

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WALESKA ANTUNES DA PORCIUNCULA PEREIRA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem**

Porto Alegre

2005

WALESKA ANTUNES DA PORCIUNCULA PEREIRA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção
do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2005

P436a Pereira, Waleska Antunes da Porciucula

Atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito: a organização do trabalho, seus atores e a enfermagem / Waleska Antunes da Porciucula Pereira ; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2005.

171 f. : il.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Acidentes de trânsito. 2. Serviços médicos de urgência. 3. Socorro de urgência. 4. Enfermagem em emergência. 5. Trabalho. 6. Equipe de assistência ao paciente. 7. Ação intersectorial. 8. Serviços de saúde. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Adulto.

LHSN – 416.3
NLM –WA 292

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

WALESKA ANTUNES DA PORCIUNCULA PEREIRA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:
a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título
de MESTRE em ENFERMAGEM.

Porto Alegre, 26 de novembro de 2004.

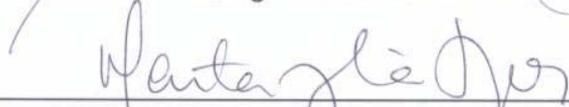
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima – UFRGS - Presidente



Profª Drª Marta Regina Cezar Vaz – FURG - Membro



Profª Drª Marta Júlia Marques Lopes – UFRGS - Membro



Profª Drª Liana Lautert – UFRGS - Membro

AGRADECIMENTOS

Este estudo é resultado de um aprendizado que foi compartilhado com muitas pessoas, desde as primeiras discussões sobre o tema até a sua finalização. Ele representa o fim de uma etapa e a possibilidade de novos começos.

Gostaria de agradecer a todos que participaram dessa caminhada e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

À Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, que orientou este estudo, acreditando no meu potencial e me instigando a crescer, pelo carinho e amizade, pelos ensinamentos e pela compreensão de minhas dificuldades e limitações.

Às professoras Marta Regina Cezar Vaz, Marta Júlia Lopes e Liana Lautert, pelas importantes contribuições na realização do exame de qualificação.

Às professoras do Curso de Mestrado, pelas contribuições na construção do conhecimento e aos colegas pelas trocas e incentivo.

À Direção da Escola de Saúde Pública, pelo apoio, possibilitando as condições necessárias para a realização desse estudo.

À Coordenação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e aos seus trabalhadores, de todas as áreas, pelo acolhimento e receptividade, viabilizando esta investigação.

Ao Comando do Corpo de Bombeiros (CCB) e ao Corpo de Bombeiros de Busca e Resgate (CBBR), pelo interesse e disposição dos seus comandantes em viabilizar o acesso às informações e possibilitar a realização da pesquisa de campo.

Às enfermeiras, aos auxiliares e técnicos de enfermagem, aos médicos, aos motoristas e aos bombeiros militares entrevistados, pela disposição em participar e contribuir com este trabalho.

À Raquel e à Rosana, pela valiosa ajuda na transcrição e digitação das entrevistas.

À bibliotecária Celina, pelas orientações e elaboração da ficha catalográfica.

À professora Helena, pela revisão de português e suas importantes sugestões.

Aos meus filhos, Renan, Kelli e Juliano, que aprenderam a conviver com uma mãe trabalhadora e estudante, que nem sempre estava presente como desejavam, pela compreensão, pelas contribuições na organização da casa e até mesmo na realização deste estudo.

À minha mãe, Alvaci, sempre parceira nos momentos difíceis, pelo apoio incondicional que possibilitou que eu concretizasse mais esse projeto.

Ao Fábio, meu companheiro de todas as horas, não só pelo amor, carinho e paciência dedicados durante a realização deste Mestrado, mas também pelo apoio, incentivo e por ter me aberto as portas e me acompanhado por este mundo do atendimento pré-hospitalar, o que possibilitou que eu me lançasse confiante na busca de respostas para minhas indagações. Amor, a tua contribuição é imensurável.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrente de acidente de trânsito, no município de Porto Alegre, no que se refere à organização do processo de trabalho, identificando a inserção da enfermagem nesse campo. Caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório. Os dados foram obtidos por meio de observação participante e entrevista semi-estruturada. No processo de análise, utilizou-se uma abordagem dialética, classificando-se o material empírico em estruturas de relevância que, posteriormente foram agrupadas em um núcleo denominado processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar. Nesse núcleo, as estruturas de relevância identificadas foram subdivididas em três subnúcleos: a organização tecnológica do trabalho no serviço de atendimento pré-hospitalar, o trabalho coletivo no atendimento às ocorrências de acidente de trânsito e a visão dos atores sobre a inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Constatou-se a centralidade médica na organização do serviço por meio do exercício da regulação médica; entretanto, na organização do trabalho assistencial, que se efetiva no atendimento das ocorrências, a enfermagem tem um papel essencial, pois é responsável pelo atendimento integral ao paciente, em mais de 90% das situações e participa do atendimento no restante das ocorrências, integrando a equipe de suporte avançado. A equipe realiza um trabalho integrado, no qual as relações estabelecidas são horizontais, o que proporciona a realização de ações conjuntas, que garantem um atendimento rápido e adequado. Na relação com os atores das outras áreas, observou-se a realização de um trabalho coletivo, no qual a equipe de saúde assume uma posição central e as demais,

realizam suas atividades específicas, em apoio ao trabalho da saúde, configurando um papel periférico. Os dados analisados revelam a relevância do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito e o envolvimento da equipe de suporte básico nesse processo de trabalho, indicando a necessidade de aprofundar o conhecimento nessa área, e buscar subsídios para a prevenção desses agravos, a formação e qualificação dos trabalhadores, bem como a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinariedade.

Descritores: Acidentes de trânsito. Serviços médicos de urgência. Socorro de urgência. Enfermagem em emergência. Trabalho. Equipe de assistência ao paciente. Ação intersetorial. Serviços de saúde. Humano. Adulto.

RESUMEN

El presente estudio tiene por objeto caracterizar la atención prehospitalaria a víctimas de traumatismos por accidentes de tráfico, en la ciudad de Porto Alegre, a lo que concierne a la organización del proceso de trabajo, identificando la inserción de la enfermería en ese ámbito. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo. Los datos fueron obtenidos mediante observación participante y entrevista semiestructurada. En el proceso de análisis, se ha utilizado un enfoque dialéctico para la clasificación del material empírico en estructuras de relevancia que, posteriormente, volvieron a ser reunidas en uno núcleo denominado proceso de trabajo en la atención prehospitalaria. En ese núcleo, las estructuras de relevancia identificadas se subdividieron en tres subnúcleos: la organización tecnológica del trabajo en el servicio de atención prehospitalaria, el trabajo colectivo en la atención a las ocurrencias de accidentes de tráfico y la visión del actores respecto a la inserción de la enfermería en la atención prehospitalaria. Se ha constatado la centralidad médica en la organización del servicio por medio del ejercicio de la regulación médica; sin embargo, en la organización del trabajo asistencial, que se efectiva en la atención a las ocurrencias, la enfermería juega un rol esencial, una vez que es responsable de la atención integral al paciente en más del 90% de los casos y participa en la atención a las demás ocurrencias al formar parte del equipo de soporte avanzado. El equipo lleva a cabo un trabajo integrado, en el que las relaciones establecidas son horizontales, hecho que proporciona la realización de acciones conjuntas que garantizan una atención rápida y adecuada. En la relación establecida con los actores de otras áreas, se ha observado la realización de un

trabajo colectivo en el que el equipo de salud asume una posición central y los demás realizan sus actividades específicas, en apoyo al trabajo de la salud, desempeñando un rol periférico. Los datos analizados denotan la relevancia de la atención a las víctimas de accidentes de tráfico y la participación efectiva del equipo de soporte básico en tal proceso de trabajo, lo que señala la necesidad de profundizar el conocimiento en ese ámbito y de buscar apoyos para la prevención de esos traumas, la formación y calificación de los trabajadores, como así también la estructuración del trabajo basado en la interdisciplinariedad.

Descriptores: *Accidentes de tránsito. Servicios Médicos de Urgencia. Socorro de Urgencia. Enfermería de urgencia. Trabajo. Grupo de Atención al Paciente. Acción Intersectorial. Servicios de Salud. Humano. Adulto.*

Título: *ATENCIÓN PREHOSPITALARIA A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO: la organización del trabajo, sus actores y la enfermería*

ABSTRACT

This study aims at pinpointing the prehospital life support service in the city of Porto Alegre when helping traffic accident trauma victims. We analyzed the calls profile as well as the organization of the working process involved, focusing on the nursing segment. an exploratory-descriptive methodology was used, and the data were gathered from participative observation and semi-planned interviews. In order to analyze the data a dialectical approach was used, and the empirical data were classified into levels of relevance which were afterward grouped in a segment named prehospital life support working process. In this segment, the levels of relevance identified were rearranged into three subgroups: the technological organization of the prehospital life support assistance service, the group work concerning the traffic accident calls attended, and how the people involved regard the nursing segment in the prehospital life support assistance service. We found out that all the work is doctor-centered, which can be noticed by means of the medical regulation. Concerning the assistance work organization, however, the nursing segment plays a fundamental role, for it is responsible for the whole assistance to the patient in over 90% of the cases and takes part of the assistance in the rest of the calls, for it is part of the advanced trauma life support team. The team makes an integrated work, where there are horizontal-oriented actions. This makes it possible for all the team to work altogether, which guarantees a prompt and appropriate assistance. In other related areas, we observed a co-operative work, where the medical team takes a central role and the others carry out specific activities in order to support the medical team work, assuming a more peripheral role. The analyzed data reveal how relevant

the assistance to traffic accident victims is, as well as how deep the prehospital basic trauma life support is involved in the process. Finally, it indicates the need for a deeper knowledge on the area so as to gather further support to prevent serious complications, and the need for a better qualification of the professionals involved in the area, as well as an interdisciplinary-based work.

Descriptors: *Traffic accidents. Emergency Medical Services. Emergency nursing. Work. Patient Care Team. Intersectorial Action. Health Services. Human. Adult.*

Title: *PREHOSPITAL LIFE SUPPORT ASSISTANCE SERVICE TO TRAFFIC ACCIDENT TRAUMA VICTIMS: its working organization, the professionals involved and the role of nursing*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Ocorrências decorrentes da solicitação de socorro, classificadas como trauma e não trauma, atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	38
Tabela 2 – Ocorrências de acidente de trânsito e demais traumas atendidos por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	39
Tabela 3 – Ocorrências de acidente de trânsito, classificados em atropelamento e colisão, atendidos por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	41
Tabela 4 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, segundo turno e mês, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	42
Tabela 5 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, segundo dia da semana e mês, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	43
Tabela 6 – Configuração das equipes envolvidas no atendimento às ocorrências de acidente de trânsito de um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	44
Tabela 7 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas em cada uma das bases operacionais de um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003	46
Quadro 1 – Perfil das equipes e quantidade média de atendimentos realizados pelos serviços públicos de atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre, julho a setembro de 2003	57
Quadro 2 – Distribuição da amostragem de tempo, turno de trabalho, dia da semana e base, no período de observação. Porto Alegre, 2003.....	61
Figura 1 – Fluxograma do serviço de atendimento pré-hospitalar analisado neste estudo	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA E O REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRAUMA CAUSADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO	22
2.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE TRAUMA: ORGANIZAÇÃO E EQUIPE	26
2.3 ESTUDO EMPÍRICO DE BASE	34
2.3.1 Perfil das ocorrências do atendimento pré-hospitalar	36
2.3.2 Caracterização das ocorrências de acidentes de trânsito	39
2.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	46
2.5 OBJETIVOS	52
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	53
3.2 AS TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS	54
3.3 EXPLORAÇÃO DO CAMPO	55
3.4 O LOCAL DO ESTUDO	57
3.5 A COLETA DOS DADOS	59
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	62
4 PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	64

4.1 A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	69
4.1.1 A Regulação Médica.....	71
4.1.2 A assistência à vítima de acidente de trânsito	78
4.1.3 Outros instrumentos de trabalho e atividades do atendimento pré-hospitalar	93
4.2 O TRABALHO COLETIVO NO ATENDIMENTO ÀS OCORRÊNCIAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	98
4.2.1 As atividades dos atores e o trabalho em equipe	98
4.2.2 A relação com os atores das outras áreas	128
4.2.3 A concepção sobre o trabalho	135
4.3 VISÃO DOS ATORES SOBRE A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	141
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados do estudo empírico de base	163
APÊNDICE B – Roteiro para observação	164
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista	165
APÊNDICE D – Solicitação de informações ao SAMU	166
APÊNDICE E – Solicitação de informações ao Corpo de Bombeiros	168
APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido	170
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	171

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a organização do processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma decorrente de acidente de trânsito.

O atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar. De acordo com Ribeiro (2001), compreende o atendimento na cena do acidente, o transporte e a chegada ao hospital e essa assistência qualificada é fundamental para que a vítima chegue ao hospital com vida.

A motivação para realizar este estudo partiu da minha vivência profissional, como enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, desenvolvendo ações na Escola de Saúde Pública, onde, em 1999, comecei a desenvolver um projeto de capacitação de trabalhadores para a atenção à saúde em situações de urgência, emergência e trauma.

Tive oportunidade de integrar um grupo de trabalho que realizou visitas a serviços em municípios que são referência nacional, como o Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas e Curitiba onde conhecemos as iniciativas existentes de implantação de Centrais de Regulação, a organização do APH e a formação dos trabalhadores.

Cada um desses locais tem serviços de APH com características bem distintas, sejam vinculados exclusivamente à Secretaria da Saúde (Campinas) ou ao Corpo de Bombeiros (Rio de Janeiro), ou envolvendo convênios entre Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde com o Corpo de Bombeiros (São Paulo e Curitiba). As equipes de saúde tinham constituição diversa, visto que não havia, até 1999, legislação específica em relação ao APH.

A partir de 1999, foram publicadas as primeiras normalizações referentes ao APH, inicialmente trazendo a figura do socorrista – leigo treinado e, em seguida, excluindo essa figura, restringindo a equipe de atendimento a profissionais da área da Saúde e da Segurança.

Na normalização existente sobre o atendimento pré-hospitalar está prevista a composição da equipe de saúde com enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e médico, conforme a complexidade do atendimento a ser prestado e do veículo (ambulância) que será deslocado para essa ocorrência. Além da equipe de saúde podem participar do atendimento as equipes de resgate e de segurança. Assim, atuam bombeiros militares no resgate e, no campo da segurança, policiais militares ou agentes de trânsito municipais (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, pela Portaria nº 2048, estabelece as competências e atribuições dos trabalhadores que podem atuar no APH, sejam da área da Saúde ou não, sem preocupação com o processo de trabalho em equipe, com o cotidiano de cada profissional, com a inter-relação das áreas envolvidas, determinando uma dependência aos protocolos de atendimento e às decisões do médico regulador.

A minha preocupação tem sido pautada na organização do trabalho no APH à vitima de trauma e a inserção da Enfermagem, nesse contexto. É necessária a Enfermagem, construir a sua história, buscando caracterizar a sua atuação no campo pré-hospitalar e o papel que desempenha junto à equipe multiprofissional e intersetorial.

Esse campo de trabalho na Saúde Pública é muito recente, os pioneiros no atendimento pré-hospitalar são os profissionais da Segurança e Defesa Civil, em particular os bombeiros militares, e não os profissionais da Saúde. Os bombeiros militares têm uma trajetória no atendimento pré-hospitalar, visto que o salvamento e

o resgate – sua atribuição legal – integram o espectro de atividades desse atendimento no que diz respeito ao trauma (FERNANDES; MINUZZI; KUHN, 2000).

A problemática do trauma e o atendimento ao traumatizado têm sido, em sua história, preocupação e objeto de estudo dos profissionais médicos, especialmente entre os cirurgiões (SANTOS; SANTOS JÚNIOR, 2001).

Thomaz e Lima (2000, p. 60) relatam que “o tipo de trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar é uma prática nova para os padrões de enfermagem tradicional”. Nos serviços existentes, a configuração das equipes é variada e nem sempre os profissionais da Enfermagem têm seu lugar assegurado, especialmente o enfermeiro¹.

Outro aspecto a ser ressaltado é o das relações de trabalho nesse espaço de atuação tão variado e imprevisível, visto que as atuações não são determinadas por uma organização hierárquica e nem por áreas de conhecimento. Existe um saber, que é comum a todos os profissionais envolvidos nesse tipo de serviço, e ações que podem ser executadas por todos eles, apesar de serem mantidas as especificidades de cada um, com suas respectivas competências e responsabilidades.

No trabalho desenvolvido junto aos docentes e instrutores envolvidos no Projeto Urgência e Emergência² que são, majoritariamente, profissionais médicos, enfermeiros e bombeiros, foram discutidas as políticas de saúde, envolvendo nesse debate a legislação existente e inserção das capacitações nesse contexto. Uma das preocupações desse grupo de docentes e instrutores e, posteriormente, dos trabalhadores que participaram dos cursos eram as relações entre os vários atores,

¹ A legislação garante a participação do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem nos serviços de atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 1999; 2001; 2002; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2001a; 2001b).

² Projeto de Qualificação Técnica e Humanização da Atenção à Saúde em Situações de Urgência, Emergência e Trauma, promovido pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em parceria com a Sociedade Riograndense de Atendimento Integrado ao Traumatizado, Escola de Bombeiros da Brigada Militar e Instituições de Ensino Superior, de 2000 a 2002.

envolvendo as definições das áreas de atuação, dos espaços de cada um e das competências.

Acredita-se que é preciso conhecer melhor a dinâmica desse serviço, para entender-se o papel de cada um dos profissionais e o que é necessário para que o objetivo de atender as vítimas de trauma, com qualidade e eficiência, seja alcançado.

O APH, na maior parte das vezes, acontece em ambiente adverso e hostil e, de acordo com Dantas e Seixas (1998), alguns fatores como a habilidade pessoal do profissional e recursos disponíveis, assim como o alcance dos meios de comunicação, entrosamento da equipe e, principalmente, treinamento específico intervêm de forma decisiva nos resultados do trabalho.

Portanto, no APH, o trabalho em equipe é fundamental, como também o conhecimento básico para o atendimento inicial, que pode ser realizado por várias categorias profissionais, sem ser exclusividade de nenhuma delas. Mas, como isso ocorre na dinâmica do serviço? Como esse atendimento está organizado? Quem determina quem faz o quê? Existem protocolos? Os trabalhadores recebem capacitação? Como dialogam com as outras áreas?

Segundo Tomaz e Lima (2000, p. 60) o enfermeiro passou a atuar na assistência direta às vítimas atendidas no pré-hospitalar a partir da década de 90, quando foram incorporadas aos serviços as unidades de suporte avançado³. As autoras relatam que, a partir daí, "... o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assume em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas".

³ O APH expandiu-se no mundo inteiro, com duas modalidades, suporte básico à vida que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (MALVESTIO e SOUSA, 2002).

Em alguns desses serviços, como está relatado no estudo de Soares (1999), a enfermeira desenvolve atividades de treinamento, administrativas, de organização do trabalho, mas muito pouco atua na assistência direta. A regulação médica⁴, que nesse contexto das emergências é entendida, segundo as Portarias Ministeriais e, em consonância com o Conselho Federal de Medicina, como elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar, é exercida exclusivamente por profissional médico (BRASIL, 1999; 2001; 2002). O atendimento das ocorrências é desenvolvido, na maioria das vezes, por auxiliares ou técnicos de enfermagem e bombeiros militares.

O atendimento pré-hospitalar exige profissionais com um perfil e uma formação que não tem sido contemplada pelos cursos de Graduação e especialidades regulamentadas. Isso pode ser evidenciado no que dizem Thomaz e Lima (2000, p. 62) quando ressaltam que

... apesar de utilizar os mesmos conceitos e alguns procedimentos contidos nas especialidades já regulamentadas, o ambiente pré-hospitalar determina diferenças marcantes que acabam por transformar a atuação do enfermeiro de forma totalmente diversa do trabalho diariamente visto dentro de unidades hospitalares.

Frente às questões levantadas surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento no trabalho do APH, enfocando as relações entre os vários atores, a partir do estudo sobre o processo de trabalho nesse tipo de serviço de saúde, que é recente no País e muito pouco conhecido. Consideramos atores, os diferentes profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, no atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidente de trânsito, pois eles não desempenham apenas ações assistenciais mas, cada um deles, tem uma inserção social, um modo de ver e

⁴ A Regulação Médica faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis (BRASIL, 1999; 2001; 2002).

explicar a realidade, que produz um modo de agir diferenciado. O ator, como define Matus (1996) é participante, tem valores, memória e consciência e, sua ferramenta é a ação na práxis.

Na realidade do Rio Grande do Sul, existem serviços de atendimento pré-hospitalar de natureza diversa: os serviços privados que atendem a um público pré-determinado; os serviços de concessionárias de rodovias que exploram os pedágios e atendem qualquer pessoa que necessitar de atendimento na rodovia que está sob sua responsabilidade; o grupamento de atendimento de emergência (GAE) do Corpo de Bombeiros de Busca e Resgate que atende a qualquer ocorrência, via sistema telefônico 193, envolvendo emergências traumáticas e muitas vezes clínicas, além de salvamentos em geral; Polícia Rodoviária Federal e Estadual que fazem o primeiro atendimento em rodovias federais e estaduais, que não estão sob responsabilidade de concessionárias, e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) que presta seus serviços, no que se refere a emergências clínicas e traumáticas, a qualquer cidadão do município de Porto Alegre, através do telefone nº 192.

Com base no exposto, torna-se necessário o conhecimento dos atores que, de fato atuam no atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma decorrente de acidentes de trânsito no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, atentando para a inserção dos profissionais da enfermagem.

A partir daí, pode-se colher subsídios que possibilitem conhecer e discutir a participação do enfermeiro na equipe de atendimento pré-hospitalar e o seu papel nesse campo de atuação, pois, concordando com Thomaz e Lima (2000) a atividade pré-hospitalar é relativamente nova para o enfermeiro no Brasil, não podendo ser

comparada com a atividade hospitalar, e nem com o exercício profissional em países da Europa e dos Estados Unidos, pois a realidade brasileira é bastante diferente.

Pensa-se em contribuir, dessa forma, para a organização dos serviços de APH no Estado, de forma a atender às necessidades e peculiaridades dos grandes centros urbanos. Este estudo poderá subsidiar a formação e qualificação dos trabalhadores e a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinariedade, potencializando a utilização dos recursos públicos, sejam materiais ou de pessoas e, assim, qualificando o atendimento à saúde nessa área tão crítica e de grande relevância para a Saúde Pública.

Além disso, abre possibilidades de realização de outros estudos que nos permitam entender melhor o processo de trabalho e os fatores que interferem no desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar em nosso País.

2 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA E O REFERENCIAL TEÓRICO

Para entender o processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar foi necessário conhecer os aspectos epidemiológicos de trauma causados por acidente de trânsito e situar historicamente a organização do atendimento pré-hospitalar e a constituição de suas equipes. Utilizou-se o referencial teórico que fundamenta o entendimento do processo de trabalho em saúde. Para contextualização desse cenário realizou-se um estudo empírico de base, em que se caracterizou o perfil do atendimento pré-hospitalar realizado em Porto Alegre, destacando as ocorrências de acidente de trânsito.

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRAUMA CAUSADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO

Os acidentes de trânsito têm sido alvo de grande preocupação no Brasil e no mundo, seja pelo elevado número de vítimas jovens que atingem, como pelos impactos sociais, econômicos e pessoais que provocam. No Rio Grande do Sul, a mortalidade por causas externas⁵ foi a mais acentuada na faixa etária de 1 a 39 anos, em 2002, sendo esses óbitos decorrentes de homicídios e de acidentes de transporte, numa tendência linear ascendente, nos últimos anos, e responsáveis pelos maiores índices do indicador anos potenciais de vida perdidos, visto que

⁵ Causas externas é a denominação utilizada na Classificação Internacional de Doenças (CID) para um conjunto de agravos à saúde, que envolvem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2001b).

atingiram uma população extremamente jovem (RIO GRANDE DO SUL, 2000a, 2000b, 2002).

No Brasil, as causas externas representaram, no ano de 2000, 14,5% do total de mortes, situando-se logo após as neoplasias malignas (14,9%), como a terceira causa de morte no País. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes às duas últimas décadas, os acidentes de trânsito continuam como a principal razão das mortes por causas externas no Rio Grande do Sul, enquanto em outras regiões do Brasil, foram superados pelos homicídios. Os acidentes de trânsito, em 2000, representaram 29,4% dos óbitos por causas externas, no Estado, enquanto os homicídios chegaram a 25,4% (BRASIL, 2004).

Estes dados demonstram o impacto que a mortalidade por causas externas representa no quadro geral de mortalidade, sendo considerada um grande problema de Saúde Pública, não só no Estado e no Brasil, mas no mundo. Isto, sem se falar nos custos para o Sistema de Saúde e para a sociedade, no que se refere aos “sobreviventes”, que exigem tratamento intensivo, de alta complexidade, especializado e de reabilitação.

Aviña Valencia; Meneses Gonzáles e Aspiazu Lee (1999) ressaltam que os acidentes e lesões representam, no México, um dos problemas de saúde mais sérios, tanto por suas implicações em termos de morbidade e mortalidade como suas implicações locais, familiares e econômicas. Em seu país, o trauma também se apresenta, como no Brasil, na terceira causa de morte, afetando um importante grupo da população.

Andrade e Jorge (2000) alertam que a morte representa a “ponta do iceberg” dos acidentes de transporte terrestre, pois dependendo de variáveis como localidade, tipo de acidente e da vítima, o número de sobreviventes que demanda

cuidados médicos, hospitalização, cuidados de terapia intensiva e apoio diagnóstico pode ser bem maior.

Neira (2001) aponta que nos Estados Unidos, em 1996, noventa e três mil pessoas foram a óbito devido ao trauma e vinte milhões tiveram algum grau de incapacidade, com um custo ao país superior a 400 milhões de dólares.

Whitaker, Gutiérrez e Koizumi (1998, p.115) auxiliam na compreensão da magnitude do problema ao dizerem que:

O trauma determina conseqüências sociais e econômicas importantes, pois as lesões podem ocasionar a morte ou incapacidade temporária ou permanente da vítima, determinando um alto custo com a recuperação, além de muitas vezes comprometer-lhe a qualidade de vida.

Recentemente, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) desenvolveu um estudo em que buscou quantificar os custos relacionados aos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas do Brasil, entre elas a Região Metropolitana de Porto Alegre. Os principais componentes desses custos são a perda de produção, os custos médico-hospitalares e os mecânicos, numa proporção de 85% do total. Os custos médico-hospitalares, que estão presentes apenas nos acidentes com vítimas, respondem por 16% dos custos totais e incluem o resgate das vítimas e a reabilitação. Segundo o relatório divulgado pelo IPEA um acidente de trânsito tem um custo médio de R\$ 8 782,49, quantia essa que, no caso em que haja vítimas eleva-se para R\$ 35 136,15 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

Ao contrário de várias doenças, que vêm sendo controladas através dos anos, a incidência dos traumas tem aumentado e, segundo Rodrigues e Miller (2001), cerca de 50% deles decorrem de acidentes de trânsito. Esse agravo é considerado um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, tanto que a

Organização Mundial de Saúde definiu o trânsito como tema do Dia Mundial da Saúde, em 2004. No Brasil, a maior parte das internações por causas externas, em 2001, deveu-se a quedas, com 43%, seguidas pelos acidentes de transporte, numa proporção de 17% (BRASIL, 2003a). Já Arruda (2000), em seu estudo sobre o perfil dos diagnósticos de Enfermagem que ocorrem, com maior frequência, em pacientes vítimas de trauma, admitidos em Centro de Tratamento Intensivo, constatou que os acidentes automobilísticos estão entre os principais mecanismos de ocorrência do trauma, representando 31,8% dos pacientes atendidos, ficando apenas um pouco abaixo das quedas (36,4%).

Acontece, no País, um acidente de trânsito a cada minuto, o que caracteriza esse agravo como o segundo maior problema de Saúde Pública, só ficando abaixo da desnutrição. São 45.000 mortes/ano, incluindo os óbitos após 24 horas do acidente, em que a maior parte das vítimas têm menos de 45 anos e 60% dos sobreviventes ficam com lesões permanentes, trazendo, com isto, prejuízos sociais incalculáveis (DRUMOND e ABRANTES, 2001).

Queiroz (2001, p. 10) alerta que “o trânsito no Brasil mata oito vezes mais do que nos EUA, cinco vezes mais do que no Japão e na Inglaterra, três vezes mais do que na França e Alemanha”.

Para exemplificar, em Curitiba, 70% dos atendimentos do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) devem-se a acidentes de trânsito, enquanto no restante do estado esse percentual atinge, em média, 50% (FILIPAK, 2001). Esses dados apontam para a problemática específica dos grandes centros urbanos onde essa situação se agrava.

Concorda-se com Whitaker; Gutiérrez e Koizumi (1998), quando afirmam que os custos sociais decorrentes do trauma, aliados à elevação dos índices de

mortalidade por acidentes e violência, têm apontado para a necessidade de se desenvolverem ações de prevenção e assistência em todos os níveis de atendimento, para minimizar essa problemática.

2.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE TRAUMA: ORGANIZAÇÃO E EQUIPE

O atendimento às vítimas de trauma tem sido relatado, no decorrer da história, vinculado ao atendimento de soldados nos campos de batalha. No entanto, segundo Santos e Santos Júnior (2001, p.486), a primeira proposta de sistemas de cuidados pré-hospitalares foi feita em 1969, sugerindo-se que “poderia haver melhora na sobrevivência se “normas de reanimação”, disponíveis no local e durante o transporte, fossem aplicadas para proteger as vias aéreas e fazer a manutenção da circulação “.

Whitaker; Gutiérrez e Koizumi (1998, p. 111) acrescentam que a existência de um serviço de atendimento pré-hospitalar integrado ao Sistema de Saúde pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. Os autores dizem que “a avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica da vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevivência para as vítimas de trauma até a sua chegada ao hospital”.

Malvestio e Sousa (2002, p. 589) também enfatizam que o cuidado às vítimas de trauma deve começar antes mesmo da chegada ao hospital.

... 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.

Nessa perspectiva, segundo Filipak (2001, p. 589) a literatura internacional especializada tem indicado que “um atendimento rápido e adequado, no local da ocorrência do acidente, possibilita a diminuição dos óbitos por traumas, bem como evita o agravamento dos danos e a geração de seqüelas”.

A organização dos serviços de APH no Brasil e a constituição de suas equipes têm sido muito diversificada, não seguindo um único padrão. O APH no Brasil teve início a partir do movimento de duas vertentes: uma militar, representada pelo Corpo de Bombeiros e outra civil, liderada pelos médicos, especialmente da área cirúrgica. Cada um desses grupos constituiu-se como elemento fundamental na implantação de serviços de APH, que na maioria dos locais organizaram-se a partir de parcerias entre as Secretarias da Saúde e da Segurança Pública.

No Brasil, existem dois sistemas públicos de atendimento pré-hospitalar: o do telefone nº 192, desenvolvido e operacionalizado pelo Governo Municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo do Corpo de Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Não há relatos, nas portarias do Ministério da Saúde⁶, da presença do profissional enfermeiro nos serviços de APH existentes (BRASIL, 2001a, 2001b).

O desenvolvimento de atendimento pré-hospitalar teve início no Estado do Rio de Janeiro onde, em 1986, foi criado o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), gerenciado pela Secretaria de Estado da Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). A missão do GSE é atender às emergências médicas clínicas e traumáticas ocorridas nas vias públicas e

⁶ A Portaria nº 737, que dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, assim como a Portaria nº 814, que até novembro de 2002 normalizava a estrutura e funcionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, contextualizam a situação de morbimortalidade por causas externas e de organização do APH no Brasil (BRASIL, 2001a, 2001b).

as ambulâncias ficam baseadas nos quartéis do Corpo de Bombeiros (CANETTI et al., 2001).

No Estado do Rio de Janeiro o sistema ainda é vinculado à Secretaria de Defesa Civil e desenvolvido pelo Corpo de Bombeiros, sem participação direta da Secretaria da Saúde. No Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), as ambulâncias avançadas são equipadas para realização de suporte básico de vida, imobilização e suporte avançado de vida, sendo sua equipe chefiada por um médico. Já as ambulâncias básicas, só possuem equipamentos de suporte básico de vida e imobilização e são tripuladas por um Técnico de Enfermagem em Emergências Médicas (TEM) e um socorrista (CANETTI et al., 2001).

O APH, como um serviço vinculado ao setor Saúde, iniciou-se no Brasil em 1989, no Estado de São Paulo, por meio de um convênio entre as Secretarias de Saúde e da Segurança Pública do Estado de São Paulo que criou o “Projeto Resgate” (GONÇALVES e RODRIGUES, 2001).

Em 1987, a partir de um grupo de trabalho em Curitiba, Paraná, deu-se início à criação de um sistema para o atendimento ao acidentado de tráfego. O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), que “é um serviço concebido para prestar atendimento pré-hospitalar ao traumatizado em áreas urbanas de cidades com população superior a 150.000 habitantes”, iniciou os atendimentos em 26 de maio de 1990 (FILIPAK, 2001, p. 590).

O SIATE, a partir de 1996, foi implantado nas principais cidades do Estado do Paraná, sendo a administração do serviço realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde e Corpo de Bombeiros, porém atendendo às normas vigentes emanadas do Estado, através das Secretarias Estaduais de Saúde e Segurança Pública.

Em 1990, o Ministério da Saúde já apontava a parceria do setor saúde com o da Segurança Pública e Defesa Civil, a partir do desenvolvimento do projeto intitulado Atendimento Pré-Hospitalar que integrava o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas. Os principais executores desse projeto eram as corporações de bombeiros militares, que assumiram a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar às emergências e traumas, visto que suas atividades-fim enquadravam-se perfeitamente na proposição do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990).

A década de 1990 foi marcada pelo surgimento de vários serviços de atendimento pré-hospitalar, em diversos estados do Brasil, operados por profissionais militares, geralmente bombeiros ou por profissionais civis vinculados às Secretarias de Saúde estaduais e/ou municipais.

Em 1995, em um encontro realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, envolvendo gestores públicos da saúde e outros profissionais, foi criada a rede 192, posteriormente denominada, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, que tem como objetivo principal ajudar a construir uma política para o atendimento às emergências no Brasil, estando representada em vários estados (GONÇALVES e RODRIGUES, 2001).

No Rio Grande do Sul, a exemplo de outros estados brasileiros como Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, além de países, como França, Estados Unidos e Japão, o atendimento pré-hospitalar surgiu por iniciativa do Corpo de Bombeiros (FERNANDES; MINUZZI; KUHN, 2000).

A partir de estudo de um grupo de oficiais do 1º Grupamento de Incêndio, iniciado em 1985, que envolveu visitas a outros estados no ano de 1988, o Rio Grande do Sul implantou, em dezembro de 1988, o Grupamento de Atendimento de

Emergência, vinculado, posteriormente, ao Corpo de Bombeiros de Busca e Resgate. Esse serviço de atendimento de emergência existe até hoje, não só em Porto Alegre, mas em trinta e dois municípios do interior do Estado (FERNANDES; MINUZZI; KUHN, 2000).

Em 1992, através de um Convênio entre Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretaria Estadual de Justiça e da Segurança, instalou-se o Programa Anjos da Guarda, que possibilitou a incorporação da tecnologia e recursos humanos existentes no Corpo de Bombeiros, aprimorando a capacitação técnica com a formação desses profissionais em auxiliares de enfermagem, ampliando a equipe com a introdução de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros no gerenciamento do programa, além de possibilitar a renovação de equipamentos e o desenvolvimento de educação continuada, através de intercâmbio com a França (FERNANDES; MINUZZI; KUHN, 2000).

Este serviço caracterizava-se como

uma equipe de socorristas-bombeiros e técnicos do Governo Municipal que, com a ajuda da Rede Hospitalar, das Universidades, da Iniciativa Privada e da População em geral vão desenvolver um conjunto de ações para combater e conter com eficácia os problemas decorrentes de causas externas (PORTO ALEGRE, [1991]).

As ambulâncias dos Anjos da Guarda eram operadas por bombeiros e auxiliares de enfermagem socorristas, que recebiam uma qualificação específica para o atendimento de emergência e trauma que os preparava para garantir a sobrevivência dos acidentados no percurso da ocorrência até o hospital (PORTO ALEGRE, [1991]).

Esse Programa, que objetivava a realização de suporte básico de vida, era mantido pela Secretaria Municipal de Saúde, no que se referia a ambulâncias, equipamentos, material de consumo, custeio, assim como, a capacitação de

recursos humanos para prestar o atendimento, cujo provimento era de responsabilidade do Corpo de Bombeiros (OLIVEIRA e CICONET, 2003).

Em novembro de 1995, foi inaugurado o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), com apoio de cooperação técnica francesa (PORTO ALEGRE, 1996). Este serviço nasceu da cooperação entre o Governo Municipal de Porto Alegre e o SAMU francês da cidade de Lille, localizada ao norte da França, seguindo o modelo dos serviços franco-germânicos, nos quais o trabalho pré-hospitalar baseia-se na equipe de saúde e, principalmente, na regulação médica. A central de regulação fica localizada no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS) e conta com três ambulâncias de suporte avançado. O atendimento à população é realizado também com ambulâncias de suporte básico que ficam em cinco outras bases descentralizadas e com um veículo rápido que fica à disposição no HPS, capaz de realizar o apoio avançado às unidades de suporte básico (SCHITZ, 2002).

O perfil dos serviços de atendimento pré-hospitalar e a definição dos procedimentos a serem realizados nesse cenário já vêm sendo discutidos há alguns anos. Velho (1994) apontava que poucos estudos conseguiam demonstrar vantagens do atendimento mais estruturado, em comparação à remoção imediata, de forma pura e simples. O autor sinalizava que o APH deveria ser pautado na constituição de equipes treinadas para realizarem um número restrito de procedimentos capazes de influir na sobrevivência dos pacientes vítimas do trauma, sem promover retardo na remoção, mas com supervisão médica constante, seja de forma direta ou indireta.

A história dos serviços de APH relatada por Canetti et al. (2001); Filipak (2001); Gonçalves e Rodrigues (2001) não deixa clara a participação da

enfermagem, em particular do enfermeiro. Em alguns momentos, esses autores fazem referência ao pessoal da enfermagem sem, no entanto, identificar tratar-se de enfermeiros ou de auxiliares e técnicos de enfermagem; em outros momentos fala-se dos enfermeiros, mas apenas participando de atividades educativas.

Canetti et al. (2001, p. 598) relatam que no GSE do CBRJ, onde atuam médicos, profissionais de enfermagem e socorristas, as equipes têm diferentes configurações, envolvendo sempre três trabalhadores em sua composição: “um médico e dois profissionais de enfermagem ou um médico, um profissional de enfermagem e um socorrista ou um técnico de enfermagem em emergência médica e dois socorristas”. Os membros da equipe devem conhecer suas funções no atendimento e os procedimentos que cada um pode executar no socorro.

O enfermeiro tem sua atuação no APH vinculada às atividades de formação e de educação continuada. Filipak (2001, p. 591) relata que “o socorrista é treinado a partir de um curso de formação de 540 horas de duração, ministrado por médicos e enfermeiros”. O autor complementa que “além da capacitação inicial, este profissional submete-se a um processo de educação continuada, ininterrupta, conduzida por médicos, enfermeiros e socorristas-instrutores”.

Por outro lado, está bem demarcado que na composição da equipe operacional do SIATE atuam apenas dois tipos de profissionais – médico e socorrista-bombeiro, os quais têm definidas as suas atribuições e competências.

O médico, além de exercer a regulação médica, é o responsável pela orientação técnica à equipe de socorristas que está no local da ocorrência e escolha do serviço de saúde que deverá receber o paciente, assim como também pode intervir no próprio local do trauma, prestando suporte avançado de vida. O socorrista, por sua vez, “exerce a função delegada pelo médico de prover suporte

inicial às vítimas, sendo-lhe vedada qualquer possibilidade de realização de procedimentos invasivos” (FILIPAK, 2001, p. 591).

Canetti et al. (2001) também trazem a descrição das funções e atividades desenvolvidas pelos socorristas (médico e técnicos de enfermagem em emergências médicas) que atuam junto às equipes do GSE. Dizem os autores:

O socorrista líder (médico ou TEM) faz o exame da vítima e os procedimentos devem ser divididos entre os integrantes da equipe, levando em consideração suas capacidades técnicas e limitações profissionais. Procedimentos como intubação, cricotireoidotomia, ventilação translaríngea e descompressão de tórax só podem ser executados por médicos. O acesso venoso e a reposição volêmica podem ser executados pelo TEM, desde que sob orientação médica (CANETTI et al., 2001, p. 598).

No que se refere à presença de enfermeiros, Soares (1999) relata o depoimento de uma das três enfermeiras que atuam em um serviço de APH no Rio Grande do Sul que destaca sua função gerencial, administrativa, assistencial e de treinamento.

No entanto, a função mais descrita é a administrativa - de organização do serviço e de capacitação dos trabalhadores que atuam no APH. Isso se justifica pela pequena quantidade de profissionais enfermeiros que existiam nesse serviço.

O enfermeiro, desde a década de 90, quando passou a atuar na assistência direta à vítima, no APH, realiza atividades antes, durante e após o atendimento. No primeiro momento ele se prepara, organizando seus materiais e preparando os equipamentos necessários para a atividade em si; no momento seguinte ele realiza o atendimento na cena, segundo protocolos previamente estabelecidos e, após o atendimento, reorganiza o material utilizado, efetua limpeza e desinfecção de equipamentos e veículo e faz os registros da ocorrência (TOMAZ e LIMA, 2000).

As autoras enfatizam que, é necessária uma discussão nacional para definir a atuação do profissional de enfermagem no APH, visto que não existe uma

regulamentação das suas atividades. É necessário, também, estabelecer “formação específica e pré-requisitos mínimos, assim como legislação específica que respalde autonomia para os profissionais de enfermagem que desempenham esta atividade” (2000, p. 64).

Nesse sentido, os protocolos internacionais que servem de referência para o APH precisam ser adequados à realidade brasileira. Em relação ao enfermeiro, o desempenho e autonomia em outros países como Estados Unidos, são muito mais amplos que no Brasil. É necessário, como dizem as autoras, uma discussão mais ampla sobre a atividade pré-hospitalar, envolvendo a definição e regulamentação das atividades dos profissionais de enfermagem. Nessa situação “a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, tanto no suporte básico, mas principalmente no suporte avançado, fica restrita pela identificação de suas atividades” (TOMAZ e LIMA, 2000, p. 64).

No entanto, não há estudos que focalizem o campo de trabalho em que se constitui o atendimento pré-hospitalar e os atores envolvidos nessa ação, na perspectiva das relações e do processo de trabalho.

2.3 ESTUDO EMPÍRICO DE BASE

A contextualização do tema exige o conhecimento sobre as ocorrências e o atendimento pré-hospitalar realizado no município de Porto Alegre e, portanto, algumas quantificações são utilizadas para esse fim, a partir do levantamento de dados nas fichas de regulação.

Esse primeiro momento, que serviu de base para a estruturação do estudo qualitativo, teve início após a aprovação do projeto pela coordenação do SAMU/POA

e do Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO). Inicialmente foram coletados os dados referentes ao mês de agosto, que forneceram subsídios para determinar os locais e horários de realização das observações, prosseguindo nos meses de julho e setembro. Essa fase do trabalho de campo foi realizada no turno da manhã, de 8 de setembro a 17 de outubro de 2003, totalizando sessenta (60) horas e compreendendo vinte (20) períodos, com duração média de três horas. Utilizaram-se, como fonte de informações para coleta de dados, as fichas de regulação, que foram preenchidas pelos auxiliares de regulação, rádio operadores e médicos reguladores.

A ficha de regulação é realizada para cada chamado recebido, sejam as solicitações de socorro e de transporte, que são atendidas, ou as que apenas recebem orientação do médico, por telefone, ou mesmo as que não são atendidas por falta de recursos no momento ou, ainda, por não serem pertinentes. Nessa ficha verificaram-se os seguintes itens: motivo da solicitação de socorro, descrição da ocorrência, data, horário do chamado, equipe que foi enviada para o atendimento, categorias profissionais que compõem a equipe, base operacional em que está sediada a ambulância. Para coleta das informações constantes na ficha de regulação foram elaborados dois formulários (APÊNDICE A), um em que foram registradas as quantidades de ocorrências e outro para os dados referentes às ocorrências de acidentes de trânsito, sendo que esses foram, posteriormente, transcritos numa tabela dinâmica, desenvolvida no Microsoft Excel.

Para análise dos dados, obtidos a partir das fichas de regulação, classificaram-se as ocorrências de solicitação de socorro, inicialmente, em trauma e não trauma, sendo que as de trauma foram reclassificadas nas categorias queda, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, violência, acidente de

trânsito e outros. As ocorrências de acidente de trânsito foram caracterizadas a partir das seguintes variáveis: tipo de acidente (atropelamento ou colisão), horário do chamado, configuração da equipe, base operacional.

Foi considerado como unidade para caracterização da ocorrência, o acidente, que pode ter sido atendido por uma ou mais equipes, cada uma delas gerando uma ficha de regulação, mas sem se constituir, entretanto, em uma nova ocorrência.

As equipes de suporte básico e suporte avançado foram definidas a partir da configuração da equipe ou equipes envolvidas no atendimento, sem considerar as características do veículo utilizado. A ambulância de suporte básico, quando recebe apoio do veículo rápido, equipara-se à de suporte avançado e esta, quando tripulada por uma equipe composta por motorista, auxiliar ou técnico de enfermagem e mesmo o enfermeiro, sem a presença do médico, atua como suporte básico. Para definição da base operacional que atendeu ao chamado, considerou-se a primeira a ser deslocada pela Central de Regulação para o atendimento, incorporando todos os profissionais envolvidos para configurar a equipe.

2.3.1 Perfil das ocorrências do atendimento pré-hospitalar

A partir da verificação de 12.729 fichas de regulação, do período de julho a setembro de 2003, identificou-se que 5.247 não geraram ocorrência e 1.052 eram transporte, simples ou medicalizados, de pacientes. Entre as 6.430 ocorrências atendidas, constatou-se que a incidência do trauma foi de 35,21% (2.264) e que as ocorrências não traumáticas (4.166), que representaram 64,81%, caracterizaram-se como clínicas, obstétricas e psiquiátricas.

Tabela 1 – Ocorrências decorrentes de solicitação de socorro, classificadas como trauma e não trauma, atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

OCORRÊNCIA	MÊS	JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Não trauma		1493	67,74	1331	61,65	1342	64,93	4166	64,79
Trauma		711	32,26	828	38,35	725	35,07	2264	35,21
TOTAL		2204	100,00	2159	100	2067	100	6430	100

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Nota: As ocorrências classificadas como não trauma envolvem as ocorrências clínicas em geral, as obstétricas e as psiquiátricas.

Estudos anteriores, realizados nesse mesmo serviço de atendimento pré-hospitalar, por meio de levantamento de dados, durante seis meses (novembro de 1995 a abril de 1996) com amostra aleatória de cinco dias por mês, no período também de seis meses (janeiro a junho de 1999) demonstraram a incidência de ocorrências de trauma variando de 40% em 1996 a 28,1% em 1999 (PEREIRA; PINTO; CICONET, 1999; JUNQUEIRA JÚNIOR et al., 1997). O estudo desenvolvido, em 1999, apresentou um percentual bem inferior ao verificado anteriormente, em 1997, por considerar, além das intercorrências clínicas (62,8%) e traumáticas, também as fichas incompletas (7,4%) e constatação de óbito (1,5%). Considerando apenas as fichas analisadas, o trauma representou 30,88% das ocorrências atendidas, enquanto as intercorrências clínicas, 69,12%.

Os serviços de APH no País e no Rio Grande do Sul surgiram a partir de demandas de ocorrências traumáticas. Verifica-se que, a partir do momento em que o serviço foi estabelecido, outras demandas reprimidas, não atendidas pela Rede Pública de Saúde, passaram a sê-lo pelo pré-hospitalar, representando um acréscimo nos atendimentos classificados como intercorrências clínicas, que envolvem afecções neurológicas, problemas cardíacos e respiratórios, atendimentos

obstétricos e psiquiátricos e que, necessariamente, não se configuram como urgências.

No que se refere aos acidentes de trânsito, verifica-se que representaram 57,86% das ocorrências de trauma, sendo superior às quedas (26,94%), violência interpessoal (12,10%) e outros (3,09%), conforme apresentamos na tabela 2.

Tabela 2 – Ocorrências de acidente de trânsito e demais traumas atendidos por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

OCORRÊNCIA	MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL	
		n	n	n	n	%
Acidente de trânsito		411	491	408	1310	57,86
Queda		182	222	206	610	26,94
Ferimento por arma branca		25	23	18	66	2,91
Ferimento por arma de fogo		26	31	24	81	3,58
Violência (outros tipos)		42	36	49	127	5,61
Outras		25	25	20	70	3,09
TOTAL		711	828	725	2264	100,00

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Os estudos realizados por Junqueira Júnior et al. (1997) e por Pereira; Pinto e Ciconet (1999) já demonstravam a predominância das ocorrências de acidente de trânsito em relação ao conjunto das ocorrências de trauma, num percentual de 51% e 54% respectivamente. Constatou-se uma incidência de 57,86%, o que demonstra um aumento das ocorrências de acidente de trânsito atendidas por este serviço de atendimento pré-hospitalar, seguindo a tendência linear ascendente da mortalidade decorrente desse agravo, apontada pelos indicadores de mortalidade, nas estatísticas de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2000a, 2000b, 2002).

Segundo os dados apresentados pelo Departamento de Trânsito do Rio Grande do Sul (Detran/RS), referentes aos acidentes com vítimas ocorridos em

Porto Alegre, no período de 1997 a 2003, observou-se uma diminuição nos anos de 1998 e 1999, possivelmente em função da aprovação do Código de Trânsito Brasileiro. A partir de 1999, houve um aumento considerável do número de acidentes com vítimas, passando de 4 891, em 1999, para 6 156, em 2003. Em relação aos meses de julho, agosto e setembro de 2003, foram registrados 549, 579 e 520 acidentes com vítimas, respectivamente, numa média diária que chegou a 18,68 em agosto e, nos meses de julho, 17,71 e setembro, 17,33. Comparando estes dados com o número de ocorrências atendidas pelo serviço de pré-hospitalar estudado, constatou-se que os atendimentos aconteceram em 74 a 81% dos acidentes registrados em Porto Alegre, enquanto o restante foi realizado pelo Corpo de Bombeiros, Brigada Militar, EPTC, serviços privados, ou a vítima foi removida, por meios próprios. Esses dados demonstram a influência do APH no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito, podendo repercutir positivamente na morbimortalidade decorrente desse agravo.

2.3.2 Caracterização das ocorrências de acidente de trânsito

A partir da identificação das ocorrências de trauma decorrente de acidente de trânsito, passou-se a analisá-las, em função das variáveis previamente definidas: tipo de acidente, horário do chamado, configuração da equipe e base operacional, que possibilitou caracterizá-las, conforme se apresenta a seguir.

Os acidentes de trânsito envolvem os atropelamentos, numa proporção de 30,69% das ocorrências e as colisões, que representam 69,31% (Tabela 3).

Tabela 3 – Ocorrências de acidente de trânsito, classificados em atropelamento e colisão, atendidos por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

TIPO DE ACIDENTE	MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL	
		n	n	n	n	%
atropelamento		127	150	125	402	30,69
Colisão		284	341	283	908	69,31
TOTAL		411	491	408	1310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Nota: A categoria colisão engloba colisão, abalroamento, capotagem e choque com objeto fixo, envolvendo qualquer veículo (ônibus, carro, lotação, caminhão, carroça, motocicleta, bicicleta...).

Apesar de as colisões serem mais freqüentes, observa-se que os acidentes envolvendo pedestres tendem a ser mais graves. As estatísticas referentes aos acidentes de trânsito destacam o pedestre, vítima de atropelamento (cerca de 40% das mortes) como o elemento mais vulnerável no trânsito (BRASIL, 2004).

Estudos realizados em Brasília por Camargos et al. (1997) e em Curitiba, por Karstein et al. (1996), apresentam dados semelhantes em relação à caracterização dos acidentes quanto ao tipo, assim como mostram que os atropelamentos, apesar de serem em menor quantidade, são os responsáveis pela maior quantidade de óbitos decorrentes de trauma.

As ocorrências acontecem com regulação médica e a maioria (37,79%) no turno da tarde, seguido do turno da noite (25,55%) e manhã (23,82%). O turno da madrugada, compreendido entre 1 e 6 horas, tem a menor incidência de ocorrências (13,05%).

Tabela 4 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, segundo turno e mês, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

MÊS \ TURNO	JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Madrugada (da 1h às 6h 59 min.)	58	14,11	57	11,61	56	13,73	171	13,05
Manhã (das 7h às 12h 59 min.)	94	22,87	120	24,44	98	24,02	312	23,82
Tarde (das 13h às 18h 59min.)	154	37,47	199	40,53	142	34,80	495	37,79
Noite (das 19h às 0h 59 min.)	105	25,55	115	23,42	112	27,45	332	25,34
TOTAL	411	100,00	491	100,00	408	100,00	1310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Andrade e Jorge (2001) em estudo realizado em Londrina, Paraná, em que caracterizaram os acidentes de transporte, ocorridos no período de janeiro a junho de 1996, observaram que o horário de maior média de vítimas/dia variava conforme os dias da semana. Nos finais de semana (sábado e domingo) o horário em que havia mais vítimas/dia era das 20 às 21 horas, enquanto nos outros dias da semana o pico acontecia no horário das 18 às 19 horas, assim como no início do turno da manhã (das 6 às 9 horas) e no início da tarde (das 13 às 14 horas).

Acredita-se que a maior incidência de ocorrências atendidas no turno da tarde deva-se ao maior fluxo de veículos e pedestres nesse horário, o que aumenta as chances de ocorrerem acidentes de trânsito. Considera-se necessária uma análise do perfil dos acidentes, ocorridos em cada turno, pois apesar de serem menos freqüentes no turno da madrugada, parecem apresentar maior gravidade.

Constatou-se que os atendimentos às ocorrências de acidente de trânsito distribuíram-se em todos os dias da semana, com relativa concentração nos finais de semana (49,9%) no mês de agosto. No entanto, essa tendência não se repetiu nos outros meses analisados, visto que julho apresentou uma concentração maior das ocorrências na quinta-feira (19,46%), quarta-feira (17,52%) e sábado (15,57%),

totalizando 52,55%, enquanto no mês de setembro ocorreram na segunda-feira, sábado e sexta feira (47,31%).

Tabela 5 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, segundo dia da semana e mês, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

DIA SEMANA \ MÊS	JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Domingo	57	13,87	82	16,70	49	12,01	188	14,35
Segunda-feira	36	8,76	63	12,83	68	16,67	167	12,75
Terça-feira	59	14,36	55	11,20	53	12,99	167	12,75
Quarta-feira	72	17,52	65	12,24	57	13,97	194	14,81
Quinta-feira	80	19,46	63	12,83	56	13,72	199	15,19
Sexta-feira	43	10,46	87	17,72	58	14,22	188	14,35
Sábado	64	15,57	76	15,48	67	16,42	207	15,80
TOTAL	411	100,00	491	100,00	408	100,00	1310	100,00

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Os estudos já realizados não permitem conclusões quanto à maior incidência de atendimento a ocorrências de acidentes de trânsito em algum dos dias da semana, sendo necessária a realização de um estudo abrangendo um espaço de tempo maior, para avaliar, não só o período em que ocorrem os acidentes, mas também suas características e gravidade.

Os acidentes nas rodovias apresentam variações de acordo com o dia da semana, com maior incidência no final de semana, conforme dados de 1993 a 1994, apresentados por Rodrigues e Miller (2001). No entanto, esse aumento no fluxo de veículos nas rodovias, que ocorre nos finais de semana, contribuindo para o aumento na incidência de acidentes de trânsito, não se repete nos centros urbanos, pois sua dinâmica é diferente.

Na análise dos dados referentes às equipes envolvidas no atendimento identificou-se que a de suporte básico, constituída por um auxiliar ou técnico de enfermagem e um motorista, foi a que mais realizou os atendimentos (1.107)

atingindo um percentual de 84,50%. Em 11,22% das ocorrências (147), a enfermeira participou da equipe, sendo que em 6,25% (82) estava em supervisão, em 0,68% (9) substituindo o auxiliar de enfermagem e em 4,27% (56) compondo a equipe de suporte avançado, junto com o médico. A participação do médico aconteceu em 8,32% das ocorrências (109).

Tabela 6 – Configuração das equipes envolvidas no atendimento às ocorrências de acidente de trânsito atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

EQUIPE \ MÊS	JULHO		AGOSTO		SETEMBRO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AMo	338	82,24	438	89,21	331	81,13	1107	84,50
EAMo	30	7,30	20	4,07	32	7,84	82	6,26
EMo	4	0,97	1	0,20	4	0,98	9	0,69
IAMo	2	0,49	1	0,20	-	0,00	3	0,23
MeAMo	23	5,60	16	3,26	14	3,43	53	4,05
MeEAMo	13	3,16	15	3,06	26	6,37	54	4,12
MeEIAMo	1	0,24	-	-	1	0,25	2	0,15
TOTAL	411	100	491	100	408	100	1310	100

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Notas: As siglas utilizadas para determinar as configurações das equipes formaram-se a partir da sigla criada para cada uma das categorias profissionais envolvidas:

A – auxiliar ou técnico de enfermagem; Mo – motorista; E – enfermeira; Me – médico; I – interno (acadêmico de Medicina).

O estudo desenvolvido por Pereira, Pinto e Ciconet (1999) apontou que as remoções de pacientes hospitalizados, que representaram 46,9% dos atendimentos, foram realizadas, em sua maioria (62,8%), por equipe socorrista, constituída por motorista e auxiliar de enfermagem, que recebem uma capacitação específica para atuarem no serviço de atendimento pré-hospitalar, enquanto 7,4% foram remoções medicalizadas. Apesar de não contemplar a configuração da equipe no atendimento às ocorrências classificadas como solicitação de socorro, nas quais estão incluídos os acidentes de trânsito, é possível constatar que os atendimentos pré-hospitalares

em todas suas ações, sejam de remoção ou de atendimento de urgência, são realizados, majoritariamente, pelas equipes de suporte básico, o que ficou claramente evidenciado no estudo que foi realizado. A utilização do suporte avançado no atendimento aos acidentados de trânsito, ficou restrita a 8,32% das ocorrências.

O perfil do atendimento, com ênfase no trabalho das equipes de suporte básico, cumpre a finalidade do pré-hospitalar que, segundo Rodrigues e Miller (2001) é de fundamental importância na prevenção das lesões secundárias, devendo ser realizado no menor tempo e de forma que mantenha a estabilidade clínica da vítima até a chegada ao hospital.

Esse cenário encontra respaldo em estudos internacionais, analisados por Liberman e Sampalis (1999), os quais sugerem que o atendimento de suporte básico de vida, no ambiente pré-hospitalar, diminui a mortalidade dos pacientes vítimas de trauma, quando comparado com o suporte avançado. Os autores ressaltam que em situações de trauma o tempo é essencial e, nesses estudos, verificou-se que quanto mais tempo é gasto na cena, realizando procedimentos avançados, mais tardiamente o paciente recebe o atendimento definitivo, tendo, conseqüentemente, os piores resultados.

Em relação à participação da enfermeira no atendimento às vítimas de acidente de trânsito, identificou-se uma inserção ainda não relatada em outros estudos, enfocando o atendimento pré-hospitalar, caracterizada como supervisão. Nessa situação, ela soma-se à equipe no atendimento de suporte básico, participando do atendimento em si e colhendo subsídios para aprimorar esse trabalho, tanto no campo técnico como no das relações. A participação da enfermeira no atendimento pré-hospitalar é recente, sendo enfatizada sua atuação

quando passou a prestar assistência direta às vítimas atendidas no pré-hospitalar, com a incorporação das unidades de suporte avançado aos serviços de APH, que, neste estudo, representaram 4,27% do total de atendimentos realizados.

Observou-se, a partir do estudo desenvolvido, que a enfermeira ampliou o seu campo de atuação no pré-hospitalar nos últimos anos. Atualmente, além do trabalho de gerência e administração, inicialmente desenvolvido, ela tem uma maior inserção no trabalho assistencial, não apenas no atendimento de suporte avançado, mas também no acompanhamento às ocorrências junto com a equipe de suporte básico.

Em relação à quantidade de ocorrências atendidas em cada uma das bases operacionais, constatou-se que a base “Hospital Pronto Socorro” (HPS), onde existem três equipes atuando, realiza a maior parte dos atendimentos (50,30%). Entre as bases descentralizadas, as que atendem a mais ocorrências de acidente de trânsito são a “Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul” (PACS), com 14,50%, a “Bom Jesus” (BJ), 12,44% e a “Centro Vida” (CV), 10% .

Tabela 7 – Ocorrências de acidente de trânsito atendidas em cada uma das bases operacionais de um serviço de atendimento pré-hospitalar, Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

BASE \ MÊS	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	TOTAL	
	n	n	n	n	%
BN	8	5	17	30	2,29
Rest	17	18	10	45	3,44
LP	25	43	24	92	7,02
CV	40	56	35	131	10,00
BJ	50	47	66	163	12,44
PACS	67	62	61	190	14,50
HPS	204	260	195	659	50,31
TOTAL	411	491	408	1310	100

Fonte: Pesquisa direta, PEREIRA, W.A.P., Coleta de dados nas fichas de regulação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, em Porto Alegre, de julho a setembro de 2003.

Nota: As siglas equivalem às diferentes bases operacionais, sendo HPS – Hospital Pronto Socorro, a base central e as demais são bases descentralizadas: BN – Belém Novo, Rest – Restinga, LP – Lomba do Pinheiro, CV – Centro Vida, BJ – Bom Jesus e PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul.

Não foram encontrados outros estudos que analisassem essa variável, em que a distribuição das ocorrências tivesse, como referência, a equipe que realizou o atendimento. Existem dados da Empresa Pública de Transporte e Circulação (PORTO ALEGRE, 2004) relativos à distribuição dos acidentes nos vários logradouros da cidade, onde se identifica os de maior frequência de acidentes fazendo parte da área das bases HPS, BJ, CV e PACS. No entanto, não é possível fazer comparações, pois há acidentes que têm, como consequência, apenas danos materiais e os que têm vítimas não são, necessariamente, atendidos pelo serviço de atendimento pré-hospitalar.

2.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para entender o processo de trabalho em saúde no APH, será utilizado o referencial marxista, já adotado por Almeida e Rocha (1997), Almeida et al. (1997), Gonçalves (1988, 1992, 1994) e Pires (1989, 1998), incorporando as contribuições de Merhy (1997, 2002), para entender a dimensão interna do processo de trabalho.

O trabalho, segundo Marx (1988, p. 202), é um “processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Acrescenta que o trabalhador “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”.

Os elementos que compõem o processo de trabalho são: o trabalho em si, o objeto de trabalho ou as matérias-primas e o instrumental de trabalho ou seus meios. Nesse processo, a ação do trabalhador resulta numa transformação, de

acordo com um determinado fim, no objeto sobre o qual atua, por meio dos instrumentos de trabalho (MARX, 1988). A articulação entre esses elementos, por um modo de organização que pretende a realização de um projeto, é o que possibilita o resultado final.

Gonçalves (1988, 1992) considera fundamental, na caracterização do trabalho humano, a separação entre concepção e execução, que se constitui como a base objetiva para a organização do trabalho, identificando-se como dois momentos distintos e essenciais, o do trabalho intelectual (concepção) e o do trabalho manual (execução do projeto). O trabalho humano, como processo histórico de produção social, tem uma finalidade, parte de uma necessidade social e individual e os indivíduos organizam-se a partir do estabelecimento de relações sociais entre si, e por meio de sua relação com o objeto e instrumentos, imprimindo uma dinâmica específica a todo processo, num dado momento histórico. Para o autor, o trabalho pode ser definido como uma ação cotidiana, que coloca os indivíduos em relação com outros indivíduos e com a natureza, dentro de um determinado processo social e histórico.

Gonçalves (1992), a partir do que estabeleceu como organização tecnológica do trabalho⁷, diz que dentro do processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumentos e produto, diante das necessidades colocadas e que direcionam a finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida em sociedade.

⁷Gonçalves (1988, 1992, 1994) entende a organização tecnológica do trabalho como integrante do processo de trabalho em saúde, onde considera a tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviço, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

A organização tecnológica do trabalho em saúde está pautada em saberes caracterizados como modelo clínico e modelo epidemiológico, os quais, segundo Gonçalves (1992), não são excludentes. O atendimento pré-hospitalar, sendo um serviço de saúde, parece identificar-se com o modelo clínico, destinado a recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, considerada como alteração morfofisiológica do corpo humano em sua dimensão individual. Esse modelo, que passou a constituir-se historicamente no capitalismo, fundamenta-se nos conhecimentos da Anatomia, Fisiopatologia, Patologia e Farmacologia e seu predomínio aconteceu no século XX, em função dos avanços dessas áreas de conhecimento necessárias para sua sustentação, ou seja, o diagnóstico e a terapêutica.

Merhy (1997) ressalta que no processo de trabalho em saúde, a produção e o consumo ocorrem ao mesmo tempo, não é algo que se produz, para depois usufruir. A ação de saúde é “consumida” pelo usuário enquanto ela está sendo produzida, incluindo-se nesse universo o atendimento pré-hospitalar.

Na realização do trabalho, os agentes podem ser criativos e reinventarem o modo de trabalhar cotidianamente, interferindo no modo como o atendimento é realizado, de maneira que existe a possibilidade de se configurar um formato tecnológico e assistencial renovado. O modo como o trabalho é realizado, as relações que se dão entre os indivíduos no trabalho e como a produção de cuidados se estrutura, dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho (LIMA,1998).

As práticas de saúde são parte de um processo de trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares, estando articuladas a outras práticas da sociedade onde são fruto das relações entre os

diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais (GONÇALVES, 1992).

A Enfermagem é uma prática social que não se reproduz isoladamente, o seu trabalho articula-se com o dos outros agentes, configurando-se como parte do processo de trabalho, no qual estão contidas as relações sociais concretas, interligadas à dinâmica da reprodução social, requerida na sociedade capitalista brasileira (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Concorda-se com Gonçalves (1992, 1994), de que diversos agentes realizam as práticas de saúde, cujas atividades se interdependem e se complementam e estão articuladas a outras práticas sociais, caracterizando-as como um trabalho coletivo. Atendem a finalidades que são construídas socialmente; portanto, possuem uma autonomia relativa.

As práticas de saúde têm um caráter peculiar, constituindo-se como trabalhos inseridos em processos de produção em serviço, que dizem respeito ao âmbito macroestrutural, enquanto o processo de trabalho diz respeito ao âmbito microestrutural, relacionando-se com a esfera da ação humana, da realização concreta, do exercício cotidiano do trabalho (PEDUZZI, 1998).

Entende-se, como Pires (1998, p. 161), que

o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - 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 trabalho em saúde é considerado como sendo da esfera não material, que se completa no ato de sua realização e, portanto, a objetividade e a subjetividade lhe

são inerentes, tendo em vista que o objeto que o constitui são seres humanos e conseqüentemente as intervenções técnicas (saberes e materiais) serão permeados por relações interpessoais (PIRES, 1989, 1998; PEDUZZI, 1998).

Todas as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho em saúde são parte de um trabalho coletivo; no entanto, existe uma hierarquização de saberes, pois quem controla os momentos mais intelectuais tem garantido o poder sobre os demais agentes, evidenciando-se, segundo Lima (1998) saberes e poderes conflituosos nas relações sociais entre os trabalhadores.

A autora relata em seu estudo sobre o processo de trabalho em um hospital universitário, que o saber da clínica (diagnóstico e terapêutica), que fundamenta o trabalho cuja finalidade é a recuperação do corpo doente, determina relações sociais que se conformam na organização do trabalho, de modo que o médico, devido à apropriação dos instrumentos que expressam o momento intelectual da produção desse serviço, assume uma posição central na equipe de saúde.

No APH tem-se bem definida, em sua legislação, a centralidade do profissional médico pela sua função técnica e gestora de regulação das urgências. Pretende-se que, a partir da ação do médico regulador, estruture-se a organização do trabalho, não só no âmbito pré-hospitalar, mas em todo sistema de atenção às urgências e emergências.

A abrangência da função do médico regulador transcende o setor saúde, especialmente nas situações que envolvem o trauma, pois está previsto que todas as organizações, inclusive as corporações militares – bombeiros e polícias rodoviárias – deverão seguir os critérios e fluxos por ele definidos (BRASIL, 2002).

Na prática cotidiana dos serviços de APH o trabalho se estrutura a partir de instrumentos tecnológicos, mas também a partir do estabelecimento de relações

entre os atores, especialmente no atendimento à vítima de acidentes de trânsito, quando várias áreas se envolvem nessa assistência.

No contexto nacional o APH organiza-se em torno dos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e bombeiros militares, o que está legitimado na Portaria ministerial nº 2048 (BRASIL, 2002). Na prática, no exercício do trabalho que se realiza no APH, as relações que se estabelecem, o arranjo que se desenha para o atendimento é diferente em cada um dos serviços conhecidos e relatados. A forma como a Enfermagem se insere também é diferente, apesar de estar previsto e, na maioria dos casos, estar, de fato, presente na organização dos serviços.

2.5 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrente de acidente de trânsito, no município de Porto Alegre, no que se refere ao perfil das ocorrências e à organização do processo de trabalho, identificando a inserção da Enfermagem nesse campo.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- conhecer o perfil das ocorrências no atendimento pré-hospitalar do município de Porto Alegre, caracterizando as decorrentes de trauma por acidente de trânsito;
- identificar as atividades realizadas pela equipe de atendimento pré-hospitalar;
- caracterizar a organização do processo de trabalho e as relações entre os atores no atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrente de acidente de trânsito.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo, em que se articulam coleta de dados de múltiplas origens. Esse nível de pesquisa possibilita descrever um fenômeno com clareza, de forma a viabilizar sua utilização como base para estudos posteriores (TRIVIÑOS, 1987). E, a utilização da abordagem qualitativa, como referencial metodológico, possibilita o aprofundamento “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 1997, p.22).

Esse tipo de abordagem permitiu apreender a realidade concreta e compreender o processo de trabalho e as relações que se estabelecem entre os atores que atuam no APH, tendo a preocupação, não com a generalização dos dados obtidos, mas, como diz Minayo (2000), com a compreensão abrangente e profunda.

Na metodologia qualitativa, utilizou-se a abordagem dialética, que permite contemplar os dados empíricos com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com a perspectiva histórica e social em que estão inseridos. Essa abordagem leva à apreensão do material empírico em uma aproximação íntima com o objeto de estudo, que é o processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar, sendo essencial a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Sendo assim, para apreender o objeto em sua concretude, tornou-se necessária a inserção da pesquisadora no contexto empírico.

3.2 AS TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS

O trabalho de campo foi realizado pela própria pesquisadora e teve como componentes a observação participante e a entrevista semi-estruturada.

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Alguns estudiosos a consideram não apenas uma estratégia, mas um método em si mesmo, para compreensão da realidade. Pode ser definida como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2000).

A observação foi selecionada, neste estudo, como uma das técnicas de coleta de dados, pois possibilita um contato pessoal da pesquisadora com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

A observação seguiu um roteiro específico (APÊNDICE B) e foi registrada em um documento, denominado diário de campo. Esses registros, de natureza descritiva e reflexiva, foram feitos do modo mais minucioso possível e, sustentados no referencial teórico que embasa o estudo.

A entrevista foi utilizada por possibilitar conhecer o trabalho desenvolvido no atendimento pré-hospitalar, na perspectiva dos profissionais que o realizam, pois, segundo Minayo (1997), é um processo que privilegia a obtenção de informações pela fala individual, a qual revela condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos e transmite, por um porta-voz, representações de determinados grupos.

A entrevista semi-estruturada combinou perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pela entrevistadora (MINAYO, 2000). Elas foram realizadas individualmente, preferencialmente durante o horário de trabalho, em local e horário previamente definido com o participante. Foi utilizado um roteiro (APÊNDICE C), contendo questões que abordavam as concepções dos profissionais sobre o trabalho que desenvolvem no APH e as relações que se estabelecem entre eles nesse processo de trabalho.

O critério para determinar o número de entrevistas necessárias foi o de saturação dos dados, pois, como diz Minayo (1994, 2000), a amostra ideal é aquela que nos possibilita apreender a totalidade do problema a ser pesquisado e que atenda a critérios como o de coletar os dados até que comecem a se repetir informações.

3.3 EXPLORAÇÃO DO CAMPO

A fase de exploração do campo a ser investigado, para Minayo (2000), compreende quatro etapas que são: a escolha do espaço da pesquisa, a definição do grupo a ser pesquisado, o estabelecimento dos critérios de amostragem e a estratégia da entrada em campo.

Este estudo teve, como cenário, as equipes de atendimento pré-hospitalar do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, vinculados à área da Saúde, do setor público. Foi feito contato com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e com o Comando do Corpo de Bombeiros, não apenas para solicitar informações referentes aos

atendimentos realizados, perfil das equipes e formação dos profissionais envolvidos (APÊNDICE D e E), a fim de realizar um mapeamento, mas também, buscando as condições necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

Optou-se por restringir o estudo ao município de Porto Alegre e, devido à inexistência de um sistema informatizado no SAMU/POA, que permitisse identificar as ocorrências atendidas, caracterizando aquelas referentes às vítimas de trauma por acidente de trânsito e, também, os dados gerados pela Central de Operações do Corpo de Bombeiros não contemplarem as categorias necessárias para este estudo, tornou-se necessário realizar o mapeamento.

O APH em Porto Alegre é desenvolvido, majoritariamente, pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), vinculado à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) que, nos meses de julho, agosto e setembro de 2003, foi responsável por 98,31% das ocorrências registradas, mas também tem a participação do Grupamento de Atendimento de Emergência (GAE), pertencente ao Corpo de Bombeiros da Brigada Militar CB-BM) que, no mesmo período, realizou 1,69% dos atendimentos, conforme quadro a seguir.

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	ATENDIMENTOS		EQUIPE
		Global (média mensal)	Acid Trânsito (média mensal)	
SMS	SAMU	2 494	409	Médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, motoristas
CB-BM	GAE	43	6	Bombeiros militares, sendo que 90% dos socorristas têm formação de auxiliar ou técnico de enfermagem.

Quadro 1 – Perfil das equipes e quantidade média de atendimentos realizados pelos serviços públicos de atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre, julho a setembro de 2003.

Considerando o mapeamento das ocorrências registradas junto aos serviços públicos de atendimento pré-hospitalar de Porto Alegre, que demonstra o impacto de

cada um deles na assistência às vítimas de trauma decorrente de acidentes de trânsito e, o processo histórico de constituição do APH no Estado, definiu-se, como grupo específico, todos profissionais técnicos do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e motoristas, além de bombeiros militares, quando estes estivessem atuando juntamente com a equipe do SAMU.

A estratégia de entrada em campo, segundo Minayo (2000), é importante para o desenvolvimento de investigação, pois é nessa fase que se estabelecem os primeiros contatos com quem vai se relacionar e, também, nessa etapa é possível perceber alguns erros e fazer as devidas correções.

Foram realizadas reuniões prévias com a coordenação do SAMU-POA e com o Comando do Corpo de Bombeiros e, posteriormente, com o Comando de Bombeiros de Busca e Resgate para apresentar este projeto, esclarecendo sua finalidade e como seria desenvolvido junto a esses serviços, o que permitiu o acesso às fichas de registro das ocorrências atendidas no período em estudo.

3.4 O LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, implantado em novembro de 1995 que, em novembro de 2003, teve seu nome alterado para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, ao adequar-se à Política Nacional de Atenção às Urgências. É um serviço público municipal de atendimento pré-hospitalar,

desenvolvendo assistência em situações de urgência clínica ou traumática, em via pública ou domicílio, além do transporte simples ou medicalizado de pacientes.

O SAMU tem, em sua área física, uma sala de regulação⁸, situada no primeiro andar do Hospital de Pronto Socorro Municipal, onde ficam os médicos reguladores e intervencionistas, os telefonistas auxiliares de regulação e o rádio-operador. Nesse local também ficam a área administrativa e de gerência do serviço (almoxarifado, secretaria e sala da coordenação, que também é a sala das enfermeiras quando em sua função administrativa).

Existem nove ambulâncias em funcionamento sistemático, sendo três sediadas no HPS, além de um veículo rápido. Essas ambulâncias são consideradas unidades de suporte avançado, mas atuam com uma equipe de suporte básico (auxiliar ou técnico de enfermagem e motorista). Quando necessário, a enfermeira e o médico intervencionista se incorporam à equipe, que passa a atuar como suporte avançado. As equipes de suporte básico ficam na área destinada ao SAMU, onde há uma “sala de espera”, na qual se reúnem os auxiliares e técnicos de enfermagem e, também, os motoristas; há também um quarto para descanso desses profissionais e outro para os médicos, uma cozinha pequena e uma peça onde ficam os armários (vestiário). O banheiro fica localizado no corredor do hospital, sendo destinado a todos os funcionários do HPS. As enfermeiras têm um vestiário, de uso exclusivo delas, situado em uma área em frente à do SAMU.

As outras seis ambulâncias estão localizadas de forma descentralizadas em pontos estratégicos da cidade, denominados de bases: Bom Jesus (BJ), Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Centro Vida (CV), Belém Novo (BN), Restinga

⁸ A Sala de Regulação, assim como a Coordenação do Serviço, foram transferidas, em maio de 2004, para novas instalações, adequando-se as exigências da Política Nacional, que inclui um sistema totalmente informatizado, com videofonistas e gravação contínua das ligações telefônicas.

(Rest) e Lomba do Pinheiro (LP). As bases apresentam condições para o descanso das equipes, alimentação, local para guardar roupas, em prédio exclusivo, ou em uma sala sediada em um serviço já existente. Geralmente há cama, mesa, cadeiras, armário, geladeira, fogão, televisão, telefone e um rádio no local, além dos que cada um carrega consigo.

Essas bases atuam com equipes constituídas por um auxiliar ou técnico de enfermagem e um motorista, sendo que, uma vez por semana, uma enfermeira atua junto com a equipe. É organizada uma escala de supervisão contemplando todas as equipes básicas. Essa participação das enfermeiras surgiu em decorrência da necessidade de acompanhamento do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, exigência apontada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS).

3.5 A COLETA DOS DADOS

Foi solicitada autorização para a realização deste estudo, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, tendo recebido parecer favorável em 25 de setembro de 2003

A coleta de dados foi desenvolvida em dois momentos distintos e seqüenciais: observação participante e entrevista semi-estruturada.

O primeiro momento da coleta de dados, realizada por meio da observação participante, iniciou após o encerramento da coleta e análise das informações presentes nas fichas de regulação. Definiu-se, como base para as observações das ocorrências, a Central de Regulação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência de Porto Alegre (SAMU/POA). Esse trabalho de campo foi realizado pela

pesquisadora, conforme cronograma definido com base nas informações resultantes do levantamento realizado, totalizando 70 horas e compreendendo quinze (quinze) períodos de observação. Cada um deles teve, inicialmente, duração de seis horas e, posteriormente, foram reduzidos para quatro horas, pois o desgaste, decorrente do tipo de atividade desenvolvida, comprometia a qualidade da observação com o passar das horas.

As observações foram realizadas nos períodos em que ocorre maior quantidade de ocorrências de acidente de trânsito atendidas, assim como, nas bases que mais realizam esse tipo de atendimento, conforme está demonstrado no Quadro 2.

CODIGO	DATA	DIA DA SEMANA	HORARIO	BASE	TEMPO
OBS1	17/11/03	segunda-feira	13h às 19h	Central	6 h
OBS2	19/11/03	quarta-feira	13h às 19h	Central	6 h
OBS3	21/11/03	sexta-feira	13h às 19h	Central	6 h
OBS4	22/11/03	sábado	19h 15 min às 1h 30 min	Central	6 h
OBS5	25/11/03	terça-feira	13h às 19h	Central	6 h
OBS6	27/11/03	quinta-feira	15h às 20h	Central	5 h
OBS7	01/12/03	segunda-feira	15h às 19h 30 min	Central	4,5 h
OBS8	03/12/03	quarta-feira	15h às 19h	Central	4h
OBS9	06/12/03	sábado	20h 30 min às 23h	Central	2,5 h
OBS10	11/12/03	quinta-feira	15h às 19h	Central	4 h
OBS11	19/12/03	sexta-feira	15h às 18h 30 min	Descentralizada	3,5 h
OBS12	20/12/03	sábado	19h às 23h 30 min	Descentralizada	4,5 h
OBS13	23/12/03	terça-feira	15h às 19h	Central	4 h
OBS14	26/12/03	sexta-feira	15h às 19h	Central	4 h
OBS15	29/12/03	segunda-feira	15h às 19h	Descentralizada	4 h

Quadro 2 – Distribuição da amostragem de tempo, turno de trabalho, dia da semana e base, no período de observação. Porto Alegre, 2003.

As anotações no Diário de Campo foram realizadas durante as observações, geralmente após cada ocorrência de acidente de trânsito atendida. Nas situações em que não era possível, devido à seqüência de ocorrências, as anotações eram feitas ao final do período. As observações foram codificadas como OBS1, OBS2, OBS3... e assim sucessivamente, por ordem cronológica, até a OBS15, sendo cada uma correspondente a um período, independente do número de ocorrências acompanhadas.

A escolha dos entrevistados foi definida pela pesquisadora observando-se os critérios necessários a uma abordagem qualitativa, de forma a privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer e contemplar um conjunto de informantes, diversificado, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças (MINAYO, 2000).

As ocorrências acompanhadas foram geradas pelo sistema 192, a partir das quais foram identificados os sujeitos entrevistados, entre os que estiveram envolvidos no atendimento às vítimas do acidente de trânsito. A escolha dos sujeitos foi definida pela quantidade de ocorrências em que cada profissional esteve envolvido, entre as que foram observadas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo codificadas como E (1, 2 e 3) quando se referiam às enfermeiras; A (1, 2, e 3) para os auxiliares e técnicos de enfermagem; ME (1 e 2) para médicos; MO (1, 2 e 3) motoristas e B (1), para o bombeiro militar/auxiliar de enfermagem. Não foi feita distinção entre auxiliares e técnicos de enfermagem, pois não há diferença nas funções exercidas e também, para garantir o anonimato, visto que, os técnicos são em menor número e poderiam ser identificados. Ao se fazer referência aos sujeitos do estudo, independente da

categoria profissional, optou-se pela utilização do masculino, com exceção das enfermeiras, por serem todas do sexo feminino.

Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger os direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, considerando-se os aspectos apontados por Goldim (2000). As pessoas entrevistadas receberam informações a respeito do objeto da pesquisa durante o acompanhamento da ocorrência e uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F). Essas informações foram reforçadas antes da realização das entrevistas, ocasião em que foi assinado o termo de consentimento, em duas vias, conforme determina a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi assegurado o anonimato e o caráter confidencial das informações.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio de uma abordagem dialética, que permite contemplar os dados empíricos com suas particularidades, sem perder de vista a correlação com a perspectiva histórica e social em que estão inseridos.

Minayo (2000) propõe, para auxiliar nessa interpretação, alguns passos: ordenação, classificação dos dados e análise final. Na fase de ordenação foi realizada a organização dos dados obtidos através da observação e entrevistas, obtendo-se um mapeamento de todo material empírico. Durante a classificação dos dados foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando apreender idéias centrais e estruturas de relevância, permitindo o confronto entre os dados empíricos e a fundamentação teórica. A partir daí, foram estabelecidas as categorias

empíricas, que foram confrontadas com as analíticas, já destacadas como balizas da investigação, buscando, assim, as relações dialéticas entre elas.

A análise final constou da interpretação de forma contextualizada, em que se procurou articular o material empírico e o referencial teórico, buscando ultrapassar a descrição e tentando estabelecer relações que levassem a novas explicações.

A classificação dos dados qualitativos foi realizada com os dados obtidos nas observações registradas no Diário de campo e as entrevistas, que foram gravadas e transcritas posteriormente, com a colaboração de duas auxiliares de pesquisa. Para a operacionalização da análise, utilizou-se o software Ethnograph versão 5.0 (Qualis Research Associates), agilizando a organização do material em estruturas de relevância, quais sejam: finalidade, organização do trabalho, equipe, atividades do auxiliar de enfermagem, atividades da enfermeira, atividades do médico, atividades do motorista, atividades do bombeiro, integração, Brigada Militar, EPTC, inserção da enfermagem, concepção e perfil.

Os resultados são apresentados no capítulo intitulado o processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar, em que as estruturas de relevância identificadas foram subdivididas em três núcleos: a organização tecnológica do trabalho no serviço de atendimento pré-hospitalar, que prevê a Regulação Médica, a assistência à vítima de acidente de trânsito e outros instrumentos de trabalho e atividades do atendimento pré-hospitalar; o trabalho coletivo no atendimento às ocorrências de acidente de trânsito, em que foram apresentadas as atividades dos atores e o trabalho em equipe, a relação com os atores das outras áreas e a concepção do trabalho e o terceiro núcleo, em que se discutiu a visão dos atores sobre a inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar.

4 PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Neste capítulo, é apresentada a análise do processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar, a partir da identificação das finalidades do trabalho, das atividades realizadas, dos atores envolvidos e das relações que se estabelecem entre eles, procurando caracterizar a organização tecnológica do trabalho e identificar a inserção da enfermagem na visão desses atores.

A organização do serviço de APH e do processo de trabalho depende do projeto intelectual acerca do trabalho que se pretende realizar. Esse projeto intelectual foi construído social e historicamente, a partir de necessidades colocadas e que direcionam a finalidade desse trabalho.

Em relação ao atendimento às vítimas de trauma decorrente de acidente de trânsito, os diferentes atores envolvidos nesse trabalho entendem que o APH possibilita diminuir a mortalidade dos acidentados e minimizar as seqüelas decorrentes de um primeiro atendimento tardio ou inadequado.

Na fala desses atores é ressaltada a manutenção da vida das pessoas, vítimas de acidente de trânsito ou outras intercorrências traumáticas, ou mesmo clínicas, garantindo o mínimo de seqüelas possíveis, como está evidenciado no depoimento dos auxiliares de enfermagem.

“É...a finalidade é...manter o paciente vivo e em melhores condições possível, ...não adianta também trazer ele todo...” (A2)

“A finalidade, pra mim, no meu entender, é dar mais condições de sobrevivência e... e melhores condições de não sofrer uma seqüela futura ao paciente atendido... à vítima do acidente de trânsito. Eu acho que, sem isso, ele teria uma chance bem menor de sobreviver ou de ter seqüelas futuras.” (A3)

A finalidade de salvar a vida da pessoa vítima de trauma, por meio de um atendimento pré-hospitalar adequado, é claramente evidenciada na fala do profissional bombeiro, que neste caso, também possui formação de auxiliar de enfermagem.

“Acho que é a vítima... a finalidade é salvar a vida, é... é prestar melhor atendimento, diminuir a dor da pessoa, acho que as coisas principais em todo... em tudo que a gente faz. [...] É a vida. A vida eu acho que é o que vale mais ali, na hora. Salvar a vida [...].” (B1)

Esse entendimento está presente nas falas dos motoristas, que atuam como socorristas⁹ em todos os atendimentos prestados.

“O pré-hospitalar é...ele, com certeza vai salvar... porque se der um acidente de trânsito... que, às vezes, há um problema cervical, chega o pré-hospitalar no momento certo, de fazer imobilização, essas coisas...pode salvar, pode salvar.” (MO2)

“[...] então, isso aí aumenta a probabilidade de vida do paciente muito, é onde pode fazer uma diferença, porque, se tu não tiver esse recurso de ligar pra ti ter uma orientação do quê fazer, e não mexer com o paciente, isso pode fazer muita diferença. A gente chega lá, a gente vai imobilizar, a gente vai estancar aquele sangue, vai colocar soro, entendeu... então, vai repor aquele sangue que ele perdeu e a ambulância em si, tem todo o suporte necessário pra mantê-lo, entende... então, eu acho que essa aí é a diferença.” (MO3)

Os médicos e as enfermeiras demonstram a preocupação com a qualidade de vida, com a ausência de seqüelas decorrentes do trauma, além da diminuição da mortalidade.

“Olha, principalmente... aumentar a expectativa de vida,... das pessoas de mais idade; manter menos seqüelas de trauma ou não ter seqüela de um trauma, ...que seria o ideal, (mas que a gente sabe que, às vezes, mesmo que a gente tenha o atendimento pré-hospitalar adequado... não tem como não ficar...) [...] ou mesmo manter vivo.” (E3)

⁹ Utilizamos o termo socorrista que, segundo Ferreira (1986, p. 1603) é “a pessoa profissionalmente habilitada a prestar socorros ou atendimento em casos de acidentes, de mal súbito, etc.” para designar os diferentes profissionais envolvidos no APH, ou seja, motoristas, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos e bombeiros, que possuem uma qualificação específica para desenvolver esse trabalho.

“A finalidade é... acho que a finalidade é tentar salvar a vida no local do acidente, ...ou tentar estabilizar o máximo possível, o paciente, pra que ele chegue em melhores condições no hospital.” (ME1)

“Olha, a finalidade, isso já tem estudo há mais de 20 anos, ...que a grande finalidade é melhorar a sobrevivência, a qualidade de vida e diminuir a mortalidade nos acidentes de trânsito.” (ME2)

A diminuição da morbimortalidade é possível com um atendimento pré-hospitalar ágil, rápido, qualificado, promovendo a estabilização da vítima no local, a imobilização necessária para realização do transporte, com segurança, ao serviço de saúde mais apropriado à continuidade do atendimento.

A importância de um serviço organizado, inserido no sistema de saúde e qualificado, está ressaltada na fala de um dos médicos, que diz:

“[...] Então, tu vê que uma cidade onde tem um serviço pré-hospitalar adequado,...se vê uma queda da mortalidade de acidente de trânsito significativa. Então, a gente tentando fazer o melhor possível, a gente consegue diminuir isso, diminuir essa mortalidade. Diminuir em que sentido? Chegando o paciente o quanto antes no hospital e também não chegar nas mesmas condições, ou até pior do que foi acidentado. Atendendo com qualidade, com rapidez, fazer com que o paciente que estava muito mal já chegue muito melhor até um atendimento. E também sabendo direcionar, que não adianta chegar com um paciente atropelado no Moinhos de Vento, que pode ser um excelente hospital pra atender pacientes programados, mas não é um hospital preparado pra atender trauma. Então, tudo isso engloba o pré-hospitalar, além de um atendimento, já também programar a levada dessa vítima para um hospital que atenda trauma, que esteja preparado pra isso.” (ME2)

A importância do APH e da articulação com o sistema hospitalar é enfatizada por Filipak (2001) ao dizer que além de detectar rapidamente as situações de risco à vida, realizar a intervenção precoce, com início no local do acontecimento, é necessário o encaminhamento direto ao serviço de saúde que possua resolutividade adequada ao caso, para que não seja necessário transferir o paciente, posteriormente, a outro serviço de maior complexidade.

Os requisitos necessários para desenvolver um atendimento qualificado, aliando o conhecimento e experiência do profissional, com as condições materiais são apontadas pelos motoristas socorristas.

“É dar o tratamento básico prá pessoa antes de chegar no hospital. É de primeiros socorros mesmo. No momento que tu chegou, tu faz ali o primeiro socorro, aquela assistência. Às vezes, se ele vai ser removido por um outro, por outro tipo de pessoa que não tem aquela... aquele curso, aquela especificação pra lidar com aquele caso ali, vai ver até mata a pessoa, ou vem... vem a prejudicar mais. Então quer dizer, no momento que tu chegou na ocorrência, tu faz o correto e o mais preciso pra evitar que aquela pessoa, aquela pessoa se... se prejudique mais.” (MO2)

Ribeiro (2001) reforça que, para os objetivos de um APH qualificado serem atingidos, é necessário existirem os instrumentos e as condições para isso, ou seja, pessoal qualificado e devidamente treinado, meio de transporte rápido, eficaz e equipado, comunicação direta com o serviço que receberá o paciente, hospitais de referência e o estabelecimento de protocolos para este atendimento.

O atendimento pré-hospitalar do traumatizado tem sempre o mesmo objetivo, ressaltado no programa do Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) de “chegar até a vítima, identificar e tratar as lesões com risco de vida, imobilizá-la e transportá-la para o hospital apropriado mais próximo, no menor tempo possível” (NATIONAL, 2004, p. 374). Esse objetivo está incorporado ao discurso dos socorristas entrevistados, independente da sua formação profissional.

“A finalidade é única, é estabilizar as vítimas no local do evento, seja ela de trauma, seja ela de clínico. [...] então, a base do serviço é fazer no local, transportar depois com segurança, sem correria, até a emergência mais próxima, mais adequada pra fazer o atendimento, mas com o paciente já estabilizado.” (A1)

“Bom, dentro das normas, que a gente... (existem normas dentro do SAMU)...no nosso atendimento...a gente procura dar o primeiro conforto ao paciente, o primeiro...o atendimento, ...socorrer o paciente até chegar ao hospital. É o que a gente faz, a gente atende o paciente no local do acidente, estabiliza ele dentro do necessário e transporta a um hospital mais

próximo,... um setor de emergência que possa dar o atendimento a ele, ... o necessário.” (A3)

“No local é... imobilização da vítima, tentar fazer o mais correto, que não haja mais... não haja um segundo trauma, que se diz,... que seria da movimentação dela; prestar primeiros socorros em geral.” (B1)

“Então, diminui o risco de lesões, que é o que a gente preconiza, ... a via aérea, a cervical, circulação, aquilo ali tudo. Tu... tu chegando no local, e o paciente sendo atendido conforme o protocolo de atendimento de lesão cervical, que é a primeira coisa... lesão cervical e a via aérea, a primeira coisa, [...]eu acho que tu diminui grandemente o risco dessa pessoa ter problemas futuros. Até pelo manuseio... o manuseio de pessoas preparadas pra isso.” (E1)

Rodrigues e Miller (2001) ressaltam a importância de um APH adequado para prevenção de lesões secundárias, o que envolve um atendimento no menor tempo possível, em que se realizam as medidas de urgência que mantenham a estabilidade clínica do paciente traumatizado, até a chegada ao hospital.

A finalidade do APH, como um serviço de saúde é possibilitar a cura, o restabelecimento do paciente e, na situação específica do acidente de trânsito, salvar a vida das vítimas, mantê-lo vivo até a chegada no local onde será possível curá-lo, diminuir as seqüelas, fazer a diferença, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo a própria vida. É a partir dessa finalidade que o serviço se organiza e, fundamentado no saber da clínica e da epidemiologia, determina a finalidade específica dessa instância do sistema de saúde, que é a de realizar um atendimento rápido, estabilizando a vítima no local, imobilizando adequadamente, para que possa ser transportada ao hospital de referência em condições que possibilitem o tratamento definitivo - a cura.

Com base nos resultados obtidos, identifica-se que o objeto do trabalho é a pessoa - vítima de trauma por acidente de trânsito - e é em função dela que o atendimento é organizado, pois o tempo extremamente curto para cumprir com sua

finalidade, impõe uma outra lógica no processo de trabalho, rompendo com a lógica burocrática, hierarquizada e normativa, presente nos serviços de saúde.

4.1 A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O modelo de atenção do serviço de APH, assim como de outros serviços de saúde, pode ser analisado por meio do fluxograma¹⁰ proposto por Merhy (1997), como ferramenta de análise do modo de organização de processos de trabalho. Este instrumento tem sido utilizado, para analisar coletivamente, com os trabalhadores de saúde, os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, permitindo a detecção de seus problemas.

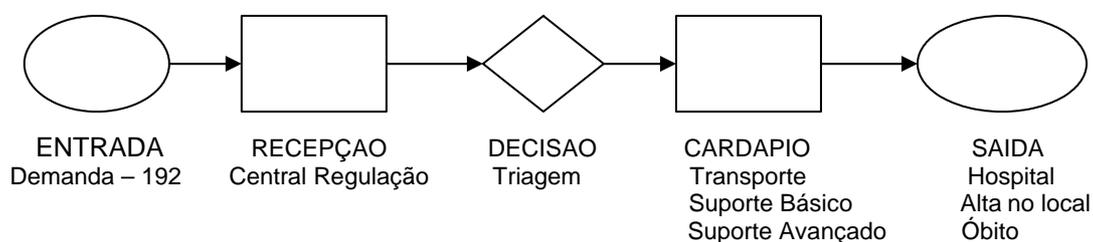


Figura 1 - Fluxograma do serviço de atendimento pré-hospitalar analisado neste estudo

O APH, como um serviço assistencial de saúde, tem sua entrada, representada pela demanda recebida no serviço por meio das ligações telefônicas e a recepção, caracterizada pela Central de Regulação, que recebe essas solicitações

¹⁰ O Fluxograma Descritivo consiste numa representação gráfica do processo de trabalho, buscando descrever os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura o atendimento do serviço, utilizando três símbolos, convencionados internacionalmente: a elipse para indicar a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango para os momentos em que deve haver uma decisão para continuidade do trabalho e o retângulo, para os momentos de intervenção, ação sobre o processo (Merhy, 1997; Franco e Merhy, 2003; Franco, 2003).

Nesse momento da regulação (etapa recepção) acontece o “encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas” (Merhy, 1997, p. 76).

Após essa etapa há o processo de decisão, em que o serviço, a partir de critérios próprios irá dizer se o que o usuário está trazendo como uma situação de urgência será ou não objeto de ação do serviço, enquanto uma certa intervenção tecno-assistencial. Verificou-se que, do total de solicitações encaminhadas ao serviço de APH, 41,2% resultaram em não-atendimento¹¹, por não serem consideradas pertinentes, ou não existirem recursos, no momento, para realizar o atendimento. Entre essas, encontram-se as solicitações que receberam orientações pelo telefone e as encaminhadas a um outro serviço de saúde, que devem buscar por meios próprios.

As solicitações que passam pela recepção e são consideradas como de urgência, recebem um atendimento diferenciado, conforme a decisão tomada pelo médico regulador e que fazem parte do cardápio do serviço, podendo ser um transporte simples ou medicalizado e, nas situações de solicitação de socorro, uma intervenção de suporte básico ou avançado. Após essa etapa, os que sofreram algum tipo de intervenção tecnológica de saúde, realizado pelo serviço de APH, vão “sair”, o que pode acontecer com o atendimento na emergência hospitalar, a internação para intervenção cirúrgica, a alta no próprio local do atendimento, ou mesmo, o óbito.

A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar pode ser descrita por meio da regulação médica e da assistência à vítima de acidente de

¹¹ No período de julho a setembro de 2003, o serviço de APH, gerou 12.729 fichas de regulação, das quais 5.247 não geraram ocorrência, o que equivale a 41,2%, enquanto 1.052 (8,3%) foram para transporte de pacientes e 6.430 (50,5%) solicitação de socorro.

trânsito, incluindo instrumentos de trabalho característicos desse tipo de serviço.

4.1.1 A Regulação Médica

A Regulação Médica inicia com o chamado telefônico pelo sistema 192, ou através de rádio, em sintonia direta com a Empresa Pública de Transporte e Circulação¹² (EPTC) e com o Centro Integrado de Operações de Segurança Pública¹³ (CIOSP). Este momento desencadeia, ou não, o envio de uma ambulância para o atendimento da ocorrência.

“Bom, tudo começa através do pedido de socorro: a pessoa liga por uma situação de risco de vida iminente, uma pessoa vai ligar pro 192... o TARM¹⁴, que é o telefonista lá, vai receber essa ligação, vai coletar alguns dados com esse solicitante e vai passar pro médico regulador, que fica na mesa lá, de regulação. E esse médico, então, daí ele vai ver qual o tipo de socorro que deve enviar, se é uma ambulância básica, ou vai deslocar uma ambulância UTI já da base central do HPS, ou uma ambulância básica que esteja mais próximo e aí, então eles saírem do... do HPS com o veículo rápido, pra transformar essa ambulância básica numa... numa ambulância UTI ou se não... se não for o caso de um atendimento... uma orientação... vai ser uma orientação desse médico. Vai dizer: olha, não é uma situação pro SAMU, o SAMU atende risco iminente de vida, etc... etc... Ou ainda, muitas vezes, o médico pode interpretar, a pessoa passar de uma forma não verdadeira pro médico, e o médico enviar recurso e aí, o recurso chega lá no local e vê que não há necessidade, não tem risco de vida, é uma pessoa que até precisa ser vista a nível médico, mas a nível ambulatorial. Mas aí, a gente avalia, é constatado que não tem risco de vida e essa pessoa fica na residência com boletim, escrito a orientação, o quê que ela deve fazer.” (A1)

“A pessoa que necessita do... do nosso atendimento, como ela faz: ela liga pro 192... aonde ela vai ser atendida pelas nossas TARMS, as nossas telefonistas, que é onde vai ser passado o caso, o endereço, bairros, pra essa telefonista, e a qual passa para o nosso médico regulador e vai escutar o porquê do motivo da chamada. Aí, ele vai avaliar se necessário ou não...um... deslocamento da ambulância e o tipo de ambulância. Se o médico avaliar que é um caso simples, que a pessoa pode colocar dentro de

¹² A EPTC é órgão gestor do trânsito e transporte coletivo do município de Porto Alegre, que desenvolve ações de Fiscalização e Operação do Trânsito, Educação e Engenharia de Tráfego (Cardoso, 2002).

¹³ O CIOSP é um centro único de comunicações, vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e Segurança, responsável pelo atendimento emergencial de ocorrências, pela coordenação, orientação e disciplina do sistema de comunicações, além da coordenação integrada das operações e despachos no envolvimento de mais de um órgão subordinado a essa Secretaria, quais sejam: Brigada Militar (que inclui o Corpo de Bombeiros e Polícia Rodoviária Estadual), Polícia Civil, Instituto Geral de Perícias e Superintendência dos Serviços Penitenciários.

¹⁴ TARM é a sigla correspondente ao Telefonista Auxiliar de Regulação Médica, que recebe inicialmente as ligações do sistema 192.

um carro e levar até uma unidade de saúde mais próxima, ele vai ser orientado, caso contrário, vai ser orientado pra aguardar a chegada da ambulância e os tipos de procedimentos que tem que fazer. No nosso caso, inicialmente, as nossas ambulâncias são pra atender risco iminente de vida, ou seja, infarto, esfaqueado, baleado, acidente de trânsito, coisas do gênero.” (MO3)

A equipe dos bombeiros, que atua no atendimento pré-hospitalar, recebe os chamados, por meio do CIOSP, pelo telefone 193, onde é feita a triagem das solicitações de socorro e, quando for necessário e possível, é enviada uma ambulância, com uma equipe de suporte básico, para o local da ocorrência. Os fluxos presentes nesse processo são os mesmos já descritos, no entanto, não existe uma regulação médica, pois a triagem é realizada por um profissional militar bombeiro, sem exigência de formação na área da saúde, mas que tem possibilidade de fazer contato com a Central de Regulação Médica, via rádio.

“Pra nós, os bombeiros, ele é prestado em vias públicas, seria o caso,... seria certo somente em vias públicas, em acidentes de trânsito e por meio de chamadas,... telefone. A nossa... nossa central de rádio, tem uma... tem uma triagem de ocorrência e, se for o caso, se for necessidade, a gente chama a ambulância,... se tiver na área.” (B1)

Nos casos em que é necessária uma intervenção médica, ou mesmo uma orientação, a Central de Regulação é acionada, possibilitando o contato da equipe que está em atendimento, com o médico regulador.

“[...] Sempre a Brigada, se chega junto com nós, que é o que faz por rádio, daí que informa: ó... são tantas vítimas, são duas, três [...] hoje em dia tem telefone celular, que a gente fala direto com o pessoal do SAMU e falamos direto com a sala de operações, tudo isso facilita, tudo isso facilita bastante na hora da ocorrência, ali.” (B1)

A solicitação de socorro, da maioria das ocorrências de acidente de trânsito, chega à Central de Regulação pela EPTC, como foi possível verificar no período de observação.

“As 14:15 a equipe X saiu em ocorrência a acidente de trânsito, por solicitação da EPTC, mas foi cancelado pela base pois a vítima já havia sido removida do local.” (OBS1)

“Colisão carro x árvore. Chamado pela EPTC, para atendimento a colisão [...] com 2 vítimas. Bombeiros já estão no local.[...] Ocorrência 3: atropelamento. Chamado pela EPTC, que já se encontra no local. É despachado para essa ocorrência a equipe X e, logo após, o veículo rápido, que chega no local, imediatamente após.” (OBS2)

“[...] colisão moto x carro, 17 horas, chamado pela EPTC – via rádio.” (OBS3)

“[...] colisão carro (frente) na traseira de outro carro que colidiu em árvore, às 16:30, chamado pela EPTC. [...] Colisão moto x carro, às 17:30 h. Chamado pela EPTC, via rádio.” (OBS5)

“[...] colisão carro x carroça. EPTC faz contato via rádio.” (OBS6)

“Atropelamento por carro às 18:40, na Rua [...] Chamado via EPTC.” (OBS10)

“[...] Colisão carro x ônibus na [...], quase em frente a base do SAMU. Solicitação pela EPTC.” (OBS15)

Algumas das solicitações de atendimento às ocorrências de acidente de trânsito são provenientes do Centro Integrado de Operações de Segurança Pública (CIOSP), visto que, os policiais militares, junto com os agentes da EPTC, são os primeiros a chegarem ao local do acidente.

Essa situação observada, da solicitação de socorro, em caso de acidente de trânsito, ser realizada pela EPTC ou BM, acontece porque no caso dos acidentes possuírem vítimas e terem sido atendidos por alguma autoridade, devem ser registrados no Departamento de Polícia Judiciária de trânsito (DPTTran) e

no caso de acidentes com vítimas o primeiro atendimento é realizado pela Fiscalização de Trânsito da EPTC ou pela Brigada Militar. Conforme a gravidade dos acidentes estes órgãos podem acionar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que dá o socorro médico, encaminhamento, se necessário, a um dos hospitais que prestam atendimento a vítimas de acidente de trânsito na cidade de Porto Alegre – Hospital de Pronto Socorro (HPS) ou Hospital Cristo Redentor. Realizado o

atendimento às vítimas, é preenchido o boletim de acidente de trânsito no DPTran (CARDOSO, 2004, p.4).

Na Sala de Regulação “as telefonistas auxiliares de regulação, que são quatro por turno, recebem o chamado e registram as primeiras informações: solicitante, endereço, solicitação, nome da vítima, pontos de referência do endereço” (OBS1).

Além dos telefonistas, um operador de rádio é responsável por despachar a ambulância, conforme orientação do médico regulador (suporte básico ou avançado) e fazer os registros referentes a horário de saída, chegada no local, retorno, chegada no destino e a base.

No desenvolvimento das ações de regulação, o médico é o único profissional autorizado formalmente a executar essa função. As Portarias Ministeriais, desde sua primeira versão em 1999, garantem essa exclusividade, cabendo lembrar que, a Portaria 824/99 aprova, na íntegra, a Resolução do Conselho Federal de Medicina que, pela primeira vez, conceitua a Regulação Médica e a determina como ato exclusivo do profissional médico.

A atividade de regulação é reconhecida como telemedicina¹⁵ e, assim como o atendimento realizado no pré-hospitalar, tem seus critérios e protocolos para orientar a tomada de decisão dos médicos, quando no exercício dessa função.

“Tem... tem a parte da regulação. Então, a gente faz aqui no SAMU o que a gente chama de tele-medicina, que é baseado também em protocolos, em critérios de gravidade. A necessidade, primeiro, a necessidade de deslocar ou não, se enquadram num atendimento caracterizado pelo SAMU, de gravidade e risco de vida. E segundo, qual é o tipo de gravidade, se vai ter uma necessidade de uma UTI móvel, [...] ou uma unidade básica vai fazer, prestar esse atendimento. Então, o médico vai ser um criador e muitas vezes um orientador na... no atendimento. E quando necessário, vai deslocar, normalmente não o mesmo médico que está regulando, mas um socorrista, quando for necessário alguma intervenção... médica.” (ME2)

¹⁵ A telemedicina é definida, na Resolução nº 1.643/2002, do Conselho Federal de Medicina, como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação áudio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde”(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Os médicos-reguladores, geralmente são em três, que se alternam nas regulações e nas saídas que exigem a sua presença no local da ocorrência. Eles avaliam a situação e decidem a conduta necessária: orientação, envio de ambulância, encaminhamento a unidade de saúde e, em algumas situações, fazem contato com unidades hospitalares ou de pronto atendimento e, quando necessário, com a Central de Leitos, especialmente nos casos clínicos ou de transporte de pacientes.

“Aqui tem duas atividades principais: uma de regulação médica e outra de atendimento. A gente faz os dois. A regulação é receber os chamados via telefone e fazer uma triagem, ver qual é o tipo de recurso que vai ser enviado, decidir se vai ser enviado ou não. E a outra, é o atendimento propriamente, nos casos em que a gente julga que é necessária a presença do médico.” (ME1)

Após o horário da meia-noite, “ficam apenas um médico regulador e dois telefonistas auxiliares de regulação, sendo um deles, também operador de rádio” (OBS4).

Na função de regulador, o médico possui total autonomia, sem qualquer intervenção ou participação de outros profissionais. A própria regulação médica é uma ação individual de cada médico, que decide sozinho o desfecho da solicitação recebida. Isso possibilita que, apesar dos critérios e protocolos existentes, uma situação semelhante tenha encaminhamentos diferentes, em função da avaliação de cada médico e dos recursos existentes no momento para efetuar o atendimento. Nos casos de acidente de trânsito, em que há uma solicitação de socorro, sempre é prestado atendimento, a não ser que a vítima possa ser removida pela EPTC, BM ou por meios próprios, o que acontece em situações de pouca gravidade.

“Médico regulador orienta deslocamento. EPTC responde que pode fazer o deslocamento, suspende o pedido de ambulância.” (OBS6)

Em caso de acidentes, as vítimas são deslocadas ao Hospital de Pronto Socorro (HPS) ou ao Hospital Cristo Redentor (HCR) em função da localização da ocorrência e/ou tipo de lesões, conforme já está pactuado pelo gestor de saúde e esses serviços de referência, na área do trauma. Sendo assim, as próprias equipes de suporte básico deslocam-se para esses hospitais, antes mesmo de contatar com a Central de Regulação. Cabe aos médicos, então, realizar a triagem dos casos que chegam ao serviço, por meio do telefone 192 e também do sistema de rádio interligado com o CIOSP e com a EPTC. Também existem duas linhas diretas que podem ser acionadas pelos serviços de saúde.

A Regulação Médica está prevista nas normalizações do Ministério da Saúde, desde a primeira Portaria, editada em 1998, e vem sendo exercida não só em Porto Alegre, mas em outros Estados, como relata Filipak (2001, p. 43), ao referir-se ao serviço existente no Paraná, localizado na Central de Operações do Corpo de Bombeiros, e que funciona sob coordenação direta de um médico, “responsável pela triagem dos chamados, a avaliação da necessidade de atendimento por ambulâncias, a orientação técnica à equipe de socorristas que está no local da ocorrência e escolha do serviço de saúde que deverá receber o paciente”.

Apesar de estar regulamentado, por Portarias Ministeriais, as funções do médico regulador, que prevê atribuições técnicas e também gestoras, o que ficou claramente demonstrado nas falas dos profissionais e nas observações, foram as suas atividades no campo técnico.

A função técnica que o médico realiza na Regulação Médica caracteriza-se como uma triagem, em que o usuário busca o serviço com uma “queixa” (solicitação) e os profissionais avaliam a sua necessidade, decidindo o melhor encaminhamento

a ser dado a essa situação, levando em consideração a necessidade do usuário e as condições existentes nesse serviço de saúde.

Filipak (2001) ressalta a responsabilidade técnica e ético-legal desempenhada pelo médico ao exercer a decisão técnica inerente à triagem telefônica das solicitações de socorro, quando pode optar pela orientação, repasse do pedido a outros órgãos ou envio da ambulância para atendimento.

A atividade gestora da Regulação Médica é muito pouco observada, sendo possível identificar a tomada de decisão do médico regulador, quanto ao recurso a ser mobilizado em cada caso e, mesmo assim, apenas os disponíveis no serviço de APH. A solicitação de apoio de outros órgãos é recíproca, sendo comum o intercâmbio, principalmente entre BM, EPTC e o serviço de APH.

Nos casos de trauma, especialmente os decorrentes de acidente de trânsito, não são feitos contatos prévios com o hospital, pois esses encaminhamentos já estão previamente pactuados. Quando acontece de a vítima ser encaminhada para um outro hospital, como na situação relatada, quem fez o contato com a equipe do hospital, foi o pai da vítima, que era militar:

“Enfermeira passa informações à Central de Regulação. [...] Explica que o pai da vítima solicitou que levassem ao Hospital Militar. Médico regulador dá OK.” (OBS7)

A Regulação Médica tem apresentado, como ponto frágil, a interlocução com a rede assistencial, especialmente na efetivação de uma integração com o nível hospitalar, visto que o médico dificilmente tem ascendência sobre os serviços de saúde, necessitando negociar com os médicos desses serviços o encaminhamento de pacientes. Mas, apesar dessa limitação, em relação ao que está previsto nas normalizações, a Regulação tem funcionado como um elemento orientador do

atendimento pré-hospitalar, garantindo uma retaguarda importante às equipes que realizam a assistência.

4.1.2 A assistência à vítima de acidente de trânsito

O atendimento da ocorrência de acidente de trânsito começa com o acionamento da equipe de atendimento pela Central de Regulação. Inicialmente o rádio-operador passa informações quanto à localização do acidente e, logo após, o médico regulador informa a natureza da ocorrência e outras informações sobre o caso, que tenham sido relatadas pelo solicitante. A partir desse momento, a equipe já inicia sua preparação para o atendimento, fazendo combinações prévias de organização do trabalho, com base nas informações recebidas, como mostram as falas do auxiliar de enfermagem, da enfermeira e do motorista socorrista.

“Por isso a necessidade, que eu te falei, de que quanto mais dados tu tiver antes e durante o deslocamento, melhor vai ser pro atendimento... por quê? Porque, quando a gente desloca daqui, a gente já vai conversando: “oh Ah, eu vou fazer tal coisa e tu vai fazer isso, tu vai fazer imobilização cervical, já vou descer com a maca rígida, com o colar cervical Olha, essa situação eu acho que a gente precisa descer com a maleta, que eu acho que a gente vai precisar estabilizar a vítima ainda na via antes de colocar na ambulância.” (A1)

“Não só num acidente de trânsito, até num caso clínico que tu tem dados, que tu sabe mais ou menos qual é o caso clínico ou mais ou menos a informação do acidente, a gente já se programa dentro da ambulância mesmo. Eu, pelo menos, trabalho assim, não sei como é que as outras trabalham, as outras enfermeiras, porque a gente não sai duas enfermeiras juntas, né. Mas a gente se combina ali, “olha, tu pega, tu desce com o colar, tu vai pra cervical”. A gente dá uma assim, como é que se diz, faz uma pré, um pré atendimento ali na ambulância, só pra gente não ficar se batendo na hora de sair: “ó, tu vê sinais, tu faz isso, tu faz aquilo primeiro”; fala com o motorista: “olha, assim que a gente descer no local do acidente, se é grave, tu desce com a maca, com o colar, que eu vou pra cervical, tu vai vendo o resto do paciente, vê se tem alguma outra, algum outro trauma.” (E1)

“É, a equipe se combina... nós mesmo... se combina no caminho. No caminho, nós ... ó, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo, e tal, vamos ver como é.” (MO2)

A primeira atividade do socorrista no local do acidente é a avaliação da cena, em que verifica a segurança e a cinemática¹⁶ do trauma. Chegando no local do acidente, antes mesmo de descerem da ambulância, a equipe já inicia a avaliação da cena e da necessidade, ou não, de apoio de outra equipe ou do suporte avançado.

“Durante a... na chegada lá no local, que a gente chega lá no local, antes de descer da ambulância, muitas vezes, tu já tem condições de saber, se vai haver necessidade de um atendimento avançado ou não. Na própria chegada, pela cinemática, pelo posicionamento das vítimas, pela... tu já consegue captar a gravidade da situação. Então, muitas vezes, antes de tu descer da ambulância, tu já está fazendo uma integração...” (A1)

Apesar de existir a escuta médica permanente, por meio da Central de Regulação, as orientações do médico regulador embasam-se na leitura que o socorrista faz da cena do acidente e da avaliação da vítima e, a necessidade da presença do médico é definida pela equipe que está no local do acidente.

No atendimento ao traumatizado, a avaliação é a base para tomada de todas as decisões de atendimento e transporte e, segundo a NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (2004, p.68) “é a pedra fundamental para o melhor tratamento do doente”

Essa primeira avaliação embasará a conduta a ser tomada na seqüência do atendimento, como relatam, tanto o profissional médico, como o motorista socorrista.

“E se pensar no local, depois que a gente chega, a gente faz o que a gente chama, a primeira olhada assim do acidente a gente já tem uma idéia, a primeira avaliação, avaliação rápida que a gente faz, a gente já tem uma idéia, (e quanto mais experiência, mais rápido a gente faz isso) ... da gravidade, de quanto tempo tu vai poder despender pra atender essa vítima.” (ME2)

¹⁶ A cinemática do trauma ou biomecânica é o processo de avaliação do local do acidente para determinar que lesões possam ter resultado das forças e da movimentação envolvidas, baseando-se em princípios fundamentais da física - leis da energia e do movimento (NATIONAL, 2004).

“É... o acidente de trânsito é... quando se sabe da ocorrência e vai, vai, na ocorrência. E a gente, quando chega na... no local da ocorrência, a gente procura já ver a cinemática, que... pra poder passar pro médico,...se houve impacto, se houve impacto muito forte, se houve arremesso, se foi... se foi motoqueiro... se foi pedestre, ou... Quase todos é o mesmo procedimento de imobilização da cervical, imobilização na maca rígida.” (MO1)

Outro aspecto importante apontado na abordagem da cena, além da avaliação da cinemática é a questão da segurança da situação, em que é verificada, em primeiro lugar, a segurança da equipe, para que não se torne mais uma vítima. Estando seguro, iniciam a abordagem da vítima, buscando também sua segurança.

“É organizado... a equipe em si, o motorista e o auxiliar, nós do SAMU, chegando na ocorrência, da cena,... se é um atropelamento... A primeira coisa... se o local está seguro, vê se o local está seguro, se não tem a EPTC, se não está a Brigada. Todo acidente, tem que ter a EPTC e a Brigada no local. Já chega, coloca a ambulância no local que não vai correr risco pra equipe, principalmente a segurança da equipe, tem que estar em primeiro lugar. Daí, se organiza né.” (MO2)

“[...] Nós... fizemos assim: ao chegar no local do acidente eu, olhando em volta, eu procuro primeiro a segurança da equipe,.. .o que o motorista também já faz, deixando a ambulância numa posição... de acordo com a necessidade do trânsito ali.[...].” (A3)

Após esse momento, o socorrista – auxiliar ou técnico de enfermagem ou enfermeira, faz a abordagem da vítima, realizando a avaliação inicial do paciente, que irá subsidiar as etapas seguintes de imobilização e transporte ao hospital.

Depois dessa avaliação inicial, com a vítima já imobilizada e colocada na ambulância, é complementada a assistência, ainda no local, sendo colocado o oxímetro de pulso para verificar pulso e saturação de O₂, sendo feita, também, a verificação da pressão arterial, frequência respiratória e perfusão sanguínea.

“Chego lá, avalio o paciente, imobilizamos o paciente, colocamos na ambulância, lá dentro se verificam os sinais, lá se verificam os sinais... vê como é que está... como está a situação do paciente, puncio, dependendo coloco O₂ e... é praticamente isso. E se necessitar de uma...

se o paciente estiver inconsciente e precisando assim de um VR (veículo rápido) a gente chama, né...” (A2)

Auxiliar de enfermagem vai atender, avalia, conversa com a vítima. Solicita ao motorista o colar azul¹⁷ e o KED¹⁸. [...] Auxiliar de enfermagem faz os registros no boletim de ocorrência, avalia coluna cervical e tórax, investigando outras dores. Coloca oxímetro de pulso, verificam frequência cardíaca, saturação de O₂, além da pressão arterial. Iniciam deslocamento fazendo contato com a Central de Regulação.” (OBS15)

“A enfermeira atende a vítima, avalia, imobiliza a cervical. O motorista auxilia, colocando o colar, posicionando a maca e, com ajuda dos agentes da EPTC, coloca a vítima na maca rígida, na maca retrátil e esta na ambulância. A enfermeira continua o atendimento dentro da ambulância: sinais vitais, hgt, saturação O₂, ... O motorista registra os dados.” (OBS3)

No atendimento pré-hospitalar a avaliação e a intervenção vão acontecendo simultaneamente, pois, à medida que o socorrista verifica as condições da vítima, já vai realizando os procedimentos necessários como: desobstrução de vias aéreas, imobilização da coluna cervical, colocação do colar cervical, imobilização de membros, em caso de fraturas, imobilização com KED, colocação e imobilização em maca rígida, administração de oxigênio e punção venosa periférica para reposição volêmica. A necessidade desses procedimentos é decidida pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, sem pedir orientação ou autorização ao médico regulador. A tomada de decisão baseia-se na avaliação do paciente e nas orientações estabelecidas nas diretrizes e nos protocolos de atendimento.

“Bom... o que a gente faz? Em primeiro lugar nós chegamos, o que a gente verifica é vias aéreas,... a gente ...a gente procura manter sempre desobstruídas..., vê o estado geral do paciente, tudo é visto entre eu e o colega. O colega não é um auxiliar, ele é um ... um motorista mas ele tem um treinamento, então ele me ajuda a fazer uma ... uma checagem geral no paciente. O que a gente faz... a gente punciona, se for necessário, a gente... imobiliza, o paciente, a gente... tenta deixar ele mais confortável possível, e claro, se... se for o caso, o mais vivo possível até chegar no hospital.” (A3)

¹⁷ O colar cervical tem, em um dos lados, um fecho com velcro, seguindo um padrão de cores universal para cada tamanho, o que facilita a identificação dos colares, no momento do atendimento.

¹⁸ KED é uma expressão em inglês – kendrick extrication device – utilizada para designar o colete imobilizador, um dos equipamentos utilizados na extricação da vítima, quando está presa às ferragens, inconsciente ou apresenta riscos de lesões secundárias (RODRIGUES e MILLER, 2001).

A avaliação da vítima de acidente de trânsito, e as intervenções realizadas, são registradas em um Boletim de Ocorrência. O motorista preenche os dados de identificação da ocorrência, fornecidos pela Central de Regulação e coleta as informações referentes à identificação da vítima. O registro da ocorrência em si, fica a cargo do auxiliar ou técnico de enfermagem, apesar de algumas vezes o motorista colaborar nessa tarefa, realizando alguns registros.

“Após a colocação do paciente na ambulância, motorista coleta os dados de identificação.” (OBS13)

“O auxiliar de enfermagem continuou a avaliação da vítima, fez o preenchimento do boletim de ocorrência e fez contato com o médico regulador, via celular, durante o deslocamento ao HPS.” (OBS5)

“Preenchem (auxiliar de enfermagem e motorista) os boletins de ocorrência (são dois pacientes).” (OBS15)

A equipe faz a avaliação inicial, imobilização e o transporte para o hospital de referência, indicado pela Central de Regulação que, no caso das vítimas de trauma, são o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS/POA) e o Hospital Cristo Redentor (HCR).

A utilização de sirene e a rapidez do deslocamento variam com a gravidade da situação que foi apresentada pela Central de Regulação, ao informar a ocorrência, ou avaliada pelo auxiliar de enfermagem, após o atendimento.

“A equipe recebe o endereço (o QTH¹⁹) e logo o médico já passa o caso que tem: se é um acidente de trânsito, se é um cardioclínico, se é... se é um... atropelamento, qualquer coisa e daí ele vai dar a gravidade: ó, está em estado grave, vai em código amarelo ou código vermelho, o código azul, é... que é um código mais....[...] O código amarelo é... tem classificado assim, código azul: o paciente não está em estado tão grave assim, está mais...calmo. O código amarelo já precisa de mais uma brevidade. E o

¹⁹ Essa combinação de três letras, começando com a letra Q, é uma forma de comunicação codificada, chamada de código Q, utilizada para facilitar as radiocomunicações, pois a rapidez de transmissão aliada à perceptibilidade da mensagem é fundamental, especialmente em comunicações de emergência e urgência.

código vermelho é um código que seria com risco de vida, é um código mais, mais... tem que deslocar, assim, o quanto mais rápido possível pra esse endereço.” (MO2)

“[...] Motorista pergunta se vão com sirene ligada e auxiliar refere que sim, pois suspeita que o paciente pode ter quadro de agitação psicomotora devido ao TCE (trauma cranioencefálico).” (OBS6)

O que orienta o atendimento à vítima são os princípios da assistência ao paciente traumatizado, sistematizado como ABCDE²⁰, que direciona e fundamenta a assistência. Esses princípios são preconizados, internacionalmente, para a assistência ao paciente, vítima de trauma, em que se prioriza o atendimento às lesões ameaçadoras da vida, nesse primeiro momento.

“Tem assim, o protocolo de atendimento, atendimento geral, assim, entendeu? Atendimento, assim, via aérea, circulação... [...] A questão do ABC, isso aí é válido pra todos. [...] A primeira coisa é o ABC, tanto no clínico como no trauma.” (E1)

“Esse trabalho, ele é desenvolvido de acordo com os protocolos, assim, então... sempre seguindo ABCDE do trauma e dos casos clínicos. [...] Então a gente vai seguindo os passos do atendimento inicial e assim se organiza o trabalho, sempre seguindo o ABCDE do trauma e do quadro clínico também.” (E2)

“[...] Então, a gente segue uma rotina, que é americana, uma sistemática que visa a atender as prioridades que vão matar mais rápido a pessoa. Então, que seria a via aérea,... que é a ventilação, depois o sangramento, depois a gente vai ver o resto, algum tipo de fratura,... lesões que daí não vão ameaçar, pelo menos de imediato, assim, nos primeiros minutos.” (ME2)

“É, tem um... tem um procedimento, que o... desde o acidente o primeiro procedimento, como todo trauma, é o ABCDE. Depois, conforme o ABCDE, a coluna cervical.” (MO1)

Apesar de ser utilizado o termo protocolo para designar a sistemática utilizada na abordagem do paciente – o ABCDE – é necessário fazer uma distinção entre

²⁰ O ABCDE são as cinco etapas da avaliação inicial da vítima de trauma em ordem de prioridade para o atendimento ideal em que o A envolve o atendimento das vias aéreas e controle da coluna cervical, o B, a respiração (ventilação), o C a circulação e sangramento, o D a incapacidade (avaliação neurológica) e o E, e exposição e proteção do ambiente (NATIONAL, 2004).

essa sistemática, que se caracteriza como uma diretriz²¹, e os protocolos técnicos, como os de imobilização com KED ou maca rígida, os de desobstrução de vias aéreas, de entubação endotraqueal, de administração de O₂, em que há a descrição passo a passo da técnica. Esses protocolos, que devem ser seguidos conforme estão escritos, fazem parte da bagagem teórico-prática de todo socorrista, dos instrumentos tecnológicos, do saber técnico, que o profissional irá utilizar conforme a situação que se apresenta.

As diretrizes têm sua sustentação na medicina baseada em evidências²², um novo paradigma da clínica médica, caracterizando-se como uma orientação para organizar o atendimento, subsidiando a avaliação da vítima, mas sem retirar a autonomia do profissional nesse processo.

Segundo Jatene, Bernardo e Monteiro-Bonfá, (2001, p. 92) “as diretrizes devem garantir a autonomia médica e a liberdade de decisão constituindo-se em recomendações baseadas em evidências científicas, para a maioria dos pacientes e não, obrigatoriamente, regras para todos”.

Gonçalves e Rodrigues (2001) afirmam que a atenção pré-hospitalar deve pressupor, além da regulação médica, a confecção e a obediência a protocolos de atendimento, especialmente no suporte básico. No entanto, considera-se que a assistência ao traumatizado está pautada na avaliação, muito mais do que nos protocolos, que são instrumentos tecnológicos utilizados no exercício dessa função de socorrista. No APH, os procedimentos na cena do acidente não são sempre os

²¹Jatene, Bernardo e Monteiro-Bonfá (2001, p. 91 e 93) entendem diretrizes como “um conjunto de recomendações estruturadas, periodicamente atualizadas, cujo principal objetivo é produzir ações de maior qualidade” e ainda que, “devem ser encaradas como um instrumento de auxílio nas decisões clínicas, podendo sofrer alterações advindas da experiência adquirida com sua aplicação na prática médica diária”.

²²A medicina baseada em evidências ou conduta embasada em evidências pressupõe decisões mais científicas e eficazes, baseadas em métodos de avaliação mais rigorosos, integrando a experiência clínica individual e a evidência clínica externa, em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica (LOPES, 2000; WANNMACHER e FUCHS, 2000).

mesmos, eles dependem da avaliação do cenário e da vítima, realizada por um profissional de saúde, com formação e capacitação específica para o trabalho desenvolvido. A obediência a protocolos pré-determinados, sem uma avaliação prévia, tem acontecido nas situações em que os trabalhadores não têm um embasamento técnico suficiente, para subsidiar suas decisões, como relata uma das enfermeiras entrevistadas.

“Muitas ocorrências a gente chega, a EPTC está imobilizando o paciente, por mais, às vezes, que não precise, eles estão imobilizando,... até porque, bom... eles não têm a capacidade pra definir o que precisa e o que não precisa. Então eles fazem isso, até porque eles tiveram a orientação prá isso, então assim... eles fazem a imobilização direitinho [...]”. (E3)

Merhy (1997, 2002, 2003) classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As leves são os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica e a Epidemiologia e as tecnologias duras são os equipamentos, as máquinas e as estruturas organizacionais. O saber estruturado em forma de princípios do atendimento ao paciente traumatizado, embasados no conhecimento da Clínica e da Epidemiologia, que se caracteriza como tecnologia leve-dura, constitui-se no suporte teórico que o socorrista utiliza para avaliar a cena do acidente, as condições da vítima e decidir “o que” e “como” fazer no momento do atendimento em si, no momento do trabalho vivo em ato.

Os processos de trabalho são resultado da interação de dois componentes: o trabalho vivo e o trabalho morto. O trabalho vivo situa-se na dimensão do cotidiano e constitui-se das ações propriamente ditas executadas pelos trabalhadores de saúde na sua relação com o usuário, enquanto o trabalho morto é composto por todos os produtos-meios que estão envolvidos nos processos de trabalho, como ferramentas

ou matéria-prima, assim como os componentes vinculados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos no trabalho, sendo resultado de um trabalho humano anterior (Merhy, 1997, 2002).

No exercício do trabalho, no momento em que ele se realiza, há possibilidades de ação, que vão além do cumprimento de regras, protocolos, que caracterizam o que Merhy descreve como trabalho morto. No trabalho vivo há a preservação de um espaço de julgamento, de decisão, de processo reflexivo, de integração, de intencionalidade, de utilização de saberes específicos para situações em particular, que se apresentam na atenção ao usuário (Merhy, 1997; Peduzzi, 1998).

Apesar da sistemática que é utilizada no atendimento ser a mesma, os atendimentos nunca são iguais, pois as situações não se repetem, nenhuma ocorrência é igual à outra. A seqüência utilizada é a mesma, seguindo o ABCDE, mas os procedimentos realizados e equipamentos utilizados mudam conforme a situação.

Nas ocorrências observadas, houve situações em que a vítima estava no carro e, para retirá-la do veículo, a imobilização precisou ser feita com a utilização de KED antes da colocação na maca rígida.

“O auxiliar desce primeiro, avalia a vítima que se encontra no veículo. O motorista desce e traz o colar cervical, em seguida traz o KED. Será feito a extricação da vítima com KED. O motorista auxilia na colocação do colar e do KED. [...] Para retirada do carro, solicitam apoio da EPTC para segurar a maca junto ao carro. O motorista traz a maca retrátil. [...] A vítima é colocada na ambulância. [...] O auxiliar continua a avaliação dentro da ambulância. O motorista copia os dados de identificação. O auxiliar solicita cobertor para cobrir a vítima. Ele faz os registros no boletim de ocorrência: SV, saturação de O2, queixas, etc... A ambulância segue em direção ao HPS.” (OBS10)

Em outra situação, foi feita uma imobilização, do pé direito da vítima e, posteriormente, sua imobilização, utilizando o colchão vermelho²³.

“O auxiliar avalia a vítima, solicita ao motorista material para imobilizar pé direito (papelão e atadura). O motorista pega os materiais, maca e auxilia na imobilização e colocação da vítima na maca. Ajudo a colocar no colchão vermelho. O motorista coordena colocação na maca retrátil. Ele diz que vai baixá-la para facilitar o trabalho. Após colocação do colchão com a vítima, na maca, levanta-a e empurra até a ambulância. Após colocação do paciente na ambulância, o motorista coleta os dados de identificação. O auxiliar continua a avaliação: saturação de O2, FC, PA e conversa com o paciente. Faz os registros no Boletim de Ocorrência e diz ao motorista que pode iniciar o deslocamento ao HCR que, conforme a EPTC, fica mais perto.” (OBS13)

Também se observaram ocorrências, em que foi preciso improvisar um colar cervical, pois os existentes não serviam para a vítima, e fazer a imobilização do membro inferior, que apresentava uma fratura exposta, para depois imobilizar na maca rígida.

“O auxiliar avalia, conversa com a criança e populares. Solicita ao motorista material para imobilização. É preciso improvisar um colar cervical, pois os colares que tem, não servem na criança. O auxiliar faz a imobilização da perna com papelão e ataduras. A vítima é colocada na maca rígida com auxílio de populares. Tem algumas pessoas na volta da criança, um popular conversa com ela, o tempo todo, segurando sua mão. Na ambulância, o auxiliar continua a avaliação, preenche os dados no Boletim de Ocorrência [...] (OBS13)

Essas situações em que há fratura evidente ou suspeita e é necessária imobilização do membro afetado, são utilizados papelão e atadura. A imobilização é feita tanto pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, como pelo motorista, ou mesmo por agentes da EPTC.

“Durante o atendimento da primeira vítima, solicitam que a pesquisadora avalie a mulher que estava na carona da moto, que estava com lesão no braço esquerdo e no pé. É feita avaliação e são repassadas as informações para o auxiliar de enfermagem. Antes da equipe iniciar deslocamento para o

²³ Colchão vermelho é a designação utilizada para a maca de imobilização a vácuo, que nesse serviço de APH, é na cor vermelha.

hospital, deixam papelão e atadura para que a pesquisadora faça a imobilização, que é feita com o apoio de um agente da EPTC.” (OBS14)

“EPTC no local. Vítima com fratura (carona da moto), já imobilizada, por agente da EPTC, com papelão e atadura, e com saco de gelo sobre a lesão. (OBS15)

Em outras situações, foi feita a imobilização da cervical, com o colar, seguida da imobilização em maca rígida. Mesmo sendo utilizados os mesmos procedimentos para imobilização, houve diferenças nos atendimentos, pois as situações eram diversas, seja em função do tipo de acidente (atropelamento, colisão entre carro e moto, colisão entre moto e moto) ou da situação da vítima.

“[...] O auxiliar pega colar cervical na ambulância, coloca na vítima, fala com ela, avalia. Pede ao motorista para verificar as condições da moto. A pesquisadora vai, com o motorista, onde estão os veículos (carro e moto), avaliar a cinemática. Retornamos ao local do atendimento e ele relata para a auxiliar. O motorista pega a maca rígida. O auxiliar fica atrás da cabeça da vítima, imobilizando a cervical. O motorista e um agente da EPTC ajudam para colocar a maca rígida. Eles lateralizam a vítima e a pesquisadora coloca a maca. É feita a imobilização. O auxiliar coloca os coxins laterais (imobilizador de cabeça). A vítima é colocada na maca retrátil, levada à ambulância. O auxiliar continua avaliação, preenche o Boletim de Ocorrência e verifica os sinais vitais. O motorista pega o oxímetro e coloca no dedo da vítima. Sugere colocar O2. O auxiliar muda o oxímetro de dedo, coloca máscara de O2 e conversa com a vítima. Inicialmente, examina as pupilas, faz perguntas à vítima para avaliar a sua consciência, orientação. Vítima não sabe bem o que aconteceu.” (OBS 6)

“[...] Atropelamento por ônibus. A vítima está caída ao solo e uma BM feminina está mantendo-a imóvel, (imobilizando a cervical). O auxiliar de enfermagem assume o atendimento: coloca o colar cervical, pede ao motorista gases, pois a paciente apresenta sangramento na face. A vítima reclama de dor no pé, está gemendo. O motorista traz a maca. O auxiliar diz a manobra que será feita para colocá-la na maca e solicita ajuda da pesquisadora nessa ação, que fica imobilizando a cervical. O auxiliar de enfermagem, motorista e BM posicionam-se e, ao comando do auxiliar, todos juntos, colocam a vítima na maca. O motorista diz para colocarem mais para cima. A vítima é colocada na ambulância e removida imediatamente. No trajeto, o auxiliar coloca o oxímetro e máscara com O2.” (OBS 6)

Desde o início do atendimento da ocorrência, a equipe mantém contato com a Central de Regulação, seja para informar ao rádio-operador os movimentos

efetuados como: chegada no local da ocorrência, deslocamento ao hospital, chegada no hospital, retorno à base e sua chegada; assim como para repassar ao médico regulador as informações referentes à ocorrência e condições da vítima e receber às orientações quanto a conduta a ser tomada e/ou solicitar apoio da equipe de suporte avançado ou de outras áreas (BM, EPTC, Corpo de Bombeiros e outros).

Os contatos com o médico regulador geralmente ocorrem após o atendimento inicial, relatando as condições da vítima e conduta adotada. Nesse momento, solicitam orientação de onde encaminhar o paciente.

“O auxiliar faz contato com o médico regulador, passa informações sobre o paciente: nome, idade, cinemática, sinais vitais, etc. É orientado a encaminhar ao HCR.[...] Solicitam que a equipe atenda um atropelamento que aconteceu na frente do HCR, no corredor de ônibus. [...] O auxiliar faz contato com o médico regulador e comunica a solicitação de atendimento ao atropelamento. Recebe o OK.” (OBS6)

Em muitas situações, além de repassar as informações sobre o paciente e a conduta adotada, também informam o hospital ao qual estão deslocando, solicitando apenas confirmação.

“No deslocamento o auxiliar faz contato com médico regulador, passa as informações e diz que está deslocando ao HCR. Pergunta se está OK. O médico responde OK.” (OBS13)

Nem sempre os atendimentos transcorrem tranquilamente, há alguns momentos de grande tensão, em que a equipe precisa manter a calma. Nessas situações o contato com o médico regulador também serve para dar respaldo à equipe que está na ocorrência.

“O rapaz, de 24 anos, estava muito agitado, gritando muito, inclusive com palavrões, queria ser levado logo ao hospital, pois estava com muita dor. Disse ser filho de tenente. O auxiliar registrou tudo no Boletim de Ocorrência e deixou que seus gritos fossem ouvidos pela equipe da Central de Regulação, pelo rádio.[...] O auxiliar passou os dados ao médico regulador e iniciaram deslocamento ao HPS, para a sala 2.” (OBS14)

Há situações em que a vítima não quer ser levada ao hospital, recebendo apenas o atendimento no local, o que é relatado ao médico regulador, que dá o respaldo à conduta adotada. Numa das ocorrências observadas, uma pessoa, vítima de atropelamento, com cinemática leve e aparentemente sem lesões, negou-se a acompanhar a equipe até o hospital para fazer uma avaliação médica. Como não havia risco de vida e não era possível obrigar a pessoa a aceitar o atendimento, a mesma foi deixada no local, segundo orientação do médico regulador. Nesses casos, é solicitado que a pessoa acidentada assine o boletim de ocorrência, e também outra pessoa, geralmente o agente da EPTC, como testemunha.

“O auxiliar faz contato com médico regulador, passa as informações da ocorrência. O médico orienta a equipe a retornar à base e deixar a vítima no local.[...] O auxiliar avisa EPTC para deixar o rapaz ir embora. Esclarece à condutora do veículo, que não pode obrigar ninguém a receber atendimento. O auxiliar pega informação do nome da vítima, faz os registros da ocorrência no boletim e registra o nome de um agente da EPTC como testemunha de que a vítima não quis ser removida, e este assina.” (OBS10)

Em algumas situações, em que não há possibilidade de comunicação com a Central de Regulação, tanto pelo rádio, como pelo celular, o socorrista (auxiliar ou técnico de enfermagem ou enfermeira) toma todas as decisões necessárias sozinho e comunica ao médico, posteriormente, se for possível.

“O auxiliar de enfermagem avalia a pessoa acidentada, pede ao motorista colar cervical infantil e maca rígida. O auxiliar conversa com a vítima, avalia as lesões. [...] O paciente é colocado na maca retrátil pelo auxiliar e motorista e levado para dentro da ambulância, onde o auxiliar de enfermagem continua a avaliação: sinais vitais, saturação de O2 e faz os registros no boletim de ocorrência. [...] O acompanhante do paciente entra na ambulância junto. O auxiliar diz para o motorista deslocar ao HPS. O auxiliar de enfermagem tenta contato com médico regulador, mas tem muito “trânsito” no rádio e tem que aguardar. [...] O auxiliar diz que está chegando no HPS e que passa as informações quando subir na Sala de Regulação. O paciente é conduzido à sala 2. [...] O auxiliar vai até a Central de Regulação, passa as informações da ocorrência, já atendida, para o médico regulador.” (OBS9)

“Não é feito contato com a Central de Regulação, pois não há sinal para o rádio e celular. No caminho, o auxiliar de enfermagem solicita ao motorista que pare a ambulância em um local adequado para punccionar a vítima, que já estava com O2.” (OBS2)

“O auxiliar de enfermagem comenta que em seu trabalho, muitas vezes, tem que tomar as decisões sozinho, pois nem sempre se consegue contato com o médico regulador.” (OBS5)

Nas ocorrências de acidente de trânsito com mais de uma vítima geralmente é necessário acionar mais de uma equipe para o atendimento. Como essa situação nem sempre é relatada, no momento que é feita a solicitação do socorro, a equipe, quando chega no local, avalia a situação e solicita apoio à Central de Regulação, seja do VR, para o suporte avançado, ou de outra equipe de suporte básico, como registramos na OBS14.

“Acidente com três vítimas. O rapaz atropelado foi atendido inicialmente pela equipe X – com TCE, agitado. Foi solicitado apoio da EPTC para segurar o trânsito e de um agente para ir junto na ambulância, ajudando a conter a vítima. Foi chamada outra ambulância para apoio à equipe, socorrendo as outras duas vítimas. Também foi solicitado VR para apoio à equipe X que estaria deslocando em direção ao HPS para encontrar com o VR no caminho. [...] O motorista dá suporte, faz os contatos com a Central de Regulação pelo rádio, pega materiais, avalia as outras duas vítimas, ajuda na imobilização, colocação da vítima na maca e na ambulância. A equipe solicita que a pesquisadora fique com as outras duas vítimas aguardando a segunda ambulância.” (OBS14)

Nesse acidente com três vítimas, as duas vítimas que ficaram aguardando, no local, a segunda ambulância, foram atendidas e removidas por uma única equipe, sendo necessário fazer a imobilização de uma delas na maca imobilizadora a vácuo, em substituição à maca rígida usualmente utilizada, pois esta já havia sido utilizada na primeira vítima.

“Ambulância com a equipe X (base Y) logo chega. Passo algumas informações da ocorrência. A equipe chega e começa a atender o condutor da moto, que é deitado no chão, colocado o colar cervical, imobilizado em maca rígida e colocado na ambulância. É instalado O2, feito ausculta,

verificado FC, PA, saturação de O2. O auxiliar alcança o colchão vermelho para o motorista para que ele coloque a outra vítima – carona da moto. A equipe pensava que o VR estava vindo para dar apoio, mas a pesquisadora informa que o VR daria apoio à outra equipe, que já havia deslocado com a vítima do atropelamento. Eles decidem levar as duas vítimas na ambulância, pois seria difícil que fosse enviada, mais uma equipe, para apoiar nesse atendimento. O colchão vermelho é colocado no banco lateral da ambulância. A pesquisadora vai sentada no banco anterior, apoiando a cervical da vítima que estava no colchão vermelho. O auxiliar vai em pé, no meio da ambulância, entre as duas vítimas, apoiando o colchão e acompanhando as vítimas.” (OBS14)

Na ocorrência em que foi mobilizada uma equipe de suporte avançado, os procedimentos realizados, de avaliação e imobilização, seguiram a mesma sistemática, apesar da presença do médico e da enfermeira. A gravidade da situação determinou que o tempo na cena do acidente fosse o mais breve possível e a continuidade da avaliação e dos procedimentos fossem feitos no trajeto em direção ao hospital.

“A vítima é rapidamente imobilizada e colocada na ambulância para ser removida ao HPS. O médico e as duas enfermeiras vão na parte de trás da ambulância, com a vítima, enquanto a pesquisadora vai na parte da frente, com o motorista. Não é possível observar o que está sendo realizado no interior da ambulância.” (OBS2)

Nas ocorrências em locais afastados da base central no HPS, em que o médico regulador avalia a necessidade de suporte avançado, ou a equipe que inicia o atendimento assim avalia, geralmente o VR se desloca para o local para dar apoio à equipe que, após o primeiro atendimento, inicia o deslocamento em direção ao hospital. A ambulância de suporte básico e o VR encontram-se nesse trajeto e o médico passa para junto da equipe e assume o atendimento.

“[...] as necessidades do paciente são vistas por mim, e solicitado auxílio, no caso, ao colega que é o motorista. Quando se transforma em UTI, começa dessa maneira, entre nós dois, a gente desloca do local, nunca fica parado, só se não tiver condições mesmo. Quando a gente encontra um médico, no

meio do caminho ou o médico vai ao nosso encontro, aí... eu passo todo o caso pro médico, do qual eu já tinha... a gente já...já passa o caso por rádio, ele já vai estar sabedor, mas na hora a gente ainda coloca mais alguma coisa que... que ocorreu nesse meio tempo. O médico toma o controle da...da situação, a enfermeira que vem junto, ela orienta a equipe e a gente faz todos os procedimentos necessários.” (A3).

Em situações de trauma, o tratamento definitivo não é realizado no APH e somente intervenções críticas são feitas na cena, o que pressupõe a necessidade de haver uma economia de tempo no pré-hospitalar, visto que a maioria das mortes evitáveis ocorre em função do retardo no início do tratamento cirúrgico. Esses conceitos básicos do APH, descritos por Canetti et al. (2001), foram observados nas ocorrências, especialmente nas situações de gravidade, em que o atendimento foi rápido, sem perda de tempo com a realização de procedimentos no local do acidente.

Na avaliação das situações encontradas, envolvendo acidentes de trânsito, a equipe segue esses princípios, o que interfere positivamente nas condições em que a vítima chega ao hospital, podendo aumentar as suas chances de sobrevivência e minimizar seqüelas.

4.1.3 Outros instrumentos de trabalho e atividades do atendimento pré-hospitalar

Após atender a vítima de acidente de trânsito, a equipe se dirige a um dos hospitais de referência, onde entrega o paciente aos cuidados da equipe hospitalar indicada pela Central de Regulação, que no HPS podem ser a sala 6 (emergências clínicas), sala 2 (suturas), sala de politraumatizados e sala de traumatologia e no HCR, a sala de emergência.

“A ambulância chega no HPS, a vítima é retirada e colocada em uma maca com ajuda do pessoal externo do hospital. O auxiliar conduz a vítima à sala 2 e a acompanhante é orientada a fazer o boletim de atendimento. Na sala 2, o auxiliar passa a ocorrência e situação da vítima para o profissional da sala. Auxiliar retorna à base para repor material - maca, KED, colar cervical e imobilizador lateral – que ficam na sala 2.” (OBS10)

“Chegando ao HCR, auxiliar passa as informações à equipe, entrega o boletim de ocorrência. Retorna à base.” (OBS13)

O trabalho no APH é dinâmico e, ao mesmo tempo em que a equipe passa as informações ao profissional responsável pela recepção do paciente no hospital, já resgata, quando possível, os equipamentos utilizados na imobilização e transporte, faz a limpeza do material que estiver visivelmente sujo (colar, tiras da maca rígida) e organiza-os novamente na ambulância.

“Chegando no hospital, o auxiliar passa as informações ao médico e equipe. Ele ajuda a colocar a vítima na maca do hospital, retirar o KED e trocar colar cervical. Tira as luvas e lava as mãos. Auxiliar retorna à ambulância e ajuda o motorista a organizar o material que o mesmo já havia levado para a ambulância: arrumar as tiras do KED, dobrar, guardar na sacola.” (OBS15)

“No HCR, o auxiliar de enfermagem conversa com o médico da emergência, passa as informações dos dois pacientes e, com o médico, decidem levá-los direto à sala de atendimento, o carona deambulando e o condutor da moto de cadeira de rodas. O auxiliar organiza o material na ambulância.” (OBS15)
“A vítima é conduzida à sala 2. O acompanhante faz o boletim de atendimento. O auxiliar aguarda o médico, passa o caso. O médico retira o imobilizador lateral de cabeça (coxins), avalia a possibilidade de retirar o colar cervical, libera a maca rígida. O auxiliar prepara a maca, fecha os cintos e fixa na maca. Leva para a ambulância, faz contato com o motorista pelo rádio, para ele abrir a ambulância e guarda o material.” (OBS9)

Sempre que necessário, é feita uma limpeza na ambulância pelo próprio motorista ou pela equipe de higienização do HPS e, os materiais de tecido, como imobilizadores laterais/coxins, são deixados no expurgo da sala de politraumatizados, para lavagem. A bateria do rádio, quando descarregada, é

colocada em local específico, na sala da Coordenação do SAMU, e substituída por outra já carregada.

“Deslocamento ao HPS. O auxiliar de enfermagem, com ajuda do motorista, encaminha o condutor da moto, na própria maca da ambulância, à sala de politraumatizados. A pesquisadora fica com a outra vítima na ambulância. O auxiliar retorna e, com apoio de um funcionário do HPS, retira a vítima do colchão vermelho. A pesquisadora vai junto com o auxiliar levar o paciente à sala 2. Após, o auxiliar passa informações à médica, pega nome e idade das vítimas com a paciente, e vai fazer o boletim de atendimento. Retorna à sala de politraumatizados, para entregar o boletim de atendimento e passar outras informações. Vai a sala 2 entregar o outro boletim de atendimento e pegar o material da ambulância (colchão vermelho). Os materiais que estavam na sala de politraumatizados, o motorista já havia resgatado. Retornando à ambulância, o auxiliar de enfermagem pega os materiais sujos de sangue e vai à sala de politraumatizados lavá-los, enquanto o motorista faz a limpeza e organização da ambulância. Após isso, o motorista, estaciona na frente do HPS.[...] Auxiliar de enfermagem leva os materiais para a ambulância e compõe a maca rígida, recolocando a fita que havia lavado, prendendo o imobilizador lateral e as tiras e, guarda o colar cervical. Organiza o restante dos equipamentos e iniciam retorno à sua base.” (OBS14)

A paciente é removida ao HCR. É colocada na maca do hospital, retirada maca rígida e trocado colar cervical. O auxiliar de enfermagem lava um colar cervical para substituir o do paciente anterior e faz a limpeza do que estava nessa vítima. Vai à ambulância para fazer o Boletim de Ocorrência. O auxiliar passa os dados à equipe do hospital. O motorista ajuda a recolher os materiais e levar para a ambulância.” (OBS6)

Enquanto o auxiliar ou técnico de enfermagem cuida, principalmente, da limpeza dos materiais utilizados na imobilização da vítima, o motorista dedica-se mais a limpeza da ambulância e organização dos equipamentos na mesma.

A limpeza dos materiais utilizados é realizada no próprio local onde o paciente foi recebido – sala de emergência no HCR e expurgo da sala de politraumatizados no HPS-, pelo auxiliar de enfermagem, para que possa ser utilizado na próxima ocorrência. Quando não é possível efetuar a limpeza, é necessário buscar material de reposição no almoxarifado. A equipe só fica liberada para receber da Central de Regulação, uma nova ocorrência, quando estiver tudo organizado.

Há situações em que é necessário efetuar a higienização da ambulância, o que é solicitado por qualquer uma das equipes de atendimento, seja da base central – do HPS, ou das bases descentralizadas, e é realizado no pátio interno do Hospital de Pronto Socorro.

“Em torno de 2 min a ambulância chega ao HPS, onde o médico e as enfermeiras encaminham a vítima à sala de politraumatizados e passam os dados da ocorrência para a equipe que está neste local. A enfermeira da equipe de suporte básico retornou à ambulância para fazer o Boletim de Ocorrência. O motorista fez a limpeza prévia na ambulância. A enfermeira solicitou à equipe de higienização para efetuarem a limpeza. Ela conferiu material para reposição. O motorista iniciou uma limpeza prévia na ambulância. Quando a enfermeira retornou à ambulância com os materiais, a equipe de higienização estava no local fazendo a limpeza da ambulância. Os coxins foram levados para lavanderia, foi feita a reposição dos materiais e o colar e maca rígida permaneceram na sala de politraumatizados.”
(OBS2)

A conferência e a organização de materiais é feita após cada atendimento. No final do turno, as equipes dos dois turnos (diurno e noturno) encontram-se na ambulância para passagem do plantão, momento em que é feita a checagem dos materiais e equipamentos pelo auxiliar ou técnico de enfermagem que está assumindo o trabalho.

Na chegada, a equipe da noite já está no local. A equipe da tarde passa o plantão. O auxiliar de enfermagem que chega confere os materiais. É informado do que está faltando por encontrar-se com a vítima atendida anteriormente (KED, etc...).” (OBS10)

Nas situações, em que o atendimento se prolonga até o horário da mudança de plantão, a organização do material, que deve ser recolhido do local a que o paciente fora encaminhado, limpo e guardado na ambulância; essas atividades são realizadas pela equipe que está assumindo o atendimento naquele horário. Essas informações são repassadas no momento da passagem de plantão, como foi observado na situação relatada a seguir:

Chegando ao HPS, auxiliar encaminha a vítima à sala 2, passa informações à médica. Vai à recepção do HPS fazer o boletim de atendimento. Retorna à sala 2. Deixa para pegar os materiais (colar, maca, coxins laterais,...) depois, pela outra equipe, pois já eram 19 horas e tinha que passar o plantão na ambulância.” (OBS14)

A passagem de plantão é realizada na ambulância, conforme uma determinação que se encontra afixada no vidro da sala de coordenação do SAMU. O auxiliar de enfermagem que chega para assumir o turno seguinte, confere materiais, medicações, etc.

A passagem de plantão das enfermeiras que estão na função administrativa acontece na sala da coordenação, momento em que trocam informações referentes a essa área, que envolve a situação dos equipamentos, das equipes, dos transportes de pacientes, como foi registrado na OBS2.

“A enfermeira do turno (que sai no VR e é a responsável administrativa no turno), passa o plantão para a que assume. Relata condições das ambulâncias, escalas, pendências – equipamentos que estão na sala de poli (colares e maca rígida), maca reserva que continua no Hospital Conceição (agora com outro paciente), coxins na lavanderia, rádio sem antena, entre outros.” (OBS2)

Esse é um momento de repasse de informações quanto aos equipamentos e materiais da ambulância e checagem dos mesmos. Não há relato sobre ocorrências ou pacientes, pois os atendimentos são completos, terminam com a entrega do paciente à equipe do hospital, mesmo que passe do horário do turno de trabalho. O mesmo acontece em relação às enfermeiras, que fazem uma passagem de plantão abordando as questões administrativas e de gerência.

Essa situação, já descrita por Gustavo (2001) retrata a troca de informações entre os profissionais de mesmo nível de qualificação profissional, em que as enfermeiras visam a manter o controle sobre o processo de trabalho, enquanto os auxiliares de enfermagem preocupam-se com os suprimentos necessários à

execução do atendimento aos pacientes, realizando a checagem de aspectos relacionados à infra-estrutura, material e medicação, evidenciando uma divisão entre o trabalho intelectual e manual.

4.2 O TRABALHO COLETIVO NO ATENDIMENTO ÀS OCORRÊNCIAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

4.2.1 As atividades dos atores e o trabalho em equipe

As equipes de suporte básico são compostas por auxiliar ou técnico de enfermagem e motorista, embora, no período das observações, muitas vezes a enfermeira estivesse compondo a equipe de suporte básico em substituição ao auxiliar de enfermagem que estava em férias, não havendo outro profissional disponível para a função.

As atividades assistenciais são realizadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem com base na avaliação feita por ele, sendo solicitada orientação ao médico regulador sobre o que fazer somente quando há dúvidas quanto ao procedimento mais indicado, ou a gravidade da situação requer avaliação e intervenção médica.

Nas ocorrências de maior gravidade, em que o veículo rápido (VR) vai com o médico e a enfermeira, em apoio à equipe de suporte básico, o auxiliar ou técnico de enfermagem passa a atuar como apoio à equipe, realizando todos os procedimentos necessários que são de sua competência profissional ou auxiliando o médico na realização das intervenções mais invasivas, como a entubação endotraqueal.

"[...] Quando eles (os auxiliares de enfermagem) estão sozinhos, eles fazem isso: eles punccionam o paciente, eles só não entubam, claro, ...não aspiram, fazem tudo o que tem que fazer, ...antes da presença do enfermeiro."(E1)

*“Bom, aquela história em que.. o hospital ah, o auxiliar não punciona **Abocath**²⁴, não... o auxiliar punciona **Abocath**, ele ajuda na entubação.”*
(E3)

Essa situação, em que o auxiliar de enfermagem presta toda a assistência necessária, realizando suas tarefas, independente de ter sido delegada ou supervisionada pela enfermeira, já vem sendo observada em outros estudos. Pires (1998, p. 191) refere que, o trabalhador de enfermagem “cumpre as regras quando a instituição lhe dá condições, nas outras situações presta toda a assistência de enfermagem, independente do seu nível de formação”. A autora acrescenta que “a lógica da organização do trabalho é da divisão parcelar do trabalho, mas não se verifica uma completa expropriação da concepção do trabalho”, o que também se constatou no APH, visto que há um espaço de autonomia para que os socorristas tomem as decisões frente a cada situação de atendimento.

Esse modelo de organização do trabalho assemelha-se ao encontrado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em que os trabalhadores realizam os cuidados integrais²⁵, apresentando uma visão mais global das necessidades dos pacientes, o que potencializa a realização de um trabalho mais criativo. Isso acontece em função de que esses serviços, assim como o APH, atendem pessoas em situação de risco de morte, que precisam, segundo relato de Pires (1998, p. 174-175), de “uma assistência de profissionais capazes de avaliar continuamente a sua evolução e de fazer as adaptações necessárias, o que não é possível ser alcançado com a divisão parcelar do trabalho”.

²⁴ Abocath® é um tipo de cateter para punção venosa percutânea muito utilizado no pré-hospitalar, pois tem um diâmetro interno maior que o da agulha, diminuindo o extravasamento e, por ser curto (2 a 3 cm de extensão) e de grosso calibre (14 ou 16), possibilita uma maior taxa de administração de líquidos.

²⁵ Nos cuidados integrais, as tarefas são realizadas no contexto da assistência e não como tarefa que pode ter um fim em si mesma, constituindo-se numa possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho da enfermagem (Pires, 1998).

Gaiva (2002), em seu estudo sobre a organização do trabalho em uma UTI neonatal, observou que, apesar de os auxiliares de enfermagem executarem atividades mais manuais, eles também acabavam desenvolvendo atividades que são privativas das enfermeiras, sendo treinados para executar ou auxiliar na realização desses procedimentos. Além disso, a utilização dos “cuidados integrais” no atendimento nessa unidade, permite a realização de um atendimento mais cooperativo e integral, em que a separação entre o saber e fazer é menor, constituindo-se como um espaço de ruptura com o modelo tradicional de fragmentação.

Concorda-se com Peduzzi (1998, p. 46) quando refere que a autonomia técnica também pode estar presente no fazer dos profissionais de saúde não-médicos, e que

na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução, isto é, não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação e, portanto, espaços de julgamento e criatividade ocorrem tanto para o médico como para os outros profissionais e, principalmente, definir-se-ão no jogo da equipe de trabalho.

Merhy (1997) ressalta que o trabalhador de saúde ao desenvolver suas ações, domina um certo espaço no processo de trabalho, com seus saberes e sua prática, exercendo o que ele chama de “auto-governo” no seu encontro com o usuário, possibilitando a existência de modos diversos de operar as intervenções tecno-assistenciais.

Gustavo (2001) constatou uma certa liberdade de ação das enfermeiras, em unidades de emergência, resultado da experiência adquirida no exercício de sua função, que possibilitam que tenham autonomia para avaliar a utilização de

protocolos verbais que determinam o tipo de procedimento a ser realizado em determinados casos.

Na atuação dos auxiliares de enfermagem no APH, pode-se identificar esse espaço de auto-governo, de autonomia relativa para determinar os procedimentos que são necessários em cada situação de atendimento realizada. A existência de alguns protocolos e diretrizes de atendimento, instrumentalizando o profissional no momento da avaliação da situação e do paciente, são importantes ferramentas, aliadas à possibilidade de contato permanente com o médico regulador.

Essa situação, vivida no APH, retrata que, apesar da separação geralmente observada entre a concepção e a execução do trabalho, esse segundo momento não é inteiramente destituído de participação intelectual, pois a maneira como o trabalhador opera com os instrumentos (saber tecnológico em saúde) sobre o objeto (paciente, vítima de acidente de trânsito), pressupõe um trabalho intelectual (avaliação).

Os motoristas estão presentes em todas as equipes: de suporte básico, junto com a auxiliar ou técnico de enfermagem; de suporte avançado, junto com o médico e enfermeira ou apenas com o médico; de apoio medicalizado, junto com o médico ou com este e a enfermeira, pois eles atuam como condutores do veículo de socorro (ambulância ou veículo rápido), além de atuarem como socorristas.

“É... a minha função no SAMU, no caso é dirigir a ambulância e proceder junto com o auxiliar, o técnico, o enfermeiro, o médico... enfim... auxiliá-los no que for necessário, do atendimento. Eu faço, quase que... a mesma coisa que o auxiliar, só que o auxiliar tem mais conhecimento técnico... é... é o guia, é o auxiliar, é o enfermeiro, é o médico, a hierarquia. Então cada um no seu setor.” (MO3)

“Geralmente assim, cada um tem a sua função... [...] o motorista aqui ele não é técnico de enfermagem, ele é só motorista, tem curso de socorrista. Então ele fica, assim, com a função de, basicamente, imobilizar, ajudar a carregar paciente.” (ME1)

“O meu trabalho consiste em dirigir o veículo, fazer a... o chec-list do veículo, isso é obrigação do motorista. Ver se está funcionando a sirene, luz, água, óleo, tudo, estepe, toda a parte que tem o teu carro. A gente faz um chec-list disso aí. Dirigir e também ajudar o auxiliar de enfermagem. Levar, preencher os dados no boletim, também imobilizar uma pessoa, trazer maca, levar maca, colocar a pessoa em cima da maca... a gente trabalha assim, de auxiliar da auxiliar, ou da enfermeira, ou do médico, a gente auxilia conforme as condições.” (MO2)

Apesar de alguns relatos apontarem que não há muita diferença na atuação dos profissionais que compõem as equipes, fica evidente a função auxiliar do motorista no socorro à vítima, mesmo na equipe de APH do Corpo de Bombeiros, como foi relatado na entrevista com B1.

“Se tiver sozinho, eu... quando é sozinho, que é só o socorrista e o motorista... o motorista sempre ajuda. Então o socorrista vai fazer a primeira, a primeira triagem, pra ver a... pra verificar as vítimas e o motorista abre a porta da ambulância e já desce o material, que é sempre o material corriqueiro, sempre.” (B1)

O motorista ajuda, auxilia em todos os momentos, sendo que, nas situações em que há mais de uma vítima, ele participa da avaliação inicial. Nesses casos, o auxiliar ou técnico de enfermagem vai atender o paciente mais grave e o motorista, além de ajudar nessa ação, atende a outra vítima, menos grave.

“Motorista dá suporte, faz os contatos com a Central de Regulação pelo rádio, pega materiais, avalia as outras duas vítimas, auxilia imobilização, colocação da vítima na maca e na ambulância.” (OBS14)

“O auxiliar de enfermagem avalia o carona e o motorista avalia o condutor da moto. Preenchem o Boletim de Ocorrência.” (OBS15)

Nas situações em que o motorista tem formação de auxiliar de enfermagem, verifica-se mais iniciativa em suas ações, inclusive realizando procedimentos de enfermagem, como verificação de pressão arterial e, em ocorrências clínicas, a realização de hemoglicoteste (HGT).

Essas ações não foram observadas na conduta dos outros motoristas, que se mantiveram numa posição de auxiliar da equipe. Como socorrista, ele auxilia os técnicos na realização dos procedimentos, alcançando materiais, equipando soro, fazendo imobilizações com KED, colocando colar cervical, auxiliando na imobilização de fraturas, colocando e imobilizando na maca rígida, colocando na maca retrátil e transportando para a ambulância.

Bom, eu como motorista, eu posso é...colocar o colar cervical, eu posso fazer, assim, na hora que... Por exemplo, se é como é um acidente de trânsito, na hora de colocar na maca rígida a gente faz uma rolagem do paciente, pra colocar a maca embaixo. Eu posso fazer, eu posso fazer isso e posso colocar a maca, imobilizar o paciente na maca, trazer a maca retrátil, pra já colocar o paciente da maca rígida, com a maca rígida em cima da maca retrátil [...].” (MO1)

[...] sim... no caso, imobilizar um paciente, entendeu... eu tenho condições de botar o colar cervical, um KED, uma maca rígida, um colchão vermelho sem problema nenhum. É... um O2, equipar um soro, entendeu? Enquanto ele está, por exemplo, puncionando o paciente, eu estou fazendo o quê? Eu estou equipando o soro, porque os nossos atendimentos, isso quer dizer, rapidez, quanto mais rápido você atender o paciente, certo, mais rápido ele vai sair fora do risco, da situação dele, entendeu..” (MO3)

“O motorista desce e traz colar cervical, em seguida traz o KED. Será feita a extricação da vítima do acidente, com KED. O motorista ajuda o auxiliar de enfermagem na colocação do colar e do KED.” (OBS10)

Em situações em que o motorista não estava “familiarizado” suficientemente com o atendimento a ser prestado, foi necessário que a enfermeira, que nessa situação estava substituindo o auxiliar de enfermagem, fosse orientando as ações, detalhadamente, descrevendo os materiais que eram necessários, resultando num atendimento mais difícil, mais truncado e com mais riscos.

“No trajeto, a enfermeira ia orientando o motorista da ambulância no seu deslocamento, inclusive sugerindo o tipo de sirene a ser utilizada. [...] Pedu ao motorista para trazer o colar cervical. Ele traz dois, ela pede para substituir por um terceiro. Solicita maca rígida. É feita a imobilização da vítima com colar cervical e colocação na maca rígida. A enfermeira fica

imobilizando a cervical e orienta a colocação na maca. Pede para a pesquisadora vários materiais (equipo, soro, dãnula, ...) que responde não saber o local onde estão guardados na ambulância. A pesquisadora fica immobilizando a cervical e a enfermeira vai buscar os materiais. [...] EPTC e BM não auxiliam no atendimento. Populares tentam ajudar. [...] A enfermeira pede ajuda para levar o paciente para a maca retrátil, na ambulância. Um popular ajuda a carregar a maca rígida e colocar na retrátil. Ao deslocar à ambulância, o motorista não consegue segurar a maca que quase vira na lomba. Populares ajudam a segurá-la. [...] Ao colocar na ambulância, a maca não encaixa direito, a enfermeira orienta o motorista para conseguir colocar a maca na ambulância. [...] A enfermeira passa informações à Central de Regulação. O rádio não funciona. A enfermeira pergunta se a pesquisadora tem celular. Esta empresta o seu celular, para que se possa fazer a comunicação com o médico regulador. [...].” (OBS7)

Esse acontecimento evidencia a necessidade de haver um preparo de todos os profissionais que compõem a equipe de pré-hospitalar, especialmente o motorista, pois, apesar de não ter formação na área da Saúde, ele é imprescindível no atendimento prestado pela equipe de suporte básico, em que atuam apenas um auxiliar ou técnico de enfermagem e o motorista.

Além da fundamentação teórica para o atendimento é preciso treinamento prático, de forma a dominar as técnicas e os equipamentos utilizados nesse tipo de atividade, pois quando os socorristas não estão adaptados ou suficientemente capacitados, o atendimento é prejudicado, havendo uma demora maior no atendimento e uma sobrecarga do socorrista mais habilitado, pois este acaba assumindo o atendimento quase sozinho.

“[...] O atendimento sempre em conjunto, dificilmente alguém consegue atender qualquer vítima de acidente sem, sem ter uma equipe treinada e que trabalhe já em conjunto, que já... que se entenda. Então, o treinamento dessa equipe é bem importante porque, apesar de se pegar pessoas diferentes, às vezes, com conhecimento, se não tem o treinamento de quem faz o que, às vezes, pode ser prejudicado o atendimento e, às vezes, até fazer um atendimento inadequado e se perder tempo que, às vezes, são indispensáveis pra um bom atendimento.” (ME2)

O que dá tranquilidade e respaldo à equipe que está atendendo à ocorrência é a garantia de uma escuta médica permanente, que se dá através de rádio ou

telefone celular, com a Central de Regulação. As dificuldades de comunicação que acontecem em algumas situações, como os casos de falha nos equipamentos ou dos locais de difícil escuta, sobrecarregam a equipe que está atuando como socorrista, que assume maior responsabilidade, pois está sozinha para tomar as decisões necessárias em cada situação que se apresenta.

“[...] responsabilidade é maior da gente. Querendo ou não querendo, nós... nós que trabalhamos numa base avançada... [...] Esses minutos eu vou ter que trabalhar por mim, pelo enfermeiro ou a enfermeira, pelo médico, durante todo esse trajeto, sempre orientado, claro... Eu vou ter que fazer todo o trabalho sozinho... e, às vezes, a responsabilidade, eu acho que... é um pouco além do necessário do... do que deveria ser. Pra nós se torna difícil, às vezes, tomar uma decisão, [...] o rádio não pega bem... nós temos que usar o telefone da gente, às vezes o telefone não funciona também, tem certas áreas... e tem decisões que a gente precisa tomar... de imediato, se não... não consegue... [...] É ótimo trabalhar longe, mas a responsabilidade aumenta..., pra mim... eu acredito, cem, duzentos por cento a mais do que trabalhando dentro numa base que tem a enfermeira, que tem o médico. Não que a presença da enfermeira ou do médico vai me tirar a responsabilidade, eu continuo com a mesma responsabilidade, eu... os colegas, mas... diminui um pouquinho a carga... a carga moral... a carga... na hora do acidente a gente não se sente muito pressionado... isso que deveria ser pensado pro futuro... já que está estudando isso, né.” (A3)

As enfermeiras desenvolvem atividades caracterizadas como assistenciais e administrativas que, em alguns momentos, parecem bem distintas mas, em outros, são desenvolvidas concomitantemente.

No serviço de atendimento pré-hospitalar, sempre estão presentes duas enfermeiras em cada turno, desenvolvendo atividades tanto assistenciais quanto administrativas. Uma das enfermeiras atua na assistência direta, junto com a equipe de suporte básico, mas que abrange ações de educação continuada e de supervisão. A outra, desenvolve as atividades administrativas, que dão suporte ao atendimento, como às relacionadas à administração de pessoas, de materiais e de serviços, e de interlocução com outros serviços de saúde ou mesmo setores do HPS, mas também, atividades essencialmente assistenciais, pois esta enfermeira irá

compor a equipe de suporte avançado, junto com o médico, quando surgirem ocorrências de maior gravidade. Todas as enfermeiras exercem todas as atividades, pois organizam um sistema de rodízio, em que se alternam em uma e outra função.

O turno de trabalho da enfermeira, quando está na função administrativa, é de 6 horas, enquanto na função assistencial, junto das equipes de suporte básico, ela cumpre um turno de 12 horas, assim como os auxiliares ou técnicos de enfermagem e os motoristas.

“Hoje nós somos 10 enfermeiras assistenciais, são 3 da noite e 7 do dia, e nós temos uma escala mensal de... 40 horas semanais. Na verdade, são 40 horas por semana e... nessas 40 horas a gente faz, a maioria de nós faz, plantão de 12 horas, quando na assistência direta... [...] nesse momento que a gente está exercendo esse papel administrativo, pelo menos durante a semana, de segunda à sexta, a nossa escala é de 6 horas. Por que é de 6 horas? Porque daí a gente fica vinculada a... a um turno e acaba fazendo as coisas... fazendo as coisas de acordo com a rotina do serviço.” (E2)

Pires (1989), assim como Almeida e Rocha (1997), Almeida et al. (1997) e Scochi, Rocha e Lima (1997) identificam dois campos no trabalho de enfermagem, no modelo clínico de saúde: o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência e do espaço assistencial.

Almeida et al. (1997) observaram no trabalho da enfermeira na rede básica de serviços de saúde, a realização de procedimentos de enfermagem diretamente com a clientela, que caracterizam a função do “cuidar”, e atividades de comunicação e orientação dos trabalhadores de saúde, de organização do trabalho como manipulação de materiais e papéis e de articulação do trabalho e deste com a instância de gestão municipal e outros serviços, que caracterizam a função do “administrar”.

Estes mesmos grupos de atividades foram apresentados por Scochi, Rocha e Lima (1997) visto que, nas unidades neonatais, o trabalho da enfermeira abrange

tanto a execução de atividades gerenciais de organização, coordenação e articulação do trabalho de enfermagem e deste com as outras práticas, como o cuidado assistencial direto, em que realiza procedimentos técnicos e orientações.

No APH, a enfermeira, quando está fazendo parte da equipe de suporte básico, no atendimento das ocorrências, desenvolve as mesmas atividades do auxiliar ou técnico de enfermagem, uma vez que estes realizam todos os procedimentos necessários nesse tipo de atendimento. Nas situações observadas, a enfermeira estava substituindo o auxiliar de enfermagem na equipe de suporte básico, que passou a ser constituída pelo motorista e a enfermeira.

“A enfermeira avaliou a pessoa acidentada, que estava deambulando no local, fez questionamentos sobre o que ocorreu, o que estava sentindo, etc. Avaliou a cinemática e, apesar da vítima aparentemente não apresentar lesões, devido a cinemática grave (colisão frontal da moto na lateral do carro, com amassamento importante da lateral do carro e quebra do vidro lateral com o braço), seguiu o protocolo de imobilização, com a vítima de pé. A enfermeira coordena a ação enquanto fica imobilizando a cervical. [...] Ela passa informações à Central de Regulação, via rádio, que dá o OK a conduta adotada. O paciente é colocado no interior da ambulância, e a enfermeira continua a avaliação, verificando sinais vitais, saturação de O2.[...] A enfermeira vai atrás, junto com o paciente, fazendo o Boletim de Ocorrência e conversando com o mesmo. Ela informa à base quando chega no local, quando inicia o deslocamento e sua chegada no HPS. A enfermeira acompanha o paciente até a sala de sutura, enquanto o motorista fica na ambulância.” (OBS2)

“A enfermeira atende a vítima, avalia, imobiliza a cervical. Continua o atendimento dentro da ambulância: sinais vitais, HGT, saturação O2,... Passa, pelo rádio, os dados para o médico regulador. Recebe orientação para encaminhar à sala 2, do HPS. Faz o Boletim de Ocorrência, encaminha o paciente a sala 2 (sutura), onde passa o caso à médica responsável.” (OBS3)

No momento do atendimento, a coordenação da equipe não é, necessariamente, assumida pela enfermeira, apesar de ser incentivado pela gerência do serviço de APH e pela coordenação técnica da enfermagem, que ela assuma essa posição, assim como a interlocução com o médico regulador.

“[...] ela (a enfermeira) faz todo o atendimento que eu já te falei, todo o atendimento no local, faz entrevista... Geralmente ela que passa o caso pelo rádio, difícil tu ver a auxiliar passar. [...] Passa, até por uma... pro médico,... não que isso seja ... até assim, por uma orientação de que a enfermeira assuma esse papel, de passar pro médico, de falar. Mas isso não é uma coisa estática, assim... porque, às vezes, tu está punccionando e tu diz pro auxiliar. Bom, o auxiliar não conseguiu, então o enfermeiro que puncciona... (interrupção externa) Ah, sobre a passagem no rádio, né? É, de preferência que a enfermeira, até o médico... sabe que a enfermeira está junto ... então ele já se dirige...” (E1)

“Na verdade, não tem muita delimitação de tarefas. As tarefas, como eu disse no início, o SAMU é um trabalho de equipe e eu não tenho uma coisa que só o enfermeiro pode fazer, se tem, por exemplo, um paciente que está grave, a gente, com certeza, vai pra cabeceira, a gente vai pra cabeça do paciente, e o auxiliar vai cuidar da imobilização.” (E2)

Nas entrevistas, elas fazem referência, também, às situações em que estão compondo a equipe, junto com o auxiliar de enfermagem e o motorista, e que realizam o atendimento e, ao mesmo tempo, a supervisão do trabalho da equipe.

“Cada uma de nós tem uma base de responsabilidade, cada uma tem a sua base do SAMU pra..., como supervisora, digamos, de cada base. Então, a parte de educação continuada, ficou com cada enfermeira de base fazer educação continuada na sua base, com seus funcionários.” (E1)

A supervisão realizada pela enfermeira, no APH, acontece ao mesmo tempo em que ela atua junto com a equipe, desenvolvendo as mesmas ações do auxiliar ou técnico de enfermagem.

“O trabalho da ambulância, assim oh... além da supervisão, claro, que é inerente a... (função), que só uma enfermeira e um técnico, é claro que, está supervisionando o trabalho, na verdade. Aqui, como eu te disse é misturado, não é como numa enfermaria que tem uma enfermeira, que fica ali, supervisionando o trabalho de vários outros. [...] Aqui, ao mesmo tempo que tu supervisiona, tu atua, tu invade o espaço do técnico. O técnico invade o teu espaço, em certos momentos. Tem outros que ficam até meio... aí, tu quer punccionar? Puncciona tu, sabe? Mas isso aí, na verdade, não existe, porque eles trabalham sozinhos.” (E1)

Esse trabalho de acompanhamento e supervisão promove uma aproximação da equipe que está na base com a coordenação da enfermagem e do serviço, além

de subsidiar as ações de educação continuada.

“Então, esse aqui (o enfermeiro que está na base) além da supervisão, que faz o acompanhamento durante todo o dia, da equipe, faz seu julgamento, traz os problemas enfrentados durante o dia pra supervisão, traz algumas... alguns pedidos, algumas informações, tudo é essa aqui que traz, dessa equipe. E não é uma fixa numa equipe só. Então, tem hoje, ela está na ambulância 14, amanhã ela está na 15, depois de amanhã ela está na 16.”
(E1)

A supervisão realizada pela enfermeira, no APH, acontece enquanto a equipe faz os atendimentos, caracterizando-se como um “fazer junto” entre enfermeira e os demais profissionais. Silva (1997), já havia constatado, em sua pesquisa sobre supervisão em enfermagem na rede básica de saúde, que essa é uma das formas de supervisão utilizadas e legitimadas na Enfermagem.

Apesar de não haver muita diferença, nas ações desenvolvidas por auxiliares de enfermagem e enfermeiras, no atendimento as ocorrências de acidente de trânsito, há uma divisão clara entre as duas categorias, em que o auxiliar de enfermagem se envolve apenas com a assistência em si e, a enfermeira, detém o controle do processo de trabalho. O trabalho assistencial envolve, não apenas o atendimento ao paciente, mas o acompanhamento da equipe, avaliação do serviço, educação continuada, organização e planejamento do trabalho. Não há como fazer o trabalho gerencial, sem envolver-se na atividade assistencial junto com as equipes.

Esse entrelaçamento, entre as atividades relacionadas ao cuidar e ao administrar/gerenciar, foi apontado nos estudos de Lima (1998) e Gustavo (2001), em que identificaram que as enfermeiras desenvolviam atividades muito mescladas, constatando-se que essas duas áreas não são excludentes.

Na fala das enfermeiras, não há preocupação com a falta de diferenciação com os auxiliares de enfermagem, na realização das ações assistenciais, mas sim,

em não perder o controle do processo de trabalho, que lhes garante o espaço conquistado até agora no APH.

*“É que é assim. Aqui a tarefa do enfermeiro e do técnico ou auxiliar de enfermagem é muito... são muito juntas, assim, tu entendeu? Tu não consegue separar muita coisa. Por exemplo: punção venosa com **Abocath**, que tu vê nos serviços... nos serviços fora. Bom, então, é trabalho pra enfermeiro fazer. Aqui não tem isso. Aqui o técnico de enfermagem também faz, atua. Então, tu vai... se tu está no VR, eu vou em apoio, com o médico, porque o VR sempre sai medicalizado: motorista, médico e enfermeiro. [...] Tá, tem um acidente, porém com um paciente grave, aí chama o médico, eu vou. Só está o auxiliar e o motorista lá. Tu chega lá, vamos supor... é difícil de dizer isso... Depende do paciente, tá. Chega lá, tu.... Bom, tu prepara todo o material de entubação..., se for o caso de entubação, por exemplo. É uma coisa misturada, não tem muita, não tem muita definição, porque eu chego lá, o auxiliar pode estar com todo o material, pro médico, esperando o médico. ... Então tanto o auxiliar...” (E1)*

“[...]Jeu acho que, assim, o que a gente não pode perder, como enfermeira, é aquela coisa de que a gente tem... tem que ter um... o controle das coisas que estão acontecendo... [...] Eu acho que assim, que o enfermeiro não pode deixar de ter o controle, assim, o controle da situação, aquela coisa de saber que: bom... falta fazer isso, falta fazer aquilo. Tem que... se o motorista não se tocar, de que tem que recolher o lixo que está ali, enquanto a gente está vendo os sinais.. e dizer, entende, eu acho que essas... Porque... tem pessoas que se tocam e que fazem... que não precisa mandar... tem pessoas que tu tem que dizer absolutamente tudo. Então assim, acho que essas coisas... não só o enfermeiro, mas mesmo o técnico, que está na equipe, tem que se tocar disso. Então, eu acho que a enfermeira, principalmente, não pode perder essas coisas, assim... de querer... [...] Eu tava dizendo... tem que ter o controle disso, e tem que estar avaliando também a equipe. Eu acho que, assim, isso é um construir diário... eu acho que, assim... tem sempre coisas... situações diferentes... em que a... demandam... atitudes e formas de atendimento diferentes... imobilizações e tudo que... são posições possíveis, então... cada dia é um jeito diferente, cada ocorrência é um jeito diferente, então tu tem que estar avaliando e dizendo: bom... ó...depois da ocorrência vamos sentar pra falar, eu acho que a gente não fez certo nisso, não fez certo aquilo. Eu acho que a enfermeira tem, principalmente isso de... estar orientando, de... chama de educação continuada, mas eu acho que... isso é o dia-a-dia, de tá... trabalhando com eles isso, eu acho que isso é super importante.” (E3)

Ao mesmo tempo, em que não há muita diferença nas atividades realizadas pela enfermeira e pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem, na assistência aos pacientes, vítima de acidente de trânsito, há situações de urgências clínicas e transporte medicalizado, em que ela assume procedimentos assistenciais,

delegados por alguns médicos, que não são realizados pelos auxiliares de enfermagem, como foi relatado nas entrevistas.

“Muitas vezes, eles (os médicos) acabam delegando pra nós funções como transporte medicalizado e eles, muitas vezes... acabam dizendo: não... a enfermeira tem condições de fazer esse transporte, não precisa, eu ir. Mesmo que o paciente que tenha critérios pra medicalização do transporte e, são critérios que são escritos e todos conhecem, e a gente faz... faz porque... se sente seguro pra fazer.” (E2)

“[...] a única coisa que a gente faz e que o aux... o técnico, normalmente não faz é que, às vezes, dependendo do médico, a gente choca²⁶. Eu hoje choquei, por exemplo, uma paciente... a gente... “ah eu estou sem luva, choca pra mim”. Está bem, eu choquei... Mas assim, na verdade, na prática, não tem muita diferença do nosso serviço (enfermeira e auxiliar de enfermagem). Eu acho que isso é uma coisa que... para algumas enfermeiras, isso incomoda.” (E3)

As atividades administrativas envolvem as questões que são necessárias para garantir o andamento do trabalho, que são consideradas importantes, mas também, mais desgastantes.

“Então, se eu, por exemplo, esse mês estou na escala de 6 horas, que é uma escala da enfermeira que fica na parte da administração, eu... eu faço todas as coisas relacionadas com isso pra que... pra que eu possa dar suporte pras equipes que estão na rua. Então, não pode faltar material, não pode deixar material vencido, pra esterilização, são várias atividades que a gente tem... no dia-a-dia, assim... o centro de material, pedido de material, escala e isso consome muito tempo, principalmente quando falta gente. Quando a gente tem uma sobrecarga de... LTS (licença para tratamento de saúde) ou mesmo férias, a gente acaba tendo que ligar, muitas vezes, ...pra entrar dentro da casa das pessoas e, pedindo licença, pra que possa vir trabalhar porque está faltando um motorista ou um auxiliar. Então, somos nós que fazemos todas essas... essas tarefas, durante a escala de... diária. Elaboramos escala, controlamos material e medicamento, porque... como o SAMU é um serviço aberto... a gente não tem uma sede... um lugar, onde só a gente entra... entra muita gente estranha ali dentro, então quase todas as gavetas são chaveadas, os armários são chaveados e a chave quem tem é a enfermeira, medicação controlada, tudo é a gente que controla.” (E2)

“Na questão administrativa, toda a parte de tratativas que tu tem que fazer, tanto com o auxiliar, tanto com o motorista, todos os problemas pra resolver, isso tudo, a enfermeira do administrativo é que faz. Faz a administração dos problemas, ...de escalas, de pessoal pra trabalhar, tudo isso. O que o administrativo faz, na verdade, é o que tu te envolve, mais ou menos, o dia

²⁶ A expressão “chocar” refere-se ao uso do desfibrilador externo, utilizado nas situações em que ocorre parada cardio-pulmonar, para o tratamento da fibrilação ventricular.

inteiro, é conseguir funcionário para trabalhar, porque .. porque, devido a escala, é férias, é faltas, é folga. Toda a parte de material: ...o estoque, busca de material, guardar o material, organizar, verificar. Todo material que tem problema, estragado: encaminhamento para a manutenção [...] Toda parte de levar material para desinfecção, para esterilização, buscar o material, levar o material.” (E1)

“[...] a parte administrativa, por exemplo, tem um monte de coisinhas chatas,... de ver escala... que a escala, como são várias equipes... é uma escala mais difícil de organizar, mas que também é responsabilidade nossa. As coisas do material... tem que repor material, quando as ambulâncias vem... repor material, isso é coisa nossa... se tem ou não tem, bom... é porque a enfermeira se organizou ou, a não ser que esteja em falta, porque daí não tem como a gente .. trazer de casa (risos...)” (E3)

Em alguns momentos, as atividades administrativas incluem ações relacionadas à reposição de materiais, que não seriam da competência da enfermagem, mas que são assumidas por ela, por não haver quem faça esse trabalho, como foi relatado por uma das enfermeiras.

“[...] Mas eu acho que todas essas coisas de rotinas administrativas... tem algumas coisas que eu acho que não seriam funções nossas, por exemplo, ah... tem que ir lá no CME (Centro de material Esterilizado) levar material, mas, de qualquer forma, como a gente não tem alguém que faça isso, alguém tem que fazer, porque se não, a responsa... se não tiver alguma pessoa responsável... uma pessoa responsável todo dia aí, responsabilizar cada dia um, ninguém vai se sentir responsável por isso, então eu acho que está certo, tem que participar disso.” (E3)

As atividades, consideradas administrativas, caracterizam o espaço privativo da enfermeira, pois é nesse âmbito que ela se diferencia dos auxiliares de enfermagem e exerce um domínio do processo de trabalho.

“Eu acho que na parte administrativa,... a parte administrativa há uma diferença, há uma... bem separada as coisas, por que o técnico, o auxiliar não entra na parte administrativa. O auxiliar, o motorista, o técnico, o auxiliar não entram, não invadem a parte administrativa, que é só de domínio do enfermeiro. A parte administrativa é total, 100% domínio do enfermeiro, seja ele qual for. Agora, a parte... a parte de .. da parte assistencial é uma coisa mais ...” (E1)

A finalidade imediata da ação de “administrar”, que não é realizada por todas as categorias da enfermagem, mas apenas pela enfermeira é “organizar e controlar o processo de trabalho, e a mediata é favorecer a ação de cuidar para possibilitar a cura” (Almeida e Rocha, 1997, p. 21).

Gustavo (2001) considera que o papel gerencial da enfermeira, representado pelas atividades de coordenação da dinâmica da unidade de internação, pelo controle da assistência prestada aos pacientes, por meio da supervisão da equipe de enfermagem, assim como, da educação em serviço e do controle dos fatores relacionados à infra-estrutura, constitui-se numa dimensão importante do seu trabalho.

Lima (1998, p. 187) acrescenta que a enfermeira “tem um papel gerencial, articulando os diversos trabalhos e organizando os diferentes procedimentos aos quais o paciente precisa ser submetido” e, que estas atividades são “imprescindíveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo dos agentes em direção ao produto pretendido”. A autora salienta que a responsabilidade da enfermeira, no desenvolvimento de sua função gerencial, requer conhecimento e capacidade de decisão.

A enfermeira assume, no pré-hospitalar, assim como nos outros serviços de saúde, o papel de articulação, integração da equipe, contribuindo na inter-relação entre os diversos atores, além de ser reconhecida como coordenadora da equipe de enfermagem. Ela acaba constituindo-se em um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transita em “quase” todos os espaços, atuando junto da equipe básica, junto com o médico no suporte avançado, fazendo a administração do serviço, a

supervisão da equipe e a educação continuada da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas e de outros atores, como os agentes da EPTC.

“[...] quando na função administrativa, que é pra preparar escala, material, medicamentos... cuidar da parte... pra que o resto todo funcione, que eu acho que a enfermeira é isso... é um grande gerente e que acaba tendo que tomar conta de tudo e de todos. É a pessoa mais solicitada dentro do serviço, muito mais que o médico, e a gente acaba tendo que responder, muitas vezes, por coisas que a gente tem que... tem que está sempre a par de tudo, em todos... em todas UTIs, em todas as ambulâncias básicas, a gente tem que saber o que está acontecendo com cada uma, quando na área administrativa[...]” (E2)

“Além de fazer, eu acho, que essa integração... ajudar na integração entre o médico e a equipe de enfermagem, porque a enfermeira, ela tem essa função também, que é a coordenação dos técnicos de enfermagem. Então, eu acho que ela... é importante, cada vez mais a gente trabalhar com as enfermeiras, pra conseguir integrar mais ainda o grupo.” (ME2)

O reconhecimento, pelos médicos, da hierarquia existente na equipe de enfermagem, em que a enfermeira tem o papel de coordenadora, assim como a expectativa dos profissionais de saúde, de que essa profissional realize atividades, que promovam a articulação do trabalho coletivo, identificado no serviço de APH, também foi observado em outros serviços de saúde, como descreve Gustavo (2001).

A função de articulação, principalmente do trabalho médico com o trabalho de enfermagem, também foi demonstrada por Almeida et al. (1997), a partir da identificação das atividades de comunicação, coordenação, controle e supervisão do trabalho e dos trabalhadores de saúde, executadas pelas enfermeiras, que se caracterizam como gerenciais.

No serviço de APH, a enfermeira também faz a gerência do serviço, ao qual estão vinculadas as coordenações técnicas – médica e de enfermagem, a das telefonistas auxiliares de regulação e a dos motoristas (responsável pela frota).

Uma das enfermeiras ressalta a complexidade das funções gerenciais, que exigem mais do profissional, quando comparadas com a atividade assistencial, que

exige envolvimento no momento do atendimento, mas se encerram a cada plantão, pois os atendimentos não têm continuidade, eles seguem numa outra instância do sistema de saúde.

“[...] Então, por isso que, ficar no administrativo, é uma coisa que... que te exige mais a coisa gerencial, administrativa e quando tu está na rua, não... Tu está na assistência, tu tem que saber muito, tu é cobrado bastante, mas tu faz o teu plantão e vai embora, os problemas terminam às 19 horas, eles não seguem porque os pacientes passam pelo...” (E2)

As atividades desenvolvidas, no APH, abrangem a área assistencial e gerencial/administrativa que, assim como Gustavo (2000), consideram-se como dimensões do trabalho da enfermeira que não são dissociáveis, mas complementares.

O APH está alicerçado no trabalho em equipe, no qual todos os socorristas devem estar habilitados e preparados para executarem um conjunto de ações necessárias para o atendimento de suporte básico às vítimas de acidente de trânsito. A qualidade do atendimento está muito relacionada ao funcionamento da equipe, ou seja, a sintonia no momento do atendimento, a integração, que muitas vezes flui tão bem que coloca a comunicação verbal em segundo plano.

“É uma coisa que até essa tua pergunta, gera uma coisa, assim, de como as coisas funcionam e às vezes tu não sabe nem como funcionam, né, por que as coisas funcionam, eu vejo que as coisas funcionam. [...] A equipe vai conversando, vai se ajustando e, às vezes, tu não precisa nem conversar, muitas vezes tu não precisa conversar. Por exemplo, [...] se o paciente é um paciente grave, é um paciente chocado, por exemplo, está inconsciente. O médico está entubando,... e o auxiliar está ali, oh. O médico diz assim: me alcança tubo, laringo e o auxiliar,... bom tu vê que o auxiliar abriu a maleta pra alcançar as coisas pra ele, e o paciente está sem soro. Então tu prontamente, não precisa nem se comunicar com ninguém, vai montando o soro e vai puncionando. Não precisa dizer pro auxiliar, não, tu faz isso que agora eu vou fazer isso, entendeu?” (E1)

A definição das tarefas de cada um é resolvida na hora, no local, conforme cada situação. A equipe conversa ou, muitas vezes, a linguagem verbal é pouco

utilizada. Há um entendimento e uma sintonia que os próprios socorristas não conseguem explicar, mas sabem que é essa sintonia, a responsável pelo atendimento ser ágil e sem tropeços.

“Mas, geralmente, nos acidentes de trânsito vai o auxiliar e o motorista. O auxiliar, como ele já sabe da parte teórica e técnica também ele já..., como a gente trabalha, dependendo da dupla, a gente às vezes tem um sincronismo, de chegar e não precisa um falar pro outro, a gente já se olha e sabe: ó, é colar, maca, ó, vou imobilizar uma perna, vou imobilizar um braço.” (MO1)

“Muito atendimento que a gente faz, a gente não precisa nem conversar, entendeu, pelo próprio... do nosso dia-a-dia, do decorrer, tu já sabe o que fazer, então ela vai... tu pega numa ponta, eu vou na outra e complementa o material e chega naquele centro, tudo junto pra coisa fluir, funcionar e ser rápido, que o nosso objetivo é a rapidez.” (MO3)

No atendimento, sempre há um dos socorristas que coordena as ações da equipe, sendo que esta coordenação é estabelecida no momento da ocorrência e não segue exatamente o critério de hierarquia, mas leva em conta, além do conhecimento técnico – não apenas o adquirido nos cursos de formação, principalmente a experiência e a posição que o socorrista assumiu, no instante em que iniciou o atendimento. Essa posição de coordenação, geralmente, é assumida pelo primeiro a chegar junto à vítima ou o que assumir a imobilização da coluna cervical.

[...] quem que a gente faz: primeiro tu chega, imobiliza o paciente, faz a abordagem verbal. Isso tanto o enfermeiro quanto o auxiliar... tem... quem descer primeiro faz isso, na seqüência, vem alguém com o colar, já imobiliza a cervical, e daí quem está na cervical, ou o enfermeiro ou o auxiliar... [...] Então tem... tem várias situações, mas, normalmente, quem chega e quem assume isso é a enfermeira e é... ou o auxiliar... isso não faz muita diferença, enfim, mas... tem a seqüência assim... e a coisa funciona meio que no automático ... [...]” (E3)

“Em relação ao trauma, sempre a gente... em todos os atendimentos, na verdade, a gente começa pregando o ABC. Então, quem chega primeiro na cena, quem desce primeiro da ambulância, seja o enfermeiro, seja o técnico, um dos dois vai pra cabeceira do paciente. Normalmente, se tem um enfermeiro e um auxiliar, quem fica na cabeça, nas vias aéreas e na

imobilização da cervical, no A é o enfermeiro. Mas não tem uma regra sobre isso, até porque o trabalho é um trabalho de equipe... é um trabalho... onde todo mundo sabe fazer tudo e a gente não fica engessado por isso... isso permite fazer um atendimento padrão em todos os casos, independente de quem assume o que. Claro que sempre a gente tenta, se é uma situação mais crítica, uma cinemática mais grave, a gente sempre... faz as coisas de uma maneira mais rápida possível, então não tem aquilo, assim "ah não, porque eu sou enfermeira eu tenho que ficar na cabeceira e o auxiliar lá se ralando e pegando o resto das coisas"...[...]) quem chega primeiro, assume a cabeceira." (E2)

"Bah, é uma coisa... é uma coisa automática. A gente não fala nada. Quase sempre quem está... quem está na porta, porque quando tu chega numa ocorrência [...] O primeiro que está na porta sai pra fazer a triagem, pra ver quais as vítimas que estão mais... mais, que são mais graves, e ser... serem atendidas primeiro. [...] Então, quase sempre quem está na porta, o primeiro a descer, faz a faz a... faz a triagem, o que desce em seguida abre a ambulância, já desce com o material, um ou dois colares, o colete, a maca e vai em direção aquele que está... que está falando, que está fazendo a triagem e esse já informa: "ó, esse aqui tu bota o colar, esse aqui já tratamos, tem criança", que é a prioridade, criança, se tem mulheres. Mas é uma coisa automática, eu nem sei como é que, o que que acontece." (B1)

Na equipe de suporte básico constata-se que, é o profissional com formação na área da Saúde (auxiliar ou técnico de enfermagem ou enfermeira), quem coordena as ações no atendimento às vítimas de acidente de trânsito, conforme está descrito na observação a seguir:

*"O auxiliar de enfermagem fez avaliação do paciente, com o motorista ajudando. O acesso venoso é feito com **Abocath** pelo auxiliar; o motorista ajuda no procedimento alcançando os materiais, montando o equipo e, no momento de descartar a agulha com sangue o auxiliar acaba fazendo, pois o motorista estava sem luva. O auxiliar percebeu e não permitiu que o motorista pegasse o material contaminado. O auxiliar de enfermagem, em todos os momentos, coordena as ações, orientando a atuação do motorista." (OBS2)*

No trabalho em equipe, não há rigidez na distribuição das tarefas, regra pré-determinada a ser seguida sempre. Todos sabem fazer tudo, e não ficam reféns da divisão técnica, da divisão de tarefas.

"[...] Mas isso não existe uma divisão, a gente não... a gente combina antes de sair... a gente, normalmente, a gente fala assim: "ah tu fica com as vias aéreas, eu fico com a imobilização", isso... e tem... e tem pessoas que tu não precisa combinar nada, que já é automático, isso vai depender do entrosamento da equipe, mas não tem uma determinação, pelo menos nunca... eu nunca segui isso." (E2)

Para a realização do atendimento, segundo uma das enfermeiras entrevistadas, seriam necessárias equipes com três socorristas. Como, na maioria das vezes atuam apenas dois, enquanto um fica imobilizando a cervical, o outro, sozinho, tem que fazer a imobilização o que, dificilmente é possível, fazendo com que a equipe necessite de ajuda externa, geralmente dos agentes da EPTC, ou também da BM, ou mesmo de populares.

“[...] Na verdade, o número ideal pra atendimento em trauma é três, são três elementos da equipe. Normalmente, se faz em duas pessoas, então, enquanto uma está na cervical e está vendo como é que foi as coisas, a segunda pessoa, ela está providenciando a maca ou o KED pra fazer a extricação ou a imobilização do paciente. Depois que o paciente está imobilizado, nós colocamos o paciente dentro da... em cima da maca retrátil e colocamos dentro da ambulância, aí é que nós vamos verificar os sinais vitais e tal. Dependendo da gravidade do paciente, algumas medidas podem ser instaladas dentro do veículo, se for o caso, dependendo da gravidade, mas normalmente é assim: ABC, quem desce primeiro fica no A e controle da coluna cervical, quem desce em segundo providencia a imobilização e extricação do paciente e o terceiro elemento da equipe, se tiver, ajuda também na imobilização.” (E2)

Em situações mais graves, o médico sempre é consultado, seja quando está no local com a equipe ou via rádio. A enfermeira, quando está no local com a equipe de suporte básico, procura assumir a coordenação e a comunicação com o médico regulador, mas isso vai depender da situação, pois ela pode estar realizando algum procedimento e solicitar, ao auxiliar de enfermagem, que faça a comunicação com a Central de Regulação.

No atendimento às ocorrências, o médico atua apenas nos casos em que o regulador considerou de maior gravidade, determinando a necessidade de enviar uma ambulância de suporte avançado com a respectiva equipe ou um VR em apoio à equipe de suporte básico que foi deslocada de uma base descentralizada.

“Normalmente o médico, ele é responsável, assim... dependendo da situação. Aqui no SAMU, a gente, não vai em todos os atendimentos, ele faz essa triagem rápida, e vai intervir na..., basicamente, e... vai fazer, assim,

um serviço que não poderia ser feito por outros, quando precisar de uma manobra mais agressiva, quando precisar basicamente e principalmente uma via aérea definitiva, algum acesso venoso que se tenha dificuldade. [...]a necessidade do médico mesmo é só em casos de maior gravidade mesmo.” (ME2)

“[...] Então o médico vai fazer a diferença quando em casos mais graves. [...] Que realmente... procedimentos que são exclusivos do exercício médico.” (ME2)

Também acontece, da equipe de suporte básico, ao chegar no local da ocorrência, avaliar a necessidade de apoio do médico, solicitando assim, à Central de Regulação, que seja enviado o VR.

No atendimento de suporte avançado, a equipe funciona seguindo a hierarquia de saberes já estabelecida, em que o médico, responsável pelo “diagnóstico e prescrição do tratamento” assume a coordenação do processo e, a partir da sua avaliação da situação do paciente e das ações que ele determina serem necessárias, a equipe de enfermagem realiza essas ações de cuidado. Isso, muitas vezes, ocorre na ambulância que está parada, no local, ou em deslocamento e o motorista assume uma posição mais periférica, auxiliando a equipe, ou dirigindo o veículo com os cuidados necessários.

Em síntese, todos sabem o que fazer, conhecem a seqüência do atendimento e organizam-se conforme a situação, podendo assumir qualquer posição. Como a prioridade é salvar a vítima, não há tempo, nem espaço para disputas. O que determina que o médico assuma a coordenação do atendimento é a gravidade da situação.

“Bom, geralmente, assim: o médico coordena a equipe no atendimento, ajuda na imobilização, via aérea definitiva é papel do médico. Administração de medicações também é função médica. E, principalmente, coordenar a equipe no atendimento.” (ME1)

“O médico, quando chega, posiciona-se atrás da cabeça da vítima, imobilizando a cervical e assumindo a coordenação da ação.” (OBS2)

Muitas vezes, os procedimentos são realizados concomitantemente, e cada um faz uma coisa, tornando o atendimento ágil e rápido.

“Chega lá, o paciente está imobilizado, né. Se não tiver, o enfermeiro vai pra cervical, ou o médico vai pra cervical. Então as coisas se misturam muito. Punção venosa? Se não tem punção venosa, bom, eu vou puncionar, né. Mas isso tudo é uma coisa meio assim... na hora tu define as coisas. Olha tu punciona que eu vou ajudar o médico na entubação, ou vou aspirar o paciente. Então é uma coisa bem ...” (E1)

“Principalmente no acidente de trânsito, atendimento na rua, precisam várias pessoas. Não uma ou duas, só. Então todo mundo participa, ajuda a imobilizar, a retirar, às vezes, do veículo e enquanto um vai pegando veia, o outro vai preparando a medicação. São coisas... várias coisas ao mesmo tempo têm que ser feitas. Enquanto um imobiliza, o outro pega a veia, o outro vê a medicação, o outro dá o oxigênio. Então eu acho que é bem integrado, assim.” (ME1)

Esse tipo de integração tem sido descrito nas situações de emergência, como nos casos de parada cardiorespiratoria (PCR) em que é necessário realizar as ações de forma articulada, em que os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa, sob a coordenação do médico. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo, no qual está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos e, dada a gravidade da situação, não permite perder tempo com questionamentos, conversas ou hostilidades.

Peduzzi (1998) aponta que, nessas situações, apesar das diferenças dos trabalhos especializados, suspendem-se, nesse momento, as desigualdades, pois todos os profissionais parecem igualmente necessários, nas suas diferenças. Assim, o caráter coletivo do trabalho em saúde, que usualmente parece obscurecido pela autonomia técnica dos profissionais e pelo isolamento das ações, é colocado em evidência. A autora relata, em seu estudo, que o trabalho em equipe, na UTI, é facilitado pela área física restrita e o número reduzido de profissionais, pois a

proximidade permite observar o trabalho do outro e interagir quando necessário, o que também foi observado por Gaiva (2002) e Lunardi Filho (2000).

Lunardi Filho (2000, p. 157) diz que, nos setores mais restritos, como as unidades de tratamento intensivo, “a hierarquização das competências não se mostra tão evidente e, pelas características da clientela e do serviço, há a necessidade do estabelecimento de relações transversalizadas”.

O trabalho em equipe só é possível, segundo Franco e Merhy (2003), quando os trabalhadores constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, que é comum a maioria dos trabalhadores. Esse campo de cuidado, além da interação, possibilita, a cada um, usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário/paciente, para juntos produzirem o cuidado.

O serviço de APH realiza intervenções em situações de urgência, como no caso dos acidentes de trânsito, o que torna necessário sempre uma ação integrada, articulada, como demonstram as falas dos atores entrevistados. Esse trabalho em equipe ocorre na modalidade, que Peduzzi (1998) descreve como integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Essa articulação é entendida como o reconhecimento e aproveitamento do trabalho do outro para dentro do próprio trabalho, explorando as conexões entre as múltiplas intervenções executadas.

No trabalho em equipe “integração” há um projeto assistencial comum, que decorre da prática comunicativa em que todos os agentes se colocam de acordo com o plano de ação, sendo que as intervenções técnicas do conjunto dos profissionais, precisam estar articuladas, para que o projeto possa efetivamente ser implementado.

O que contribui para essa integração, no APH, é a vivência, o cotidiano do trabalho. Também é enfatizada, a importância do treinamento, para que a equipe saiba trabalhar em conjunto, saiba quem faz “o quê”. Não basta ter conhecimento, se na hora, não há um trabalho em equipe.

“É, o atendimento se baseia, obviamente, no conhecimento e isso a gente estuda o atendimento pré-hospitalar sabendo as prioridades, o que vai ser mais ameaçador, da vida de cada paciente, de cada vítima. O treinamento prático também, que é muito importante, treinamento da equipe, há... isso aqui no SAMU a gente faz reciclagem porque sempre a gente pode estar melhorando alguma coisa. Então, do ponto de vista, tanto teórico quanto prático, sempre tem alguma coisa nova que tu pode acrescentar pra melhorar justamente a sobrevivência.” (ME2)

“Eu acho que no pré-hospitalar o principal é treinamento. É uma coisa que exige um treinamento, atualização e os cursos, de PHTLS, ATLS, e esses cursos acho que tem que estar sempre atualizando, tanto que eles têm validade, assim, de três, quatro anos. Justamente por isso, precisa de atualização e prática, com o passar dos anos, vai melhorando.” (ME1)

Há situações, sem a necessidade de procedimentos invasivos, de exclusividade do médico, em que ele atua da mesma forma que os outros profissionais, realizando as mesmas ações.

“Mas eu vejo que o médico, na grande maioria dos atendimentos, ele age como se fosse... como algum da enfermagem. Ele, na verdade, apesar de pela hierarquia, talvez, ter a voz de comando, ele vai exercer assim... como é que eu vou explicar...” (ME2)

A coordenação é reconhecida, pelos próprios médicos, como uma função que poderia ser exercida por qualquer um da equipe mas, em função de uma hierarquia instituída historicamente, em que o médico está no topo da pirâmide, em função do saber que detém, este normalmente assume o comando. Quando este não está presente na equipe de atendimento, caberia então, seguindo essa hierarquia, à enfermeira assumir esse comando, ou o técnico com mais capacitação.

“A chefia, na verdade, de um atendimento ou a voz de comando, não necessariamente precisaria ser o médico, mas normalmente por hierarquia se faz isso. Quando, na falta, assume a chefi..., o comando, a enfermeira ou então o técnico mais capacitado.” (ME2)

Nesta lógica, o motorista nunca assumiria essa função, o que se acredita ocorrer, apesar da fala de um motorista, de que qualquer um da equipe, ou fora dela, poderia assumir a coordenação do atendimento. Essa situação pode acontecer, em situações que envolvem múltiplas vítimas, em que pessoas sem uma formação específica estejam auxiliando no atendimento.

“Não... não, normalmente, em caso de acidente de trânsito, normalmente quem coordena é quem está na cervical. (P: E quem é que fica na cervical?) O primeiro que pegar... pode ser o médico, pode ser a enfermeira, pode ser o técnico, pode ser o auxiliar, pode ser até o motorista... entendeu... Então, se o motorista... se der a coincidência e for o motorista, então ele coordena. Pode ser um da EPTC que ele coordena, entendeu...” (MO3)

A mesma lógica, de o técnico com mais formação, o mais capacitado, assumir o comando, também é seguida pela equipe de APH dos Bombeiros, que trabalha com uma equipe composta por dois ou três profissionais, sendo um ou dois com capacitação de socorrista (geralmente auxiliar de enfermagem), além da formação de bombeiro e um motorista que tem a formação de bombeiro e capacitação de motorista.

“Se não é necessário, se for necessário só uma ambulância, aí já é destinado antes, no serviço, pela formação e pelo, e pela parte técnica, o.. quem é socorrista e quem é motorista.” (B1)

“Trabalha, trabalha um socorrista, um ou dois socorristas, trabalha um motorista, porque às vezes não é socorrista formado, não tem curso, mas tem a experiência de bombeiro, que, às vezes, é o que mais vale nessas horas. Trabalha o oficial de serviço [...]” (B1)

“É, o que pede pra trabalhar como soco... o que pede pra trabalhar na ambulância, pede pra ser socorrista, que é um curso que é feito, que é dado por nós mesmo, os bombeiros. Isso aí, a pessoa, quando faz esse curso, é habilitada a trabalhar como socorrista, mas quase, é... acho que 90 ou 80%

é... o pessoal tem curso de enfermagem também. [...] mas 90% é... são auxiliares.” (B1)

O motorista auxilia na avaliação da vítima quando tem uma boa experiência, pois esse aprendizado do cotidiano também credencia para assumir algumas atitudes. Mas isso também vai depender da relação que se estabelece entre a equipe, o entrosamento, a afinidade, pois pela hierarquia existente, mas nem sempre levada em consideração, o auxiliar de enfermagem sempre coordenaria as ações.

“É, geralmente é o técnico, mas como o motorista, às vezes tem uma boa experiência, às vezes ele já vai dizendo também. Então, se há um... se a dupla interage bem é..., tanto faz, às vezes um dizer, como o outro, porque tem que ver a experiência já, que se tem, de acidente de trânsito, de trauma, das ocorrências.” (MO1)

Um dos motoristas ressalta, em sua fala, que a hierarquia instituída nos serviços de saúde, não funciona muito bem na hora do atendimento, pois ele entende que todos são socorristas e, apesar de saberem fazer coisas diferentes em função de sua formação técnica, todas as ações são necessárias e importantes para o atendimento, para a finalidade de socorrer.

“Não... aquela coisa de hierarquia, não funciona muito bem nessa hora. A gente é o quê: a gente é socorrista e a gente está ali pra socorrer. Então... tu pode ser médico, eu sou o motorista, mas eu sei fazer uma coisa, tu sabe fazer outra, vou fazer o que eu tenho que fazer, o que for necessário na hora e tu vai fazer o que for necessário.” (MO3)

Nas observações feitas, verificou-se que sempre que chegava a equipe do APH, em acidente de trânsito em que a BM ou a EPTC iniciou a abordagem da vítima, mantendo imobilizada a cervical, eles passavam a coordenação do atendimento à equipe de saúde, colocando-se como apoio. Apenas na ocorrência, em que a equipe de APH dos bombeiros já estava no local atendendo, eles

mantiveram esse atendimento até o final, enquanto a outra equipe dos Bombeiros, que não são especializados em atendimento de emergência, que inicialmente estava atendendo uma vítima, passou a coordenação à equipe da saúde, atuando como apoio. Nesse caso, um fator que contribuiu para isso, mais do que a capacitação técnica, foi a falta de equipamentos necessários para o atendimento, e veículo adequado para o transporte, pois eles utilizavam um caminhão de bombeiros e já estavam atuando em apoio à equipe de APH, o GAE.

“Chegando no local já estavam em atendimento a equipe do GAE, com ambulância, sob responsabilidade do socorrista (auxiliar de enfermagem), e uma unidade dos Bombeiros, com caminhão. Uma das vítimas – a motorista - estava sendo atendida pela equipe do GAE, que estava na fase final de imobilização. A outra equipe que estava sendo atendida, inicialmente, pelos bombeiros foi assumida pelo auxiliar de enfermagem do SAMU. A vítima já estava na maca e com colar cervical. Como a maca não possibilitava adaptar os coxins que o SAMU tinha, foi feita a troca das macas, com ajuda dos bombeiros. O colar dos bombeiros permaneceu na vítima.” (OBS2)

Peduzzi (2001, p. 107) observou que “na situação em que há menor desigualdade entre diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração da equipe”. No trabalho em equipe, a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, que convive com as especificidades de cada área profissional, possibilita a efetiva integração.

Um dos auxiliares de enfermagem entrevistados fala da concepção do trabalho em equipe, que resulta da ação articulada de todos os atores e pressupõe uma responsabilização de todos, pois a falta de um compromete o resultado final.

“Olha, eu... no SAMU é assim ó... a gente não faz muito, eu pelo menos não faço muita separação do médico, do auxiliar, do motorista, do enfermeiro, sabe... porque é uma equipe, né... Assim, se houver um erro, por exemplo, não foi o médico quem errou, ou não foi o condutor quem errou, ou não foi o enfermeiro quem errou, ou não foi o técnico, não foi o auxiliar... o erro é da equipe.” (A1)

No atendimento pré-hospitalar identificou-se um campo comum a todos os atores, o suporte básico de vida às vítimas de trauma, em que todos os atores, independente da formação técnica, realizam as mesmas atividades e organizam-se em função do paciente, vítima de acidente de trânsito, e da situação em si, sem levar em conta uma estrutura hierárquica baseada nos saberes específicos, construída historicamente e reproduzida nos serviços de saúde, seja no âmbito hospitalar ou da atenção básica.

Na produção de um ato de saúde coexistem vários núcleos, que Merhy (2002, p. 123) descreve como “cuidador”, “profissional específico” e “específico por problemas” e, os trabalhadores de saúde,

apresentam potenciais de intervenção nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde.

Merhy (2003) acrescenta que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independente do recorte profissional, o que proporciona pensar outras possibilidades no modo de agir em saúde.

No APH, existe um conjunto de técnicas, que são de domínio dos socorristas, que devem ser usadas conforme a situação exigir. Esse conhecimento é básico e, mesmo o bombeiro, que na situação observada também era auxiliar de enfermagem, refere que tem que ter esse domínio, pois faz parte da profissão. Entre essas técnicas temos a desobstrução de vias aéreas, a imobilização da coluna cervical, a rolagem da vítima, colocação de KED, imobilização em maca rígida com a vítima em pé ou deitada, imobilização em caso de fraturas, controle de sangramento, que não são exclusivas dos profissionais de saúde, mas configuram o atendimento de

suporte básico de vida, que pode ser realizado não só pelos bombeiros, mas também pela Brigada Militar e mesmo os agentes da EPTC.

Pode-se considerar essas intervenções de suporte básico, que envolvem a imobilização e o transporte, sem necessidade de realização de procedimentos de enfermagem, como pertencentes ao “campo cuidador”, que é comum a todos os atores, sejam profissionais da área da Saúde ou não. No momento em que há necessidade de realização de atividades, que são de competência de uma área profissional específica, como as técnicas de enfermagem ou os procedimentos invasivos, de exclusividade médica, ou mesmo, as ações de resgate desenvolvidas pelos bombeiros, entramos no núcleo de “conhecimento especializado” de cada profissional.

Mesmo reconhecendo as diferenças de cada um, em função da formação técnica, e a hierarquização, em função do saber, esses elementos não são determinantes para definir o espaço de cada um no APH. A isso, agregam-se o conhecimento específico, que não é de domínio de nenhuma área em particular, nem adquirido nas Universidades; a experiência nesse tipo de atividade, pois além do conhecimento é necessário saber aplicá-lo às situações que são vivenciadas no cotidiano, ter capacidade de avaliar e tomar decisões; a competência para realizar os procedimentos necessários a cada situação e, fundamentalmente saber trabalhar em equipe, que é a essência do trabalho no atendimento pré-hospitalar.

Dessa forma, fica evidenciada, a necessidade de valorização do campo de conhecimento ampliado, que está associado ao núcleo das atividades cuidadoras, e que respondem à maior parte das necessidades apresentadas pelos pacientes atendidos pelo serviço de APH, especialmente os que são vítima de trauma, decorrente de acidente de trânsito.

4.2.2 A relação com os atores das outras áreas

No atendimento de acidente de trânsito, além da equipe de APH, envolvem-se outros atores como os agentes da EPTC, os policiais militares da BM, os bombeiros militares e, em alguns casos, técnicos da Companhia Estadual de Energia Elétrica (CEEE). A equipe da saúde considera esses profissionais como equipe de apoio, que participa do atendimento, em casos específicos e, com uma função bem delimitada: a EPTC cuida do trânsito; a BM da segurança; a CEEE atua em situações que envolvem energia elétrica, como queda de postes e os bombeiros, em risco de incêndio, vítima presa em ferragens ou em locais de difícil acesso.

Essa integração, muitas vezes, é necessária para a realização do atendimento às vítimas de acidente de trânsito, pois há situações em que a equipe do SAMU não consegue trabalhar sozinha, como demonstram as falas do auxiliar de enfermagem, da enfermeira e do médico.

“(...) integração... a integração já está funcionando com a mesa da regulação, porque tu já está pedindo: central, vamos precisar de um veículo rápido aqui; central, vamos precisar de mais uma ambulância; central, nós precisamos da EPTC pra fazer isolamento do local, pra atender com segurança; central, tem aqui várias pessoas embriagadas, nós vamos precisar da Brigada Militar; nós vamos precisar dos Bombeiros pra extração; nós vamos precisar da CEEE porque o carro colidiu com um poste. Então, pra ti poder fazer um atendimento seguro, a CEEE vai ter que estar no local pra desligar a energia. Então, tem toda uma integração: SAMU, CEEE, Bombeiro, EPTC, Brigada Militar. O SAMU não consegue trabalhar sozinho, não teria como trabalhar sozinho.” (A1)

“Eles (agentes da EPTC) isolam a área, eles providenciam a imobilização da cervical, não com colar como a gente faz quando chega a ambulância, mas manual, e orientam a população pra que não mexam na vítima, essa é a orientação que a gente dá pra eles quando eles fazem o curso [...] Então, é um trabalho muito organizado. Em relação à Brigada, existe também uma parceria importante. Eles nos dão muito apoio em relação a zonas de risco, quando a gente vai atender... ou alguém com ferimento por arma de fogo, existe uma combinação de que a ambulância só vai se deslocar e só vai atuar em áreas de risco, que tenha tiroteio, essas coisas... com o apoio da Brigada Militar. Então, existe uma combinação muito legal, assim, é muito bom trabalhar com eles... Os Bombeiros... são fundamentais quando

existem pacientes presos em ferragens, e quando a gente precisa da ajuda deles pra ajudar a extricar pacientes graves. Sem os bombeiros, às vezes, a gente não consegue fazer nada... [...]” (E2)

“Eu vejo, assim, que essa relação é igualmente importante porque no momento que tem um acidente a gente, como o número de ambulância é muito menor, por exemplo, o número de carros da Brigada Militar, o número de carros da EPTC, então eles podem, de uma maneira ou outra, que também têm treinamento básico, nos ajudar nesse sentido, seja a Brigada isolando a área, às vezes, imobilizando mais adequadamente até a chegada da ambulância, seja, muitas vezes já aconteceu da EPTC liberar o trânsito quando um acidente grave, tanto pra gente chegar até o acidente, quanto pra voltar. No caso dos Bombeiros, muitas vezes é necessário pra um acidente, alguém que está preso em ferragem, algum risco de incêndio, de explosão, pra eles chegarem e tranquilizarem a cena. E o .. É muito importante também a segurança da equipe, é o ponto básico [...] Então é muito importante que se chegue, a polícia,... bloqueie esse trânsito, porque se não a equipe não tem como trabalhar, sem a segurança da equipe. Então, esses outros profissionais eles são bastante importantes nesse sentido, porque dão, muitas vezes, infra-estrutura pra que o nosso trabalho seja desenvolvido com mais tranquilidade, ou seja desenvolvido, porque muitas vezes não poderia ser feito se não tivesse essa estrutura por trás.” (ME2)

Os motoristas falam da colaboração que há entre os profissionais para realização da imobilização dos pacientes, especialmente em situações de maior dificuldade, e também para o atendimento de vítimas que ficam presas nas ferragens.

“É, a ajuda deles é assim, é quando, como é um acidente, tem que virar às vezes o paciente em bloco, dependendo da...da posição em que ficou o paciente, a gente fica contra o meio fio, contra uma parede... [...]Então, a ajuda desses profissionais é nesse sentido, a EPTC, quanto a Brigada, a gente prontamente pede a ajuda pra eles se eles estão no local... e prontamente eles ajudam a pegar o paciente, a gente diz: olha, pega o paciente dessa maneira, pega o paciente pelas pernas, pega pelo ombro... A gente sempre orienta eles, né.” (MO1)

“É uma relação muito boa, sabe? Eles prestam..., eles auxiliam muito bem a gente. Porque no momento, como se fosse, vamos dizer, um incêndio, alguma coisa assim, que a vítima está presa, que necessita dos bombeiros, eles fazem a parte deles com o nosso auxílio e quando é nós que estamos no momento ali, ...a gente auxilia eles. Então tem um, tem uma combinação.” (MO2)

Em relação aos bombeiros, não há, pela equipe de saúde, um reconhecimento claro da existência de uma equipe específica de APH, pois eles são vistos como se fossem todos integrantes de uma mesma equipe de trabalho, no que se refere às qualificações e funções. No entanto, o Corpo de Bombeiros tem grupamentos diferenciados, com funções específicas e uma equipe técnica com qualificação adequada para dar conta dessas tarefas, seja para o resgate e salvamento, o atendimento de acidentes com produtos perigosos, a prevenção de incêndio e o atendimento de emergência, como fica claro na entrevista com o B1, em que ele fala que o seu trabalho é só o atendimento pré-hospitalar, necessitando, tanto quanto o serviço da saúde, de apoio da equipe dos bombeiros para retirada “das ferragens da vítima”, ou em situações de risco de vazamento de combustível ou produto químico.

“Aí, funciona assim: dependendo da ocorrência, quando tem, chama-se... a gente chama de vítima presa em ferragem, que é ocorrência 10, aí é destinado junto à ambulância uma... uma viatura da terrestre, que é uma outra equipe, trabalha com desencarcerador, que é pra retirada dessa vítima. Na verdade, a gente diz que é pra retirar as ferragens da vítima e não as vítimas da ferragem. Primeiro se tira as ferragens e depois se vem com o material todo da ambulância, trabalhando junto com esse pessoal e tudo mais e é retirado, é.. imobilização cervical, é.. com colar cervical, colete cervical, fraturas.” (B1)

“Trabalha, trabalha um socorrista um ou dois socorristas, trabalha um motorista, porque, às vezes, não é socorrista formado, não tem curso, mas tem a experiência de bombeiro, que, às vezes, é o que mais vale nessas horas. Trabalha o oficial de serviço; trabalha o pessoal do combate a incêndio, vai pra fazer as... as prevenções de vazamento de gasolina; vazamento de produtos químicos, que nós temos agora, também lá, pra fazer a própria segurança do pessoal que está trabalhando, na via pública; tem a EPTC, que é importante hoje em dia, bastante importante; tem o pessoal do próprio SAMU também, que auxilia, nós auxiliamos eles também.” (B1)

Na realidade, observa-se a existência de dois serviços de APH atuando em Porto Alegre, sendo um vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e outro, ao

Corpo de Bombeiros. Esses serviços funcionam independentes, atuando de forma pouco integrada, visto que os profissionais da saúde entrevistados, não reconhecem a existência desse serviço dos bombeiros e estes atuam sem suporte tecnológico²⁷. Nesse sentido, falta uma aproximação, no âmbito da gestão dos serviços, de forma a otimizar o atendimento neste, e nos outros municípios do Estado, aproveitando a formação e experiência que os profissionais bombeiros acumularam desde a implantação do GAE, que foi o primeiro serviço de APH organizado no Rio Grande do Sul e funciona, até hoje, com muitos bombeiros com formação na área da Saúde, como auxiliar de enfermagem.

Durante o período de observação, foi possível acompanhar a atuação dos dois serviços de APH, em que cada um deles realizou o atendimento de uma das vítimas, com apoio de uma terceira equipe, também do Corpo de Bombeiros.

“(...) imobilização e colocação na ambulância ocorreram com ajuda dos bombeiros. Combinam – o responsável pelo GAE e a responsável pela equipe do SAMU – de resgatarem o colar cervical para os bombeiros no HPS pois as duas vítimas serão deslocadas para lá. Um dos bombeiros, que estava fazendo o boletim de ocorrência, registrou o nome da responsável pela equipe do SAMU – o auxiliar de enfermagem. A primeira vítima foi atendida integralmente pelos bombeiros do GAE. A segunda vítima foi atendida inicialmente pelos bombeiros e, em seguida, pelo SAMU, com colaboração dos bombeiros.” (OBS2)

Ficou evidenciada, a dificuldade do Corpo de Bombeiros de prover o serviço de APH, com equipamentos e insumos básicos que, em algumas situações, são repassados pelo serviço vinculado à Secretaria da Saúde.

“Na hora de devolver o colar cervical ao responsável pela equipe do GAE o auxiliar verificou que o mesmo tinha a marca do SAMU. O bombeiro esclareceu que todos os colares têm, pois são repassados aos bombeiros pelo SAMU quando estes são substituídos por colares novos. Os bombeiros restauram e passam a utilizá-los.” (OBS2)

²⁷ Esse suporte tecnológico, descrito por Merhy (1997, 2002, 2003) como tecnologias duras, envolvem os equipamentos e insumos necessários para a realização dos atendimentos.

Essa defasagem do serviço vinculado ao Corpo de Bombeiros é apontada na entrevista com o B1, em que ele fala da falta de insumos, de investimentos e de integração entre os gestores, relacionando essas dificuldades a disputas no campo político, que acabam prejudicando o atendimento à população e o cumprimento da finalidade dos serviços, tanto da saúde quanto dos bombeiros, que é de salvar vidas.

“Acho que uma... uma união maior entre, entre o próprio SAMU, que é quem pega a maior parte das ocorrências hoje, entre o próprio SAMU e o nosso atendimento dos Bombeiros, porque o nosso atendimento, ele tá ficando defasado. Não na parte técnica, porque o nosso dia a dia eu acho que nos dá a parte técnica e a parte profissional, toda a experiência que todo o bombeiro tem. Mas na parte de material, na parte de convivência, na parte de... na própria comunicação entre nós, das ambulâncias e das centrais, como na parte de comando também. Eu acho que o comando devia ser mais unido, uma parte mais de governo, de política, mas eu acho que a política deveria até superar isso aí. Devia ser uma coisa assim, se é pra população, se é pra o bem-estar da população, de uma vítima que está ali, eu acho que a política deveria superar isso aí, pensar mais na parte humana, talvez.” (B1)

A integração no trabalho dos vários atores envolvidos no atendimento, relatada pelos profissionais entrevistados, configura-se como um trabalho em equipe, em que ocorre o agrupamento dos agentes e a justaposição das ações, caracterizando-se, segundo tipologia definida por Peduzzi (1998, 2001), como equipe agrupamento. Cada um dos atores tem um saber específico, desenvolve um trabalho técnico também específico, que complementa o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, que é central e hegemônico. As equipes de apoio são periféricas e não interferem no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, assim como ela também não interfere no trabalho específico de cada uma delas, apenas aguarda que sejam dadas as condições, para que passe a realizar o seu trabalho.

“É, o pessoal aqui em Porto Alegre, pelo menos, todo mundo já tá bem treinado assim, a EPTC, tem a sua função, que é coordenar o trânsito, isolar..., os Bombeiros é fazer a extricação, tirar o paciente, a vítima presa nas ferragens, por exemplo, cuidar da segurança da cena, também. E o

atendimento médico mesmo, eles deixam pro SAMU, acho que nunca teve, assim, problemas nisso aí. Acho que eles tão bem, bem treinados quanto a isso.” (ME1)

“Depende muito assim, por exemplo, a EPTC, que são um grupo de apoio, que a gente chama EPTC, Brigada e Bombeiros, eles... nos auxiliam muito. Então, a gente tem um trabalho integrado [...] E, no momento que a gente chega, nós assumimos a ocorrência... e tem se dado de uma forma tranqüila, tem coisas que são... que eles são fundamentais pra controlar a... pra gente não se arriscar mais ainda, principalmente em relação a acidente de trânsito.” (E2)

“Integração entre nós, não tem, integração, assim, trabalhar junto. Se eu chego numa ocorrência e o SAMU, ele está agindo, ele está atuando na ocorrência, o que tem é uma... é uma ajuda. Quem vai lidar, por exemplo, se for uma vítima, quem vai lidar com aquela vítima é quem chegou primeiro na... no local aquele ali, de ocorrência. Porque quem chega depois apóia, como... hã, sei lá, entrega o material, levanta uma maca junto, dá um apoio ali pro pessoal, mas quem está direto na vítima ali, é quem chega, 90% é quem chega primeiro. A não ser que seja uma coisa mais grave, precise de um auxílio do médico do SAMU, que daí vem uma viatura leve, com médico, com outros equipamentos, que seja preciso uma intervenção médica, aí a gente aguarda no local o médico do SAMU. Senão, as vítimas são conduzidas pela ambulância que chega primeiro. A relação entre o pessoal, assim, nós e SAMU, é até... ela é... ela é tranqüila, eu como socorrista com o próprio socorrista do SAMU, não tem, não tem maiores coisas. Mas entre políticas, entre comandos é diferente.” (B1)

Na atuação dos vários atores envolvidos no APH observou-se, como relatou Peduzzi (2001, p. 108), que “a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, o que expressa a concepção de autonomia técnica plena dos agentes”.

As relações entre o Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal da Saúde e o Grupamento de Atendimento de Emergência do Corpo de Bombeiros nem sempre foram harmônicas. Inicialmente, como está relatado na entrevista com A1, houve um período de dificuldades nas relações em função da disputa de espaço, que no seu entender foi logo superada.

“Eu posso te falar assim, desde o início, da coisa, ... da situação... Eu lembro que no início, quando iniciou o SAMU, o atendimento móvel aqui de Porto Alegre era feito pelos bombeiros. Então houve uma certa

animosidade, assim, sabe, parecia que alguém queria tomar o lugar de alguém e na realidade não era isso. Na realidade, a gente queria unir forças, trabalhar juntos, mas teve esse problema de início. Até que daí foi entendido que, na realidade, então, a gente queria unir as forças. No princípio, era comum também, a gente ter dificuldade no atendimento, tava fazendo atendimento na... via de trânsito pesado, por exemplo, ajoelhado, via os carros passando a poucos centímetros pelos calcanhares. Hoje em dia, já não existe mais isso. Então assim, houve uma melhora muito grande, uma integração muito grande de SAMU, Bombeiros, Brigada Militar e EPTC. Até, assim, por um... não só o melhoramento da parte deles, mas talvez, até um pouco de humildade, também, da parte de quem está chegando novo, ... quem está chegando novo... num serviço novo, de repente, chega se sentindo meio... até meio estrela, como (...?) de estrela, então, eu acho que foi dos dois lados, o que favoreceu toda a integração.” (A1)

No entanto, observou-se que não houve uma superação mas uma acomodação, pois sem respaldo legal, sem financiamento, sem insumos e sem equipamentos, o Corpo de Bombeiros não pôde manter seu espaço inicial, quando era o único a prestar esse tipo de atendimento, e nem foi possível estabelecer uma parceria entre as duas instituições, o que fica evidenciado com a existência de dois serviços públicos de APH, um hegemônico e o outro fruto da resistência e da capacidade dos trabalhadores de manter essa atividade, sem ter as condições adequadas de trabalho, por entendê-la como inerente a sua profissão e a sua missão de salvar vidas.

É importante lembrar que o serviço de APH iniciou no Rio Grande do Sul em 1989, através do serviço organizado pelo Corpo de Bombeiros e que a primeira portaria publicada pelo Ministério da Saúde que traz para o setor saúde a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar foi em 1998, ou seja, nove anos depois. Antes disso, esse serviço era desenvolvido exclusivamente pelo Corpo de Bombeiros, como no Rio de Janeiro, ou deste em parceria com a Secretaria de Saúde, como em São Paulo e Paraná.

A história mostra que, de fato, no Rio Grande do Sul o serviço de APH da Secretaria da Saúde não veio para somar esforços e sim para ocupar um espaço,

que estava sendo ocupado pelo Corpo de Bombeiros. Isso fica evidenciado pelas entrevistas e pela quantidade de ocorrências atendidas pelos dois serviços, pois a saúde é responsável por mais de 98% dos atendimentos de ocorrências de acidente de trânsito, enquanto os bombeiros atendem menos de 2%. E essa transição, não foi sem traumas, sem atrito, sem ressentimentos e sem seqüelas, tanto que essa fração do Corpo de Bombeiros não é lembrada na fala dos profissionais da saúde, pois se referem sempre aos bombeiros que fazem a extricação das vítimas presas em ferragens, que são o grupo de resgate e não do atendimento pré-hospitalar.

Essa situação, que envolve o campo da gestão, não apenas do serviço em particular, mas do Sistema de Saúde, influencia o processo de trabalho no atendimento às vítimas de acidente de trânsito.

4.2.3 A concepção sobre o trabalho

O APH, como uma atividade de saúde, demanda um perfil específico para o profissional desempenhar a função de socorrista. Thomaz e Lima (2000) reconhecem que são necessárias, para a enfermeira, além da formação, experiência profissional e habilidade, outras características específicas, como capacidade física e também capacidade para lidar com o estresse, tomar decisões imediatas, definir prioridades e trabalhar em equipe, constituída não apenas dos profissionais da saúde, mas de outras áreas (polícia, companhia de energia elétrica, trânsito e outras).

Os motoristas entrevistados reconhecem que, além do conhecimento de sua área em particular, é necessário ter capacitação específica para atuar no APH.

“[...] não só de direção, mas tem que ter muito conhecimento do... do corpo humano, de como funciona, entende, o organismo, a tua cabeça, o teu cérebro, o teu coração, o teu fígado, o teu rim, enfim tudo...” (MO3)

“Como motorista, eles têm dado pra nós cursos, de condução do veículo de urgência e curso de capacitação de pré-hospitalar. Eles têm dado curso, periodicamente tem os cursos, tem capacitação, curso de capacitação. Porque vai surgindo novas idéias de como fazer o trabalho, e eles vão aprimorando, chamam as turmas pra fazer em grupo. E é necessário.” (MO2)

Os auxiliares de enfermagem acrescentam a necessidade de buscar um aprimoramento constante e de ampliar o conhecimento, a partir da discussão das situações vivenciadas no cotidiano, pois as condições encontradas no APH sempre são diferenciadas.

“[...]mas é totalmente diferenciado tu atender um paciente numa maca dentro de uma emergência do hospital ou numa enfermaria do hospital e tu atender esse paciente na rua, ou dentro de uma casa, ou dentro de um buraco,... as condições são totalmente diferenciadas, então, necessário é tu ter um conhecimento claro, um conhecimento técnico inicial que tu tem que ter, que todos tem e depois fazer cursos, cursos, cursos, estudar... Cada situação encontrada, às vezes, é diferente pra discutir, se não for elucidado entre a discussão minha e do MO, por exemplo, nós vamos além, nós vamos buscar.” (A1)

“[...]não basta só o curso de auxiliar, não basta só curso de técnico [...] tem que te aprimorar, tem que te aperfeiçoar, tu tem que ir a busca. A mesma coisa o enfermeiro... o enfermeiro estuda o necessário, sabe, mas o enfermeiro vai ter que fazer a mesma coisa também, não vai bastar só a faculdade de enfermagem, ele vai ter que se aprimorar, ele vai ter ir à luta, ele vai ter que buscar mais conhecimento... o tipo de atendimento, como eu tinha falado anteriormente também, é diferente, ... o atendimento Pré-Hospitalar, o atendimento na rua é diferente do atendimento feito dentro do hospital.”(A1)

Além do conhecimento técnico, é ressaltada a importância do aprendizado que é adquirido com a vivência, no exercício do trabalho.

“ [...] o convívio diário...é essa coisa diária que tu vai tendo que tu vai... aprende...” (A2)

“Eu acho que todas as... todas as técnicas,... pra evitar maiores, maiores danos à pessoa, à saúde da pessoa, todas as técnicas que é importante, hã... eu acho que a vivência da pessoa também é muito importante. [...] então eu acho que a vivência é bastante, bastante importante, além da técnica, a técnica é tudo, tu vai ter que, tem que dominar... dominar uma técnica pra poder dominar uma profissão.” (B1)

“Conhecimento técnico dos casos de atendimento, tu não faz tudo, mas tu tem que ter o mínimo de conhecimento [...] e quando tu entra... Muitas entraram aqui, sem esse conhecimento, ninguém fez um pós-graduação, especializado em emergência, em traumas, mas eu acho que a vivência te dá todo o conhecimento. Além, claro, conhecimento teórico das coisas, tem o conhecimento teórico de parada cardíaca, tem conhecimento teórico pra acidente de trânsito, de imobilização, de traumas, indefinidos traumas, assim, tem todo o conhecimento teórico... Então é... tu é... é dado curso pra isso, é dado material pra estudo pra isso e depois, como em qualquer outro serviço, ... a prática, e isso, a prática te dá no dia-a-dia, tu vai saber como usar e como usar esse conhecimento.” (E1)

A assistência no pré-hospitalar, não envolve apenas habilidade e competência no cuidado do paciente, nas diversas circunstâncias, mas também preparo para enfrentar desafios que não são encontrados no âmbito hospitalar, como o espaço pequeno para realização das técnicas no interior da ambulância, a vítima presa em ferragens, pouca luminosidade nos atendimentos noturnos, acidentes com múltiplas vítimas, risco de acidentes com a ambulância, emoções exacerbadas de familiares ou transeuntes, excesso de ruído e vibração no ambiente e risco de explosão. Situações como essas tornam evidentes as diferenças do atendimento realizado na rua e no ambiente hospitalar e, segundo Tomaz e Lima (2000), aumentam o estresse do profissional que atua nessa atividade.

Outro aspecto ressaltado, pelos sujeitos entrevistados, referiu-se às características pessoais importantes no profissional que trabalha no pré-hospitalar, como: calma, observação, paciência, boa relação interpessoal, atenção e carinho.

“[...]Tem... a pessoa tem que ter... tem que ter um bom temperamento, tem que ser calma, não pode ser, não pode ficar nervoso, coisas que certos bombeiros têm, que trabalham mais em combate ao fogo, que a pessoa tem que ser mais explosiva, têm bombeiros que são explosivos e que não

podem trabalhar em socorro, porque fazem... atropelam as coisas, atropelam a ocorrência, atropelam procedimentos [...]” (B1)

“Anatomia, fisiologia, todas as coisas que a gente aprende na Faculdade... conhecer um pouco de PHTLS, saber o quê que... que é trauma, conhecer cinemática, avaliar o paciente, utilizar os escores de trauma, Glasgow, essas escalas que eles... que pouco se usa no... no... ainda no Pré-Hospitalar, [...] Então, eu acho que além disso é necessário ser uma pessoa observadora, atenta, estar sempre ligada no paciente.” (E2)

“Bom, o conhecimento pra fazer esse trabalho, ele... primeira coisa que tem que ter é uma paciência, acima de tudo ter paciência. Aí, sim, a parte operacional, uma boa experiência, de dirigir veículo, e não achar, porque é ambulância, pode tudo, deve tudo, não é. Tem que ter um bom conhecimento da cidade, um bom conhecimento das ruas. Tem que ter uma boa relação interpessoal com as pessoas, colegas, porque se é equipe, ter uma boa relação com a equipe.” (MO1)

“Então a gente tem que ter, além do conhecimento, a gente tem que ter um pouco de...de boa vontade, a gente tem que ter um carinho pra tratar com a pessoa ... e uma atenção totalmente redobrada.” (A3)

O trabalho no APH é considerado por todos os atores, independente de sua formação profissional, como importante, gratificante, um trabalho que pode fazer a diferença, para os pacientes, entre viver e morrer.

[...] super gratificante, tu saber que tu pode fazer a diferença no local, independente de ser auxiliar, o condutor da ambulância, médico, enfermeiro, tu consegue fazer a diferença no local, se necessário... Tu vai ser a diferença entre viver ou morrer, pode ser a diferença entre viver com seqüelas ou viver sem seqüelas. [...] é super... é uma recompensa, é um trabalho que te dá... que te faz diferença na tua vida.” (A1)

“Olha... eu acho um dos mais importantes. Dentro do contexto, no caso... o acidente de trânsito... o mais importante, são os primeiros minutos após o acidente. Então eu... eu me considero, dentro do quadro, um dos funcionários que... que tem uma boa importância, porque o que eu fizer naquele paciente, pode trazer ou... benefícios ou prejuízo pra ele futuramente. Então, eu acho que é uma função muito importante, essa que a gente faz... na rua.” (A3)

“Olha, eu acho que, pro... pro médico e mesmo pra quem trabalha em pré-hospitalar, é um trabalho assim, bastante dinâmico e que tem resultados imediatos. Então... e essa parte de ser dinâmica, eu acho que está todo... todo o fascínio de quem trabalha no pré-hospitalar. Eu vejo que a grande maioria das pessoas tem fascínio por trabalhar por, justamente, tu ter um

resultado tão imediato, de ter uma... alguém que está à beira da morte, muitas vezes, conseguir ressuscitar e trazer de volta. Conseguir, na verdade, fazer diferença e uma diferença, muitas vezes, muito grande entre a morte e a vida de uma pessoa. Então, eu acho que é um trabalho, no meu caso, eu acho que fascinante, assim. Eu acho bastante...” (ME2)

Também está presente na fala desses atores, o caráter humanitário do trabalho, que possibilita ajudar as pessoas, a salvar vidas.

“[...] mas eu acho que é isso assim, eu acho que a gente tem uma grande missão de ajuda, de auxílio, de bem-estar do próximo e por isso eu acho que o nosso trabalho já é válido. Assim... acho que o dia que eu for acertar minhas contas lá em cima, eu acho que vou ter alguns pontos, não por mérito meu, mas porque os pacientes que eu atendi me escolheram pra isso. Então, acho que, na verdade, é uma grande missão, assim, uma grande honra, grande prazer, uma coisa boa que aconteceu com a gente, estar aí começando esse trabalho.” (E2)

“Ah, eu vejo que é um trabalho bom, um trabalho útil, a gente tem possibilidade de ajudar muita gente. E eu estou... estou... muito feliz com isso, é um trabalho gratificante, é bem diferente do que eu fazia antes, mas é um trabalho muito bom, muito gratificante.” (MO2)

Um dos motoristas destaca que o atendimento acontece, independente da condição social das pessoas, ou seja, é garantida a universalidade da assistência à saúde no âmbito pré-hospitalar.

“Eu, particularmente, acho um trabalho muito bom, porque hoje eu já faço o que eu gosto e... eu acho que a gente trabalhar na área da saúde é indiferente no teu trabalho... tu atender um pobre...um rico, um vileiro, um morador de rua, enfim... entende, tu está ali é pra... pra um... trabalho voltado a que: à saúde das pessoas, e tu vai fazer o melhor que tu pode, tu vai manter ele íntegro, dentro da sua saúde pra mantê-lo de pé... e eu acho isso, particularmente, muito gratificante.” (MO3)

Constatou-se, no relato, que os profissionais trazem na concepção do seu trabalho no APH, a presença dos mitos da profissão da Enfermagem, também evidenciados nos estudos de Lima (1998) e Gustavo (2000), em que as enfermeiras relacionam o seu trabalho à vocação, inserindo-o num modelo caritativo.

Segundo Pires (1989), a influência do modelo caritativo e religioso, que hegemonizou a ideologia e o trabalho da enfermagem a partir do advento do cristianismo, foi tão grande, que até hoje esse trabalho é visto como parte da assistência caritativa e, os profissionais, como exemplos de abnegação, de vida ascética e de dedicação aos pobres desvalidos e necessitados de ajuda.

Independente de ser gratificante, no trabalho desenvolvido no APH os profissionais convivem com o risco de morte dos pacientes, o que necessita de uma atuação ágil e rápida, gerando um certo estresse, verbalizado pelo bombeiro/auxiliar de enfermagem entrevistado (B1).

“Gratificante, gratificante,.. .um pouco estressante também, lidar com vítima, com pessoas, com criança, com a dor ali, sei lá... É meio, meio estressante também, saber lidar com isso aí, saber dividir um pouco as emoções na hora. Na hora a gente não vê nada em volta, não reconhece ninguém, só pensa na vítima. É meio estressante, tem que saber lidar certinho com isso.”
(B1)

Uma das enfermeiras falou das situações de conflito, que muitas vezes acontecem, na relação com os serviços da rede pública de saúde, no momento de encaminhar os pacientes.

“[...] a parte assistencial é muito boa, assim... muito boa ... gera um pouco de conflito, assim... por exemplo, na hora de tu levar pacientes, eu sinto dificuldades, ...na hora de tu levar pacientes pros locais de acolhimento. Todos que nós levamos, a gente é mal recebido, na maioria deles, ficam com a nossa maca. Eles “ah, a SAMU de novo”, então assim, a gente é mal visto.” (E1)

Essa situação aponta a necessidade de pensar o atendimento, na área de urgência, de uma forma integral, abrangendo todas as instâncias do sistema de saúde, buscando construir, de fato, uma rede integrada, que seja capaz de responder às necessidades dos usuários.

4.3 VISÃO DOS ATORES SOBRE A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A enfermagem está presente em todos os atendimentos, sejam de suporte avançado ou básico, tornando-se elemento fundamental na realização dos atendimentos, tanto nas situações em que assume a direção do processo (no suporte básico), como nas que atua como membro da equipe, dando suporte ao atendimento médico.

Na concepção dos profissionais da enfermagem, a sua inserção na equipe de APH, é considerada fundamental, visto eles estarem presentes em todos os atendimentos e serem responsáveis pelo atendimento integral em mais de 90% das ocorrências. Consideram, ainda, que essa participação é imprescindível para a existência do atendimento pré-hospitalar, pois são eles os principais responsáveis pela assistência, orientando a intervenção dos outros profissionais, especialmente os motoristas e, em alguns casos, os próprios médicos, sendo que, para isso, precisam ser bem preparados.

“Ah, eu acho fundamental, porque geralmente o que... quem faz, somos nós, né. O médico nos regula dali, sentado na mesa, ele está baseado naquilo que a gente está vendo e está dizendo e é por ali que ele vai decidir o que que é feito. Então, eu acho que nós que estamos lá, e tem que ser um pessoal preparado mesmo...um pessoal capacitado porque se não...” (A2)

“Eu excelente a participação de hoje e, desde o início, da enfermagem. Eu acho que a enfermagem é uma das partes principais nesse Pré-Hospitalar, tanto auxiliar, técnico ou a enfermeira. Eu acho que sem essa equipe... não existiria o Pré-Hospitalar... eles são a base, né.” (A3)

“O... ah eu vejo, assim... na enfermagem, assim, fundamental... fundamental porque eles que estão na rua, então eles é que vêm primeiro... eles é que verificam tudo no paciente..., o pessoal da enfermagem. A enfermagem, eu sinto que é um serviço assim... que..., até porque se executa a telemedicina com o médico, muitas vezes, não presente no local, a enfermagem tem todo o domínio de ver e tentar transmitir o mais... o mais fiel possível pro médico como que está a situação... Fora toda essa parte de

conhecimento de... de atuação mesmo, da parte técnica, assim, que é inerente à profissão,... de conhecimento, de imobilização, de quando tu coloca O2, quando tu não coloca, sabe..., tudo isso é feito pelo pessoal da enfermagem. Isso é muito importante, eu acho que esse trabalho tem um grande espaço aqui.” (E1)

“Eu acho que a enfermagem é tudo, viu, eu acho que a enfermagem faz 95 (acho), por cento dos atendimentos, (acho que essa porcentagem tu tem direitinho), sozinha... Então, eu acho que a enfermagem é fundamental e é tudo dentro do atendimento, até porque, assim... por mais que a ocorrência seja grave, que o médico vá junto, eles não têm noção do que ele tem que fazer, alguns vão organi... conseguem ser mais organizados, mas a grande maioria deles, a gente que tem que organizar...dizer: olha, doutor tem que fazer isso, ou eles dizem: vamos fazer isso, mas tu tem que fazer porque se não ele não sabe fazer. Eu acho que a enfermagem é essencial.” (E3)

A participação da enfermagem também é valorizada pelos outros profissionais, especialmente, os motoristas, que reconhecem a importância do seu papel no APH, assim como sua competência técnica.

“Bom, a participação da enfermagem é fundamental, tanto que é...é a parte técnica,... o atendimento de pacientes na parte de pré-hospitalar, de conhecimento de trauma, da parte técnica, da enfermagem.” (MO1)

“Olha, aqui no SAMU eles são bem atuantes e o pessoal.. são bem capacitados mesmo, são pessoas que tu... tu sente segurança ao lado deles. Não tem nenhuma pessoa que tu possa dizer: ah, eu não posso trabalhar com ele. São pessoas de extrema confiança naquilo que eles fazem. Essas pessoas, eles são muito eficientes, eles chegam e sabem, eles não ficam na dúvida do que tem que fazer. Na hora que eles tã ali, eles sabem o que tem que fazer, qualquer um, tanto o médico, quanto o enfermeiro, o auxiliar.” (MO2)

Mesmo os bombeiros, que no seu trabalho como socorristas não tem exigência da formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, consideram que ela seria importante para que o profissional pudesse ampliar o atendimento prestado às vítimas, nos casos em que é necessária a realização de procedimentos de enfermagem, qualificando ainda mais a assistência.

“Eu acho que seria um complemento de um bom socorrista, ele ter o auxiliar, porque há... pode haver momentos em que tu... seria necessário fazer uma intervenção mais técnica, seria necessária a técnica de auxiliar de enfermagem. Para o... mas agora, para o básico do socorro, que seria a própria imobilização e a retirada da vítima das ferragens,... a parte de enfermagem fica um pouco em segundo plano, mas eu acho que seria um complemento de um bom profissional a parte técnica de enfermagem.” (B1)

Marques (2004) ressaltou em seu estudo, realizado em um Serviço de Pronto Atendimento de Porto Alegre, o papel fundamental desempenhado pela enfermagem, que perpassa todos os espaços de atendimento e faz a interligação das ações. Também evidenciou que o papel da enfermeira, articulando os diversos trabalhos nesse serviço, é indispensável, sendo reconhecido e valorizado pelos demais trabalhadores.

A inserção da enfermeira no APH é mais recente, especialmente na assistência, mas a partir da ampliação do grupo de enfermeiras, esse espaço também foi sendo conquistado.

“Um trabalho tão dinâmico, a gente tem uma... uma coord... uma deliberação, uma coordenação que nos... que nos colocou pra disputar um espaço que até hoje não existia. O espaço dos enfermeiros é uma coisa muito restrita à parte administrativa; o enfermeiro pouco saía pras ocorrências e que hoje em dia as coisas estão se invertendo, a gente está saindo pras ocorrências, a gente tá atendendo na rua, isso que é uma coisa que pra nós é muito bom.” (E2)

“É, tinham, mas eram poucas enfermeiras... É, saíam (nas ocorrências), mas saíam bem menos do que essa que fica das sete às dezenove. Por quê? Porque tinha uma enfermeira de manhã, uma de tarde e uma pra cada noite, cinco enfermeiras. A enfermeira que ficava de manhã e ficava de tarde, ficava no administrativo, não impedindo que saísse nas ocorrências, entendeu? Saíam nas ocorrências - paciente que não respirava, paciente inconsciente -, elas elegiam as ocorrências mais..., que precisassem mais gente pra atender, de mais apoio ou ocorrências mais graves, elas saíam, né. E com a entrada da enfermeira, do novo grupo de enfermeiras que chegou, a gente pôde, lá pelas tantas, designar uma só pra sair nas ocorrências. Então essa fica doze horas com eles, e não só sai, mas fica junto, fica próximo, até porque quando são chamados, saem todos juntos. Então com o passar do tempo, houve uma maior integração, uma afinidade maior, digamos.” (E1)

Na visão dos outros profissionais, a formação universitária da enfermeira, pressupõe um conhecimento mais amplo e mais profundo, que é valorizado. No entanto, é ressaltada, a necessidade de aliar a isso, o conhecimento prático, a experiência.

“Eu acho... acho bastante interessante porque, no caso, a gente trabalha numa equipe que... que é eu e o A aqui na base, mas também têm as nossas enfermeiras...pra tá buscando o que? Formas de melhorar o nosso trabalho, melhor material, melhor condição de trabalho, elaborando cursos, né... nos passando informações de coisas novas que aparecem. [...] Então, além do próprio atendimento, porque ela fez uma Faculdade... Se ela fez uma Faculdade, estudou quatro, cinco anos, ela tem mais conhecimento, a princípio, do que eu. Se ela teve mais tempo, ela fez uma Faculdade pra ir um pouco mais a fundo no conhecimento de causa do que eu, por exemplo, então tu sempre tem informações novas até pra trocar idéias, fazer perguntas, esse tipo de coisa... e aprender...” (MO3)

“Pra mim, eu acho até válido, até não... eu acho válido, no caso, a participação da enfermeira, porque... me deixa livre pra fazer todo o necessário... porque ela vai coordenar e vai ter uma visão maior, pelo conhecimento dela, pelo conhecimento... que ela tem um... um conhecimento bem maior do que o nosso, né... ela vai deixar o auxiliar ou o técnico livre pra fazer o que necessita no paciente... todos os procedimentos, ela orienta... Eu acho muito válido a participação, a equipe... a equipe fica completa quando tem uma enfermeira com conhecimento... porque não... não apenas uma enfermeira formada na Faculdade... entrar numa ambulância, ela não vai ter aquele conhecimento que eu tenho ou que outro colega tem, né... então por isso que eu digo.” (A3)

“Mas é lógico que faz... tranqüilamente faz... é mais uma cabeça, sabe, são... é mais duas mãos, é mais duas pernas pra trabalhar junto na equipe, tá, complementa a equipe, complementa a equipe até pelo conhecimento superior que traz na bagagem, tá... que um técnico faz três anos de curso, o enfermeiro faz quase cinco anos de curso. Então ele tem uma bagagem maior, tá, então tem maior conhecimento de causa... de causa da... do estudo que vai ser somado com as causas do Pré-Hospitalar, que vai somar os dois juntos.” (A1)

No entendimento dos médicos, as enfermeiras têm possibilidades de uma atuação mais abrangente; no entanto, as mesmas reconhecem, que não há distinção entre o seu trabalho assistencial e do pessoal auxiliar e técnico de enfermagem.

“É, o que eu vejo (...) é que a enfermagem, assim, eu não sei se a enfermagem entra o técnico ou... (...) É, o técnico, aqui, a gente não tem, como é que se chama assim... não sei seria socorrista, que tem nos Estados Unidos, que ele tem um pouquinho mais de liberdade, porque ele faz uma Faculdade pra ter alguns procedimentos mais invasivos. E isso eu acho que ... aqui, na realidade, não tem ninguém que possa fazer o trabalho do médico, mas eu acho que a enfermeira, ela já tem um pouquinho mais de liberdade pra tomar algumas condutas além do técnico de enfermagem. Eu acho que nenhum se exclui, na verdade, do APH, do atendimento pré hospitalar, nem o médico, nem a enfermeira. Não é porque tu vai ter um, que não precisa ter o outro, eu acho que cada um cumpre uma função. E que certamente tu somando uma enfermeira a essa equipe, tu vai ter uma capacidade a mais, alguém com uma formação superior, que pode ter alguns, fazer alguns procedimentos mais invasivos do que o técnico, né. Então, eu acho que vem a qualificar o atendimento pré-hospitalar, sem dúvida. Além de fazer, eu acho, que essa integração, ajudar na integração entre o médico e a equipe de enfermagem, porque a enfermeira ela tem essa função também, que é a coordenação dos técnicos de enfermagem. Então, eu acho que ela... é importante cada vez mais a gente trabalhar com as enfermeiras pra conseguir integrar mais ainda o grupo.” (ME2)

A supervisão da enfermeira junto à equipe, agindo junto, compondo a equipe é uma inserção importante que vem crescendo com a ampliação do quadro de enfermeiras no serviço da APH. Esse trabalho conjunto favorece a integração e aproxima a enfermeira da equipe, ampliando seu espaço de atuação e o reconhecimento do seu trabalho pelo conjunto dos trabalhadores. Não existe aceitação do profissional que não atua conjuntamente, que fica olhando, pois a equipe é muito “enxuta” e sempre precisa de apoio de mais profissionais.

“É que assim... é sempre um acréscimo. Claro que era muito melhor se saíssem, dois na ambulância mais o motorista, pra nós seria ótimo... Não, não acontece sempre,... é raro porque não tem, nem tem ambulância também. Então fica... mas que é bom é bom, desde que esteja todo mundo preparado, assim... tem casos que até atrapalha... o pessoal não tá...” (A2)

A atuação da enfermeira como gerenciadora do serviço é um espaço que está consolidado, e é de domínio exclusivo dela. O espaço da assistência vem sendo ocupado mais recentemente e não se caracteriza como uma disputa de espaço, mas

como um acréscimo de conhecimento e de presença física, que torna a equipe mais ágil, mais eficiente e rápida.

“Eu acho que o enfermeiro é importante sim, eu acho que... não... sem ser essa... aquela coisa mais técnica do enfermeiro, de tá organizando, de tá... se responsabilizando, sendo responsável por... pelos atos, pelas ocorrências e pela própria capacitação das pessoas... eu acho que isso é a parte mais importante do enfermeiro... Eu acho que não seria a mesma coisa, com certeza, eu acho que o enfermeiro tem muito a acrescentar, e eu acho que de agora em diante muito mais, porque no início a gente tava meio que... fazendo a coisa... meio que treinando,... porque a gente ficou em treinamento boa parte do tempo. E eu acho que, assim, depois de um tempo, a gente começa a acrescentar mais do que a gente já buscou. Eu acho que... claro que a gente tá sempre buscando e tentando aprender mais, mas eu acho que tem fazer... aquela coisa de... fazer... mostrar o papel do enfermeiro, de fazer a orientação, de fazer a... educação continuada, sabe, de... de ir fazendo isso. Eu acho que a enfermagem é fundamental em todos os sentidos, em todas as ocorrências, desde a mais simples até a mais complicada.” (E3)

Uma das enfermeiras ressalta a importância do espaço que a enfermeira está conquistando no APH, do campo de trabalho que se amplia para a enfermagem e da possibilidade que está se abrindo já na formação, pois as acadêmicas têm hoje a oportunidade de conhecer e vivenciar esse tipo de trabalho.

“[...] a gente se vira sozinho... então assim, tem muitas situações em que tu até precisaria de um apoio, de um suporte, né... médico e tu acaba enfrentando as coisas com o conhecimento que tu tem, assim. Acho que existe um domínio da área, e eu acho que o fato da enfermeira tá atuando, nas UTIs móveis, como a gente tem feito aqui em Porto Alegre, eu acho que é bárbaro... assim, o campo de trabalho, é uma busca de conhecimento, é uma nova janela que tá se abrindo, uma conquista, na verdade... um desafio, uma lição pras... pras próximas gerações que, com certeza, vão vir aí cheias de vontade... As meninas da Faculdade já vem fazer estágio aqui... é tão gratificante isso, saber que a gente está começando isso... uma nova geração de enfermeiros com um novo campo de trabalho.” (E2)

Mesmo não fazendo parte de uma equipe de enfermagem, vivenciando o trabalho junto com uma enfermeira, o bombeiro militar evidenciou que a inserção

dessa profissional contribuiu para qualificar o serviço prestado no APH, assim como a participação do médico.

“Bom, eu não tenho muito contato com enfermeiras, no meu... no meu serviço em si, mas eu acho que seria um complemento, seria uma coisa ideal, até... uma enfermeira dando todo o apoio técnico, toda a... toda a parte de conhecimento que ela vai ter, além do dia a dia, a parte técnica, a parte profissional, a parte... -não é didática-, a parte... seria o ideal, ter uma equipe formada, entre socorristas, entre socorristas auxiliares, entre enfermeiros, entre médicos e motoristas. Seria, eu acho que o ideal, pra gente ter um apoio... eu acho que mais por apoio, mais por convivência, também, seria uma boa ter os três ali.” (B1)

O Atendimento Pré-Hospitalar, como um serviço pertencente à área da saúde encontra-se em franca expansão no País, constituindo-se como um campo de trabalho importante para a enfermagem. É evidente a necessidade dos profissionais de enfermagem, para implementação desse tipo de atendimento, tanto para atuar na assistência como, no caso das enfermeiras, no espaço da gerência.

Considera-se necessário avançar nas discussões sobre a atuação da enfermagem no APH, especialmente das enfermeiras, mas pode-se constatar que já houve avanços nessa área, com a publicação de Decisão do COREN de São Paulo e do Distrito Federal, regulamentando a assistência de enfermagem em APH. Essa legislação garante a inclusão dos profissionais da enfermagem em todo serviço de APH, seja realizando suporte básico ou avançado, reservando à enfermeira, privativamente, as funções de dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma, decorrente de acidente de trânsito, foco desse estudo, especificamente no que se refere à organização do trabalho, possibilitou analisar-se a dinâmica das relações entre os atores envolvidos e a inserção da enfermagem.

O APH, como um serviço de saúde é uma organização recente, sustentado por normalizações que datam de 1998, a partir de movimento liderado pelo Conselho Federal de Medicina, que culminou com a aprovação da Resolução nº 1529, em 4 de agosto.

Antes desse período, o APH funcionava por meio de parcerias do Corpo de Bombeiros com as Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, numa articulação entre bombeiros militares e médicos. Com as normalizações do Ministério da Saúde, ganha força a constituição da vertente civil, liderada pelos médicos, que caracteriza o APH como um serviço de responsabilidade da área da saúde, sob coordenação do profissional médico, seguindo o modelo clínico de atenção à saúde, caracterizado pela implantação de protocolos assistenciais.

Os protocolos e diretrizes do APH são resultado da medicina baseada em evidências, que se constitui no novo paradigma da clínica. No entanto, as bases que fundamentam o ABCDE do atendimento ao traumatizado, são decorrentes de estudos epidemiológicos, que determinam os fatores ameaçadores da vida, nos vários momentos da assistência ao paciente, nas instâncias pré e intra-hospitalares.

A organização do APH no Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul, segue uma orientação francesa, que se baseia na constituição de equipes de saúde, centradas na regulação médica. No entanto, o referencial teórico que fundamenta a

prática no APH é americana, referendada pelo Colégio Americano de Cirurgiões e pela National Association of Emergency Medical Technicians.

Essa reorganização do APH provocou uma certa ruptura, em que a equipe de saúde, representada pelos médicos, assume a liderança do processo, enquanto os bombeiros militares, antes protagonistas, passam a ter um papel mais periférico, junto com os outros profissionais não oriundos da área da Saúde.

Neste estudo, constatamos a centralidade médica na organização do serviço, por meio do exercício da regulação médica. Entretanto, na organização do trabalho assistencial, que se efetiva no atendimento das ocorrências, a enfermagem tem um papel essencial, pois é responsável pelo atendimento integral ao paciente, vítima de trauma decorrente de acidente de trânsito, em mais de 90% das situações e participa do atendimento no restante das ocorrências, integrando a equipe de suporte avançado. A importância da equipe de enfermagem é reconhecida por todos os atores, sendo considerada fundamental para garantir a existência do APH.

A enfermeira, no decorrer da história do pré-hospitalar, sempre teve um papel mais discreto, pouco valorizado na literatura existente, mas que garantia o funcionamento dos serviços e sua qualificação, visto ter um trabalho intenso no gerenciamento, envolvendo as atividades de administração, capacitação e educação continuada das equipes. A enfermeira passou a ter maior visibilidade quando, na década de 90, passou a desenvolver atividades de assistência, especialmente nas equipes de suporte avançado e, mais recentemente, atividades de supervisão, em que atua junto com as equipes de suporte básico.

A equipe de saúde realiza, no atendimento pré-hospitalar, um trabalho integrado, que garante a qualidade e agilidade na assistência prestada às vítimas de acidente de trânsito. É necessária uma sintonia, um entendimento entre os membros

da equipe, que transcende a relação hierárquica, historicamente encontrada nas organizações de saúde. Nesse momento, as relações estabelecidas são horizontais, proporcionando a realização de ações conjuntas, que possibilitam a realização de um atendimento rápido e adequado, objetivo do APH.

Na relação com os atores das outras áreas, observa-se a realização de um trabalho coletivo, em que a equipe de saúde assume uma posição central e as demais realizam suas atividades específicas, em apoio ao trabalho da saúde, configurando um papel mais periférico.

Todos os atores são essenciais, mas existe uma hierarquia, em que a equipe do setor saúde assume o protagonismo das ações, cabendo aos demais, o papel coadjuvante. Essas relações são harmônicas, quando todos aceitam o papel que lhes cabe e, há respeito ao trabalho específico de cada área profissional.

Nesse contexto, os bombeiros militares que atuam no APH, não fazem parte dessa ação conjunta, como apoio, mas assumindo o papel desempenhado pela equipe de saúde. Em algumas situações, as duas equipes atuam juntas, como no caso de mais de uma vítima, mas cada equipe atendendo integralmente um paciente, sem interferência da outra.

Constata-se que, para o exercício do atendimento pré-hospitalar, é necessária uma capacitação específica e um perfil determinado, que pressupõe o domínio do trabalho em equipe, além da formação técnica ou acadêmica de cada profissional, seja ele civil ou militar.

Em relação à caracterização das ocorrências de acidente de trânsito, verifica-se uma predominância no atendimento pré-hospitalar, de realização do suporte básico de vida, em que a equipe está centrada no auxiliar ou técnico de enfermagem, algumas vezes, com supervisão da enfermeira, que estão sediadas na

base central e em bases descentralizadas. A equipe de suporte avançado está sediada apenas na base central, o que, em algumas situações de maior gravidade, em que a ocorrência é em local mais afastado, torna o deslocamento mais demorado, fazendo com que a equipe de suporte básico faça o atendimento e inicie o deslocamento até encontrar-se com a equipe de suporte avançado, com médico e enfermeira ou apenas com o médico.

Essas situações sobrecarregam a equipe de suporte básico, que passa a assumir uma responsabilidade maior, especialmente quando há problemas na comunicação com a Central de Regulação.

Evidenciou-se a relevância do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito e o envolvimento da equipe de suporte básico nesse processo de trabalho, indicando a necessidade de ser aprofundado o conhecimento nessa área, buscando subsídios para a prevenção desses agravos, a formação e qualificação dos trabalhadores e a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinariedade.

Em algumas situações, o atendimento pré-hospitalar torna-se a “porta de entrada” do Sistema de Saúde, assim como as emergências hospitalares e os serviços de pronto-atendimento, enquanto muitas demandas poderiam ter sido resolvidas em outra instância desse Sistema. Nesse sentido, uma análise mais detalhada dos atendimentos realizados no serviço de atendimento pré-hospitalar poderia mostrar o funcionamento do Sistema de Saúde no Município, apontando as áreas em que se torna necessária alguma intervenção específica.

A informatização da Central de Regulação que está em fase final de instalação deverá contribuir para a realização de novos estudos epidemiológicos, não apenas em relação ao atendimento às vítimas de trauma, decorrente de acidente de trânsito, mas a todas as intercorrências que são atendidas no âmbito

pré-hospitalar, sejam elas solicitações de socorro, transporte de pacientes ou assistência social.

Outro aspecto, diz respeito ao trabalho desenvolvido pela equipe de suporte básico do Corpo de Bombeiros, que também possui bases descentralizadas, mas como não há integração entre os gestores dos serviços, atuam quase sempre sem o suporte proporcionado pela Central de Regulação. Apenas, nas situações de maior gravidade, há uma interlocução maior e, a equipe de suporte avançado é acionada.

Essa situação leva a pensar que é necessário aprimorar o diálogo entre as áreas envolvidas no atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma decorrente de acidente de trânsito, buscando uma integração que rompa as barreiras estabelecidas pela dificuldade de trabalhar em uma lógica não hierárquica, fundamentada em relações horizontais, com pactuação e compromisso com a sociedade.

Há que se buscar uma forma de organização do serviço, de gestão desse sistema, que não reproduza modelos alienígenas, mas construindo, coletivamente, um modo de fazer o APH, respeitando as nossas especificidades nacionais e regionais, baseado na interdisciplinariedade, valorizando o campo cuidador, inerente a todos os trabalhadores que atuam nessa área.

Sugere-se que se pense um modelo que não favoreça a fragmentação e a supervalorização das especialidades, mas, ao contrário, que esteja centrado no trabalho em equipe “integração”, na valorização do campo cuidador, caracterizando o APH como uma ação de saúde interdisciplinar ou, quem sabe, transdisciplinar.

E, nesse aspecto, a enfermagem, em particular a enfermeira, tem um papel fundamental, visto que se tem posicionado, historicamente, como articuladora, facilitadora do trabalho em equipe, contribuindo para a integração. Essa ação,

muitas vezes, é o que têm potencializado as mudanças, os avanços, as conquistas para constituição de equipes interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. de *et al.* O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde. *In*: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 3, p. 61-112.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. *In*: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 1, p.15-26.

ANDRADE, S. M. de; JORGE, M. H. P. de M. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 149-56, abr. 2000.

ARRUDA, A. J. C. G. de. **Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes vítimas de trauma admitidos em CTI, à luz do referencial teórico de Roy**. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000.

AVIÑA VALENCIA, J.; MENESES GONZÁLES, F.; ASPIAZU LEE, J. Estado actual de la morbilidad y mortalidad causadas por accidentes en México: creación del Programa Nacional para la Prevención de Accidente 1998. **Revista Mexicana de Ortopedia e Traumatología**, México, v. 13, n. 5, p.412-418, sept./oct. 1999.

Disponível em:

<http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=32&id_ejemplar=1261>. Acesso em: 11 mar. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**: de 10 de outubro 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001**. Brasília, DF, 2003a. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/mortal>>. Acesso em: 18 mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814/GM de junho 2001. Anexo II - normaliza os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-814.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 824/GM de junho 1999. Anexo - normaliza o atendimento pré-hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 13, 25 jun. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863/GM de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2003b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em: 18 nov 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864/GM de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 2003c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>>. Acesso em: 18 nov 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM de novembro de 2002. Anexo - regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 2002. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 25 nov 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96 seção 1E, n.8, 18 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Manual para instrutores de socorristas**. 2 ed. Brasília, DF, 1990. 196 p. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 12).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais 2003**: estudos e pesquisas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004. 398 p. (Informação demográfica e socioeconômica, n. 12).

CAMARGOS, E. F. de. *et al.* Acidentes de trânsito em Brasília: caracterização dos acidentes e das vítimas atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal. **Revista Saúde Distrito Federal**. Brasília, DF, v. 8, n. 1, p.22-26, jan./mar. 1997.

CANETTI, M. D. *et al.* Rotinas de atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado pelo GSE – Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros. *In*: FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 44, p. 593-617.

CARDOSO, G. **O sistema de cadastro, consulta e análise de acidentes de trânsito em Porto Alegre**. Porto Alegre: EPTC, 2002, 11 f. (Textos técnicos). Disponível em: <<http://www.eptc.com.br/noticias/imagens/03.doc.doc>> Acesso em: 25 mar. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1643/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ago. 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm>. Acesso em: 6 out. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Decisão COREN–DF n. 063/2001**. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://www.coren-df/legis-parec/decisoes/dec6301.htm>> Acesso em: 19 nov 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Decisão COREN– SP: DIR/01/2001**. São Paulo, 2001b. Disponível em: <<http://www.aph.com.br/coren.htm>> Acesso em: 19 nov. 2001.

DANTAS, R. C. e SEIXAS, A. Z. de. Ressuscitação pré-hospitalar. **Revista SOCESP**, São Paulo, v. 8, n. 4, jul./ago. 1998. Disponível em : <<http://www.socesp.org.br/publish-revista/pag/1.11.25.1.html>> Acesso em: 19 nov. 2001.

DRUMOND, D. A. F.; ABRANTES, W. L. Tipos de trauma – o politraumatizado. *In*: FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 28, p. 451-549.

FERNANDES, F. D.; MINUZZI, D. J.; KUHN, M. H. **Coordenação das ações em desastres com vítimas humanas: análise da situação atual – propostas de ações**. Porto Alegre, 2000, 171 f. Monografia (Administração Policial Militar) – Academia de Polícia Militar, Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul.

FILIPAK, V. A. Abordagem pré-hospitalar ao traumatizado no estado do Paraná. *In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 43, p. 589-592.

FRANCO, B. F.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp. *In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. cap. 5, p. 135-160.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). *In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. cap. 6, p. 161-198.

GAIVA, M. A. M. **Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI neonatal de Cuiabá-MT**. Ribeirão Preto, 2002. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 180 p.

GONÇALVES, A. J.; RODRIGUES, J. M. da S. Organização de sistemas e atendimento às urgências. *In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 36, p. 515-536.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde: processos de saúde e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p. (Cadernos CEFOR, série textos, n. 1).

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica**. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 1988. 68 p. (Desenvolvimento de serviços de saúde, n. 6).

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278 p.

GUSTAVO, A. da S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade**. Porto Alegre, 2001, 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**: relatório executivo 2003. Brasília, DF: Associação Nacional de Transportes Públicos, 2003. 43 p. Disponível em : <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: abr. 2004.

JATENE, F. J.; BERNARDO, W. M.; MONTEIRO-BONFÁ, R. O processo de implantação de diretrizes na prática médica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 89-93, 2001.

JUNQUEIRA JÚNIOR, G. *et al.* Estudo epidemiológico dos atendimentos do SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência. **Revista do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 43, p. 22-24, dez. 1997.

KARSTEIN, A. de A. *et al.* Análise epidemiológica das vítimas atendidas pelo SIATE e transportadas ao Hospital Cajuru. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 485-490, jun. 1996.

LIBERMAN, M.; SAMPALIS, J. Advanced or basic life support for trauma: a critical review of the literature. **The Journal of Trauma: injury, infection and critical care**, Baltimore, v. 47, n. 3, p. 616. Sept 1999.

LIMA, M. A. D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998, 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LOPES, A. A. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n.3, p.285-288, jul./set. 2000.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Universitária/UFPel, 2000. 206 p. (Teses em enfermagem, n. 22).

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. de. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 584-589, out. 2002.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta.** Porto Alegre, 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988, L 1, v. 1, 579 p.

MATUS, C. **Estratégias políticas:** chimpanzé, Maquiavel e Guandhi. Tradução Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996. 294 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In:* MERHY, E. M.; ONOCKO, R. (Org), **Praxis em Salud:** um desafio para lo público. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap. 2, p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189 p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In:* MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003. cap. 1, p. 15-35.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80 p.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS.
Atendimento Pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. Tradução Renato Sérgio Poggetti *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 451 p.

NEIRA, J. A. Propuesta de regionalización para la atención del paciente traumatizado. **Medicina Intensiva**, Buenos Aires, v. 18, n. 3, p. 92-118, 2001. Disponível em: <<http://www.sati.org.ar/revista/2001/n3/propuesta.pdf>> Acesso em: 11 mar 2003.

OLIVEIRA, L. C.; CICONET, R. M. Atendimento pré-hospitalar. *In*: ESTRAN, N. V. B. *et al. Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p. 25-36.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998, 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho da enfermagem. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn, 2001. 1 CD-ROM. P. 1-16.

PEREIRA, R. F.; PINTO, R. D.; CICONET, R. M. Caracterização dos atendimentos prestados pelo SAMU. **Revista do HPS**, Porto Alegre, v. 45/46, p. 6-9, 1999/2000.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989, v. 14. 156 p.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 254 p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura. Conselho Municipal de Saúde. A central de regulação do SAMU. *In*: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2., 1996, Porto Alegre. **Caderno de teses**. Porto Alegre, 1996. p. 18-19.

PORTO ALEGRE. Prefeitura. Empresa Pública de Transporte e Circulação. **Estatística de acidentes**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.eptc.com.br/Estatistica>>. Acesso em: 25 mar. 2004.

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal da Saúde. **Anjos da Guarda: agora Porto Alegre tem a proteção dos anjos**. Porto Alegre: Brigada Militar do Rio Grande do Sul, Corpo de Bombeiros, [1991]. 4 p.

QUEIROZ, J. S. de. Histórico do trauma. *In*: FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 1, p. 3-15.

RIBEIRO, K. P. O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado. *In*: FREIRE, E. **Trauma**: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 34, p. 499-508.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Trânsito. **Estatísticas**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: http://www.detran.rs.gov.br/estatisticas/2003/acid_97_2003.htm. Acesso em: 16 abr. 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde. **Mortalidade 1998 e 1999**. Porto Alegre, 2000a. 308 p. (Estatísticas de saúde, v. 24).

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde **Mortalidade 2000**. Porto Alegre, 2000b. 206 p. (Estatísticas de saúde, v. 25).

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde **Mortalidade 2001**. Porto Alegre, 2002. 220 p. (Estatísticas de saúde, v. 26).

RODRIGUES, L. A.; MILLER, E. L. C. Trauma por acidentes de veículos em rodovias. *In*: FREIRE, E. **Trauma**: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001. v 1, cap. 21, p. 349-372.

SANTOS, C. C. M. dos; SANTOS JR, J. C. M. dos S. Trauma: a doença do século XXI. *In*: FREIRE, E. **Trauma**: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001. v 1, cap. 31, p. 485-490.

SCHITZ, M. **Samu de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://www.aph.com.br/2002/samu_porto.asp> Acesso em: out 2002.

SCOCHI, C. G.; ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G. de. A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais. *In*: ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. (Org.) **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

SILVA, E. M. A supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM,9., 1997, Vitória.

Anais... Vitória: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p.252 – 252.

SOARES, J. C. da S. **Planejamento de enfermagem em emergência pré-hospitalar**. Pelotas, 1999. 66 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em

Enfermagem e Obstetrícia – Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

SOCORRISTA. *In*: FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 1603.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 59-65, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VELHO, Á. V. Bases para o atendimento pré-hospitalar no trauma. **Revista do HPS**, Porto Alegre, n. 40, p. 6-11, dez. 1994.

WANNMACHER, L.; FUCHS, F. D. Conduta terapêutica embasada em evidências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 237-241, jul./set. 2000.

WHITAKER, I. Y.; GUTIÉRREZ, M. G. R. e KOIZUMI, M. S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 111-119. Abr./jun. 1998.

APÊNDICE B – Roteiro para observação

Data:

Início:

Término:

Local:

1. Descrição da ocorrência, caracterizando-a quanto ao tipo de acidente, número de vítimas, local, procedência do chamado.
2. Equipes envolvidas no atendimento.
3. Descrição das atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos no atendimento, desde o recebimento do chamado até o retorno à base operacional.
4. Descrição dos aspectos relacionados à organização do trabalho, às relações estabelecidas entre os integrantes da equipe e às relações com as outras equipes também envolvidas no atendimento da ocorrência.

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista

Data:

Início:

Término:

Local:

1. Quando você começou a trabalhar em APH e por quê?
2. Como é prestado o atendimento?
3. Como é o seu trabalho? O que você faz? Fale sobre as atividades que você realiza.
4. Como você vê o seu trabalho?
5. Que outros profissionais trabalham na equipe?
6. Como é a integração? Como organizam o trabalho?
7. Como o seu trabalho se articula com os demais? Como são as relações com os outros profissionais para realização do trabalho no APH?
8. Qual a finalidade do trabalho realizado no APH?
9. Qual conhecimento necessário para realização do seu trabalho?
10. Como vê a participação da enfermagem no APH? E da enfermeira?

APÊNDICE D – Solicitação de informações ao SAMU

Porto Alegre, 20 de junho de 2003.

Ilustríssima Senhora,

Estarei desenvolvendo, nos próximos meses, uma pesquisa na região metropolitana de Porto Alegre, intitulada *Atendimento pré-hospitalar: a dinâmica das relações entre os atores e a inserção da enfermagem*, que tem por objetivo analisar a dinâmica do trabalho da equipe de atendimento pré-hospitalar na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no atendimento às vítimas de trauma decorrentes de acidente de trânsito. Buscarei caracterizar o processo de trabalho e as relações entre os vários atores, identificar as atividades realizadas pela equipe e a finalidade do trabalho nesse campo, especialmente em relação à enfermagem. Esta pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a elaboração de minha Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Considerando que nessa região, os serviços públicos de APH são desenvolvidos pelo Serviço Médico de Urgência (SAMU) vinculado à Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre e pelo Corpo de Bombeiros da Brigada Militar, por meio do Grupamento de Atendimento de Emergência (GAE) existentes em vários municípios do Estado, esse estudo será realizado com equipes de atendimento vinculadas a essas duas instituições. Serão realizadas observações e entrevistas com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, bombeiros militares e policiais militares.

Sendo assim, é necessário que eu tenha, inicialmente algumas informações a respeito do SAMU de Porto Alegre, as quais listamos a seguir.

Ilma. Sra.
Rosane Ciconet
Coordenadora do SAMU
N/C

- Total de atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2002
- Número de atendimentos a vítimas de trauma, nesse período
- Número de atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito, nesse período
- Número de servidores que compõem as equipes de atendimento (inclusive a regulação médica)
- Número de servidores que possuem curso de qualificação como socorristas
- Número de servidores que possuem curso de formação em auxiliar de enfermagem
- Número de servidores que possuem curso de formação em técnico de enfermagem
- Número de servidores que possuem curso de formação em Enfermagem
- Número de servidores que possuem curso de formação em Medicina
- Número de servidores que possuem outro curso de formação na área da saúde, especificando o curso

Gostaria de contar com sua colaboração para realização desse levantamento inicial, extremamente necessário para a realização da pesquisa apresentada. Desde já agradeço o seu empenho e colaboração, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente,

Waleska Antunes da P. Pereira
Mestranda / Pesquisadora
Curso de Mestrado em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFRGS

APÊNDICE E – Solicitação de informações ao Corpo de Bombeiros

Porto Alegre, 20 de junho de 2003.

Ilustríssimo Senhor,

Estarei desenvolvendo, nos próximos meses, uma pesquisa na região metropolitana de Porto Alegre, intitulada *Atendimento pré-hospitalar: a dinâmica das relações entre os atores e a inserção da enfermagem*, que tem por objetivo analisar a dinâmica do trabalho da equipe de atendimento pré-hospitalar na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no atendimento às vítimas de trauma decorrentes de acidente de trânsito. Buscarei caracterizar o processo de trabalho e as relações entre os vários atores, identificar as atividades realizadas pela equipe e a finalidade do trabalho nesse campo, especialmente em relação à enfermagem. Esta pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a elaboração de minha Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Considerando que nessa região, os serviços públicos de APH são desenvolvidos pelo Serviço Médico de Urgência (SAMU) vinculado à Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre e pelo Corpo de Bombeiros da Brigada Militar, por meio do Grupamento de Atendimento de Emergência (GAE) existentes em vários municípios do Estado, esse estudo será realizado com equipes de atendimento vinculadas a essas duas instituições. Serão realizadas observações e entrevistas com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, bombeiros militares e policiais militares.

Ilmo. Sr. Sub-Comandante
Ten. Cel. Francisco Antônio Mondadore Valle
Comando Estadual do Corpo de Bombeiros
N/C

Sendo assim, é necessário que eu tenha, inicialmente algumas informações a respeito das unidades do GAE existentes em municípios da região metropolitana de Porto Alegre (São Leopoldo, Canoas, Novo Hamburgo, Sapiranga e Porto Alegre), as quais listamos a seguir.

- Total de atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2002
- Número de atendimentos a vítimas de trauma, nesse período
- Número de atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito, nesse período
- Número de servidores que compõem as equipes de atendimento
- Número de servidores que possuem curso de qualificação como socorristas
- Número de servidores que possuem curso de formação em auxiliar de enfermagem
- Número de servidores que possuem curso de formação em técnico de enfermagem
- Número de servidores que possuem outro curso de formação na área da saúde, especificando o curso

Gostaria de contar com sua colaboração para realização desse levantamento inicial, extremamente necessário para a realização da pesquisa apresentada. Desde já agradeço o seu empenho e colaboração, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente,

Waleska Antunes da P. Pereira
Mestranda / Pesquisadora
Curso de Mestrado em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFRGS

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: A DINÂMICA DAS RELAÇÕES ENTRE OS ATORES E A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM.

Pesquisadora responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone para contato: 051-33165332

Pesquisadora: Waleska Antunes da Porciuncula Pereira

Telefone para contato: 051-99960813

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a dinâmica do trabalho de equipes de atendimento pré-hospitalar, no município de Porto Alegre, no atendimento às vítimas de trauma decorrentes de acidente de trânsito. Busca-se caracterizar o processo de trabalho e as relações entre os vários atores, identificar as atividades realizadas pela equipe e a finalidade do trabalho nesse campo, especialmente em relação à enfermagem.

Para realização do estudo, serão realizadas observações durante o trabalho desenvolvido pela equipe, assim como entrevistas com os profissionais técnicos que desenvolvem o trabalho, com questões referentes a essa temática. Serão mantidos a privacidade e o anonimato dos sujeitos observados. As entrevistas serão realizadas com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, motoristas, bombeiros militares e policiais militares. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à instituição em que será realizado o estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o desenvolvimento e terão acesso aos resultados obtidos.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Waleska Antunes da P. Pereira – Pesquisadora

Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima – Pesquisadora responsável

Assinatura do participante

Data: _____

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

*PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA
COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA*

Of. 099/2003

Porto Alegre, 25 de setembro de 2003.

Ref. Projeto de Pesquisa

AC CP N. 046/2003

Título: Atendimento pré-hospitalar: a dinâmica das relações entre os atores e a inserção da enfermagem.

Autores: Waleska Antunes da Porciuncula Pereira e Maria Aliceda Silva Lima

O seu projeto de pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, sendo considerado adequado do ponto de vista ético e metodológico para execução.

Colocamo-nos a sua disposição para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,


Dr. Hamilton Petry de Souza,
Coordenador de Ensino e Pesquisa.