução da mortalidade por violência no Brasil e Regiões [document on the internet]. 2004 [cited 2012 July 26]. Available from: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24448.
5. Rocha KP, Prado ML, Radunz V, Wosny AM. Nursing care in pre-hospital and aeromedical removal. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2003 [cited 2012 July 26];56(6):695-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600022&script=sci_arttext.
6. Ramos VO, Sanna MC. Estudo bibliométrico sobre atendimento pré-hospitalar. II Congresso Nursing; 2004 [cited 2004 Apr 29]; São Paulo, BR. Anais. p. 76-7.
7. William E, Cayley JR. 2005 AHA Guidelines for CPR and Emergency Cardiac Care. Am Fam Physician. 2006 May [cited 2012 July 26];73(9):1644-55. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2006/0501/p1644.html>.

França SPS, De Martino MMF.

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

8. Martins PPS, Prado ML. Nursing service and pre-hospital care: perspectives and misdirections. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2003 [cited 2012 July 26];56(1):71-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000100015.

9. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina* [serial on the internet]. 1999 [cited 2012 July 26];32(4):381-7. Available from: http://pedro2.pmrp.com.br/ssauade/programa/s/samu/neu-pdf/revisao_atendimento.pdf.

10. Figueiredo DLB, Costa ARLC. Cuiabá Mobile Emergency Service: challenges and opportunities for nursing professionals. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2009 [cited 2012 July 26];22(5):707-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n5/en_18.pdf.

11. Plotjowski LM, Santos RR, Souza CAS, Espinosa A, Moraes MAP, Souza SR. Atendimento de emergência pré-hospitalar. *Prat Hosp*. 1988;3(3):40-4.

12. Tacahashi DM. Emergências pré-hospitalares de cuidados de enfermagem – um novo desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1991;44(2/3):113-5.

13. Brasil. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [document on the internet]. 2001 [cited 2012 Oct 20]. Available from: <http://www.dtr2001.saude.gov/samu.htm>.

14. Zapparoli AS, Marziale MHP. Occupational risk in basic and advanced emergency life support units. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2006 [cited 2012 Oct 20];59(1):41-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf>.

15. Ramos VO, Sanna MC. Nurse integration into pre-hospital medical services: historical outline and current perspectives. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2005 [cited 2012 Oct 20];58(3):355-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>.

16. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. Nursing teaching and the national curricular directives: utopia x reality. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the internet]. 2006 [cited 2012 Oct 20];40(4):570-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>.

17. Bahia (Estado). Projeto de Reorganização do Atendimento de Urgência e Emergência

para o Estado da Bahia. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2003.

18. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Nurses' training in prehospital care. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the internet]. 2008 [cited 2012 Oct 20];16(2):192-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/04.pdf>.

19. Abreu WC. Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Estudo multicase. Lisboa: Educa; 2001.

20. Brasil. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

21. Brasil. Decisão Coren/SP DIR-01-2001: regulamenta as atividades de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2001.

22. Silveira CLS, Lima LS. Training of nursing technicians/assistants in mobile pre-hospital healthcare: results from nursing records. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2009 [cited 2012 Sep 26];6(2):258-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n5/en_13.pdf.

23. Holleran RS. Role of nursing in prehospital care. In: Holleran RS. *Prehospital nursing: a collaborative approach*. St. Louis: Mosby; 1994. p. 3-21.

24. França SPS, Aniceto EVS, De Martino MMF, Silva LL. Sickening process in the nurse's work in mobile pre-hospital care. *Rev Enferm UFPE On Line* [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 Sep 26];6(2):258-66. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2355>.

25. França SPS, De Martino MMF, Silva LL. Predictors of burnout syndrome in nurses in the prehospital emergency services. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 Sep 26];25(1):68-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n1/en_v25n1a12.pdf.

26. Vegian CFL, Monteiro MI. Living and working conditions of the professionals of the a mobile emergency service. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2012 Sep 26];19(4):1018-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/22.pdf>.

27. Araujo, MT, Alves M. Gazzinelli MFC, Rocha TB. Social representations of professional emergency units on the mobile emergency. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2012 Sep

França SPS, De Martino MMF.

Atendimento pré-hospitalar como estratégia...

26];20:156-63. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>.

28. Bittencourt RJ, Hortale VA. Quality in the public health services emergency and some considerations about recent events at Rio de Janeiro city. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2007 [cited 2012 Sep 26];12(4):929-34. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/11.pdf>.

29. Vieira CMS, Mussi FC. The implementation of the proposed emergency ambulance service in Salvador/BA: overview and challenges. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2008 [cited 2012 Sep 26];42(4):793-7. Available from:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a23.pdf

Submissão: 09/02/2012

Aceito: 08/03/2013

Publicado: 01/04/2013

Correspondência

Salomão Patrício de Souza França
Av. 9 de Julho, 1.021 / Ap. 93 – Bela Vista
CEP: 01313-000 – São Paulo (SP), Brasil