
***VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA:
DETALHES DE UM GRANDE
DESAFIO***

THAYS BATISTA DA ROCHA

**VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DETALHES
DE UM GRANDE DESAFIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marília Alves

BELO HORIZONTE

2013

Rocha, Thays Batista da.
R672d Vivência do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência [manuscrito]: detalhes de um grande desafio. / Thays Batista da
Rocha. - - Belo Horizonte: 2013.
92f.
Orientadora: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Enfermagem em Emergências.
3. Assistência Pré-Hospitalar. 4. Prática Profissional. 5. Relações
Interpessoais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 540

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

À minha família: aos meus pais, pelo apoio e pela confiança deposita em mim;

Aos meus irmãos pela amizade eterna;

Ao meu noivo José Eduardo, pelo estímulo e companheirismo;

Aos meus tios, tias e primos pela torcida;

À Marília por acreditar sempre.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter iluminado meu caminho nesta jornada.

Aos meus pais pelo eterno incentivo. Minha mãe por ter me ensinado o valor e a importância dos estudos, me mostrou que tudo é possível independentemente das barreiras que apareçam. Meu pai, que me ensinou a buscar sempre o melhor de mim com os pés no chão, força e coragem.

Minha irmã Thamyres, por ter cuidado mais de mim do que eu mesma neste período, sempre preocupada com a minha alimentação. Thiago, meu irmão querido, que esteve perto e longe mas, nunca ausente e sempre carinhoso.

Ao meu noivo, José Eduardo, que compartilhou desde o início desse meu desejo e venceu comigo cada etapa desta conquista. Dividiu as dificuldades, as tristezas e multiplicou as alegrias. Foi exigente e carinhoso na medida, não me deixou desanimar.

Agradeço a minha querida orientadora, Marília Alves. Ou melhor, muito mais que isso, ela foi desde 2008 uma segunda mãe. Além dos ensinamentos, soube me motivar, me mostrar que eu era capaz diante de muitas desilusões.

Às professoras Maria José Brito, Tânia Chianca e Kênia Lara pelo convívio, conselhos e fundamental contribuição desde a graduação. Assim como as amigas Lívia Montenegro, Meiriele Araújo e Fátima Roquete, Helen Ribeiro, pela possibilidade de desenvolver pesquisas que ajudaram na minha formação.

Aos meus tios Cláudia e Paulo e aos primos Igor e Paula que, não aceitavam as minhas ausências, mas, compreendiam a necessidade deste esforço.

Aos meus fiéis amigos Gelmar, Liliam, Ana Paula e Helena, pela compreensão em relação ao meu estresse, às minhas ausências. Melina, Larissa, Renata, Débora, Verônica, Andreza e Carolina Caram, Valéria, Rita, pela convivência, troca de conhecimentos, expressões de carinho e solidariedade.

Aos funcionários do SAMU, pelo interesse, paciência e disponibilidade em participarem da pesquisa.

Enfim a todos que de alguma forma estiveram presentes nesta jornada, seja com conselhos, dicas e orientações. Todos vocês me ajudaram a chegar até aqui. Todos contribuíram para a conquista desta vitória

"O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois
desinquieta. O que ela quer da gente é coragem."

João Guimarães Rosa

RESUMO

Em face da mudança do perfil de morbimortalidade da população e do avanço da mortalidade por causas externas, como violência e acidentes de trânsito, o Estado sentiu a necessidade de estruturar os serviços de saúde com enfoque na atenção de urgência e emergência. Assim, deu-se a estruturação da Rede de Atenção às Urgências no País, com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com funcionamento 24 horas, importante elo em constante movimento entre os serviços de saúde. Neste contexto, evidenciou-se o aumento do campo de trabalho para o enfermeiro, profissional, já inserido no atendimento pré-hospitalar (APH) desde seus primórdios. Este estudo tem por objetivo analisar situações particulares que envolvem o cotidiano de trabalho do enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a partir de suas vivências. Trata-se de um estudo de caso descritivo e qualitativo, para o qual foram entrevistados 12 enfermeiros do SAMU de Belo Horizonte, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e submetida à análise de conteúdo. A partir da análise, foram constituídas as categorias: *o cotidiano do enfermeiro do SAMU como cenário de relações*, a qual se subdividiu nas subcategorias *o trabalho em equipe como base do atendimento pré-hospitalar*, *relação do enfermeiro do SAMU com os pacientes e familiares* e *relação do enfermeiro com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde*; e a categoria *peculiaridades do exercício do enfermeiro no SAMU*, a qual se subdividiu nas subcategorias *detalhes da performance do enfermeiro do SAMU* e *desafios do cotidiano de trabalho*. Os resultados mostraram que os enfermeiros mantêm relação com o médico, técnicos de enfermagem e o condutor socorrista baseada na confiança, na segurança profissional e no trabalho em equipe, visando atender a vítima de maneira rápida e resolutiva. Na relação com pacientes e familiares, os relatos mostraram que, apesar do sofrimento e das perdas existentes, os usuários expressam gratidão e respeito. Porém, isso pode variar conforme o momento do ocorrido, podendo haver expressão de insatisfação do usuário. Nos contatos com outros profissionais da rede, na maioria das vezes, há conflitos, principalmente, devido à definição das atribuições dos diferentes serviços. O enfermeiro realiza atividades assistenciais e administrativas. As peculiaridades do APH e os desafios evidenciam um trabalho desgastante e, ao mesmo tempo, prazeroso, pelo reconhecimento e pela natureza do trabalho em urgência, que é realizado sob pressão, variação climática e riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais como violência em áreas de risco, além de estarem sujeitos a atropelamentos e acidentes de trânsito. Entre os desafios, encontram-se a necessidade de saber lidar com a dor, o sofrimento e a morte com prontidão, raciocínio rápido e tomada de decisão assertiva, sobretudo diante de imagens desagradáveis nas cenas de atendimento, e, ainda, de encontrar estratégias para atuar em cenários de violência urbana nos quais correm risco de vida.

Palavras-chaves: Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem em Emergência. Assistência Pré-hospitalar. Prática Profissional. Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Front of change in the profile of the morbidity and mortality of the population and the advancement of mortality from external causes, such as violence and traffic accidents, the state was felt the need to structure health services with a focus on urgent and emergency care. So, has given the structuring of Network Urgencies Care in the Country, with the creation of the Mobile Emergency Service (SAMU), with works 24 hours, is an important link in constant movement between health services. In this context, showed the increase for labor camp for nurse, professional, already inserted in pre-hospital care (APH) since from its beginnings. This study aimed to analyze the particular situations that involve the everyday work life of nurses in different scenarios of Service Mobile Emergency from their life experiences. This is a descriptive and qualitative case study, in which 12 nurses from SAMU in Belo Horizonte, were interviewed by a semi-structured interview script and submitted to content analysis. Starting from the analysis, were constituted the categories: *everyday work life of nurses of SAMU such scenario of relationships*, which was subdivided in subcategories *the teamwork as the basis of pre-hospital care*, *relation of the nurse of SAMU with the patients and families* and *relation of the nurse with the professionals of Network Health Care*; and the categories *peculiarities of the exercise of nurses in the SAMU*, which was subdivided in subcategories *details of the performance of the nurse of SAMU* and *challenges of everyday work life*. The results showed that nurses maintain relationship with the doctor, nursing technicians and driver aider based on trust, on job security and on teamwork, aiming to meet the victim to quickly and resolute. In relationship with patients and families, the reports showed that despite the suffering and losses existing, the users express gratitude and respect. But, this could range as the time of the incident, may be expression of user dissatisfaction. In the contacts with other professionals in network, in most cases, there are conflicts principally due to the definition of the attributions of the different services. The nurse performs administrative and assistance activities. The peculiarities of APH and challenges reflected a stressful job and, at the same time, pleasurable by the recognition by the nature of work in urgencies that is done under pressure, climate variability and physical risks, chemical, biological and psychosocial factors such as violence in risky areas in addition, to being subject to pedestrians and traffic accidents. Among the challenges was found the necessity of know how to deal with the pain, the suffering and the death with readiness, quick thinking and assertive decision making, especially in the face of unpleasant images in scenes of care, and also find strategies to work in scenarios of urban violence in which are at risk their lives.

Key-words: Emergency Medical Services. Emergency Nursing. Prehospital care, Professional Practic. Interpersonal Relations.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APH** – Atendimento Pré-hospitalar
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CEPE** – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
- CRAPS** – Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DEA** – Desfibrilador elétrico automático
- DIP** – Doença infecto parasitária
- EEUFMG** – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
- ENA** – Enfermagem Aplicada
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- EUA** – Estados Unidos da América
- H-MICU** – Hospital Móvel Intensive Care Units
- NEU** – Núcleo de Educação em Urgência
- NUPAE** – Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RAS** – Rede de Atenção à Saúde
- RUE** – Rede de Atenção às Urgências
- SAMDU** – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAV** – Suporte Avançado de Vida
- SBV** – Suporte Básico de Vida
- SEM** – Serviço de Emergência Médica
- SMUR** – Serviço Móvel de Urgência e Reanimação
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TARM** – Técnico auxiliar da regulação médica
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais
- UMH** – Unidades Móveis Hospitalares

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CONTEXTUALIZANDO A DINÂMICA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALR E O TRABALHO DO ENFERMEIRO	19
3. METODOLOGIA.....	39
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE	86
ANEXOS	89

1.INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui um ponto móvel da Rede de Atenção às Urgências (RUE). Tem por finalidade atender a população fora do ambiente hospitalar ou em outras instituições de saúde em situações de injúria à saúde com potencial risco de morte (BRASIL, 2002a). O governo brasileiro, para atender o aumento da procura por serviços de saúde, fez grandes investimentos na implementação da Política de Atenção às Urgências nos diversos níveis, incluindo a criação do SAMU, tendo em vistas das mudanças econômicas, políticas e sociais que produzem transformações na saúde da população. Tais mudanças são representadas principalmente pelo aumento dos acidentes de trânsito e da violência urbana, que significaram crescimento da demanda por serviços de urgência e emergência. Neste contexto, procura-se atender com qualidade e resolutividade às necessidades da população de forma que se faça cumprir o dever do Estado de garantir a atenção à saúde da população.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi modificado, a partir da inserção de políticas para melhor atender os usuários (BASTOS, 2011). Dentre essas novas formulações do Sistema encontra-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que, mais tarde, transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em todo o País o desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e a da Política de Atenção às Urgências, dentre outras ações.

O escopo dessa mudança contemplou todos os serviços de saúde na formação da Rede Assistencial de Urgência, composta por: Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atenção Primária à Saúde (APS), Programa Saúde da Família e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergência; Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, prestado pelo SAMU; e Atendimento Hospitalar, composto pelas Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergência (BRASIL, 2002a). Diante da relevância pública para o estabelecimento de normas para a organização da atenção às urgências por serviços públicos e privados e a regulação destes serviços, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, para ser implantada em todo o País (BRASIL, 2003a).

Com o passar dos anos, a ideia de estruturar o atendimento às urgências e emergências no País foi se estruturando, em presença do alto custo sócioeconômico e do sofrimento das pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências, sequelas por atendimento demorado e doenças cardiovasculares, além da necessidade de intervir de forma mais sistematizada e efetiva nessas doenças e agravos. Foi decisiva a compreensão da

necessidade de organizar uma rede de serviços que atendesse a estes principais problemas de urgência e emergência que acometiam a população brasileira, que geravam sequelas e mortes desnecessárias. Em 2011, deu-se a criação da RUE, com a proposta de ampliar o acesso e o acolhimento do paciente agudo com classificação de risco e de regionalizar o atendimento de urgência, atenção multiprofissional por meio de práticas clínicas. Com a instituição da RUE, ocorreu a ampliação da proposta de organização da atenção às urgências e emergência no País, a partir da revogação da Portaria 1.863, de 2003, e da entrada em vigor da Portaria 1.600, de 2011, que dispunha sobre as diretrizes da constituição da Rede de Urgência no País, descrevendo sobre o papel dos seus componentes e a operacionalização desta rede (BRASIL, 2011a). Hoje, a população dispõe de diversos serviços de saúde para atendimento a suas necessidades de urgência e emergência, sejam elas de origem clínica ou de trauma, e os profissionais de saúde estão inseridos nessa multiplicidade de campos de trabalho, seja na atenção básica, nas UPA, no SAMU e em outros serviços, que devem funcionar de forma integrada.

O SUS propõe fluxos de atendimento nos quais a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema de Saúde (BRASIL, 2006a), principalmente no que tange à promoção, à prevenção e ao controle de saúde. Porém, os serviços de urgência mais complexos, constituídos por hospitais de pronto socorro e o SAMU, que funcionam 24 horas, tornam-se importantes “portas de entrada” (BRASIL, 2002a p. 55) dos usuários no Sistema de Saúde, além das Unidades de Pronto Atendimento. Em razão disso, estes pontos da rede de saúde ficam sobrecarregados com a demanda de usuários em múltiplas situações clínicas e traumáticas, sejam estas crônicas ou agudas.

De acordo com o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, são portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) os serviços: “de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto” (BRASIL, 2011b). Ou seja, todo serviço de saúde constitui-se como porta de entrada para o usuário. O SAMU ainda possui outro diferencial diante deste serviço, tendo em vista que sua equipe é que se desloca até o usuário para o atendimento, invertendo a forma de busca e acesso aos serviços fixos, além de ser acionado gratuitamente pela população via ligação telefônica. Constitui, assim, uma importante porta de entrada no SUS.

Os serviços de urgência e emergência já são considerados como constituidores de uma área de atenção à saúde diferenciada por terem que lidar a todo o momento com situações inesperadas, sem rotina, na qual o atendimento deve ser realizado com agilidade e

eficiência, devido à linha tênue entre a vida e a morte da vítima. O SAMU, neste contexto, possui uma dinâmica particular de atendimento, que se revela em minudências do cotidiano de trabalho, principalmente por ser um elo móvel da rede de serviços de saúde, que presta atendimento direto ao usuário, quando solicitado por ele ou indireto, quando solicitado por outros serviços de saúde.

Na realidade, o SUS tem o desafio de atender a uma população com grande variedade de agravos inseridos no conceito de saúde, tendo em vista que a saúde não está associada somente à ausência de doença. Reestruturar o atendimento às urgências e emergências significa criar fluxos que possibilitem a articulação dos serviços de saúde primário, secundário e terciário. Segundo Mendes, a implantação das RAS permite aos serviços responderem às necessidades da população “com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade” (MENDES, 2011 p. 18), porque as redes baseiam-se nesta ideia de interação entre os diversos serviços de saúde.

A organização da rede de urgência no Brasil significou a necessidade de aperfeiçoar o atendimento de urgência e emergência no País, a partir da implantação de serviços, da adequação de áreas físicas, da capacitação de recursos humanos e da edição de normas. Essas mudanças não expressaram apenas a abertura de novos serviços de saúde para atendimento à população e tampouco a exigência para os gestores de habilitação e cadastramento de unidades de urgência e emergência. Significaram também o acréscimo de um campo de trabalho diferenciado para a enfermagem.

A enfermeira se inseriu no atendimento pré-hospitalar no Brasil na década de 1980 nos serviços pioneiros do Corpo de Bombeiros e do Resgate, criados inicialmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente (PLOTJOWSKI *et al.*, 1998; TACAHASHI, 1991). Com o passar dos anos, foram surgindo serviços de atendimento pré-hospitalar em todo o Brasil, de origem pública e privada, estruturados com base nos princípios do modelo francês, no qual as viaturas de suporte avançado contavam, obrigatoriamente, com um médico. No Brasil, desde o início, as viaturas contavam também com um enfermeiro. O serviço francês revelou a importância da existência da Central de Regulação Médica como coordenadora das equipes.

Na estruturação do serviço, desde o início, já eram considerados importantes os investimentos na capacitação dos profissionais. Vários cursos foram ministrados, buscando preparar a equipe para o atendimento de urgência nos campos do Suporte Básico de Vida (SBV) e do Suporte Avançado de Vida (SAV), sendo o último de responsabilidade privativa

do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem, por contemplar manobras invasivas de maior complexidade.

Apesar de sua existência há vários anos, percebe-se que a temática “Urgência” ainda é abordada de forma insuficiente nos cursos de graduação e só mais recentemente vem sendo focalizada em algumas especializações médica e de enfermagem, ficando nítida a insuficiência de conteúdos curriculares para a qualificação de profissionais de urgência no nível de graduação. Em 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.048, estabeleceu para os gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgência (NEU) (BRASIL, 2002a). O objetivo era construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos mediante a promoção de programas de educação continuada na forma de treinamento em serviço fundamentado no modelo pedagógico de problematização de situações (BRASIL, 2002a).

Atualmente, o enfermeiro do serviço pré-hospitalar está em vários “setores” do SAMU. Entre estes, o assistencial, prestado nas Unidades de Suporte Avançado (USA), juntamente com o médico e motorista socorrista, o de serviços administrativos e operacionais, como a gestão do quantitativo de equipamentos das ambulâncias, a elaboração de escalas, a coordenação à distância da equipe de enfermagem das Unidades de Suporte Básico (USB) e as atividades de educação continuada.

Entre os requisitos, competências e atribuições exigidas do enfermeiro para o trabalho em urgência pré-hospitalar citam-se disposição pessoal, equilíbrio emocional e autocontrole, experiência profissional prévia em serviço de urgência, condicionamento físico, capacidade de trabalhar em equipe, conhecimento científico para prestar assistência a pacientes graves e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2002a). Este profissional atua em ambientes diversos, lidando com situações inusitadas que podem colocar sua vida em risco e necessita realizar atividades com destreza e efetividade em um pequeno período de tempo compreendido entre o caminho até a vítima, estabilização dela e transporte para um ponto fixa da RAS.

As particularidades do cotidiano de trabalho se revelam no atendimento a problemas de saúde e a questões sociais, bem como em sua relação com o território urbano, em suas diferentes manifestações, tais como atendimento em ruas e rodovias movimentadas, aglomerados e locais de violência. Os profissionais, neste contexto, estão sujeitos a intempéries climáticas e questões territoriais e sociais, defrontando-se permanentemente com

o inesperado e o desconhecido. Dessa forma, o trabalho do enfermeiro do SAMU é dinâmico^{*}, não tem rotina e é permeado pelo inesperado na realização de procedimentos de enfermagem e na gestão da assistência, tornando-se peça fundamental da equipe do pré-hospitalar. Acrescenta-se o fato de que em seu cotidiano de trabalho os enfermeiros são solicitados para atender problemas de saúde, sejam estes médicos ou sociais, em diferentes contextos. Trata-se de um serviço que, pelo seu movimento constante, atrai profissionais que se identificam com a área de urgência e emergência. Concomitantemente, não incorpora aqueles que não conseguem se adaptar às características singulares do serviço, ao mesmo tempo em que exige alta qualificação e competência técnica, social e controle emocional para lidar com as necessidades de saúde da população e com os profissionais da sua equipe e das outras equipes da RAS. Os profissionais possuem pouco esclarecimento quanto à influência dos fatores que permeiam seus cotidianos de trabalho. Trata-se de condições e situações de trabalho consideradas como o que difere o SAMU em relação a outros serviços de urgência e emergência. Estas diferenças devem ser exploradas, diante de sua importância para a gestão de pessoas e a estruturação do serviço.

Este estudo se justifica pela pluralidade existente no trabalho do enfermeiro do SAMU, pela crescente demanda de usuários direcionada para o serviço, o que impacta diretamente o aumento da necessidade de enfermeiros que sejam capacitados, em sentido amplo, para atender às demandas, comprometidos, que se identifiquem com o trabalho e que estejam dispostos a integrar as equipes de atendimento pré-hospitalar. E, ainda, por ser um profissional indispensável à equipe, falta clareza acerca das atribuições do enfermeiro (AVELAR e PAIVA, 2010). Assim, tornam-se relevantes estudos que focalizem as especificidades do trabalho do enfermeiro no cotidiano de um serviço em permanente expansão, permeado de estresse por motivos diversos e que exige capacitação para lidar com situações, nas quais há pressão permanente da coordenação e da população e com a exposição e controle dos usuários.

Torna-se importante ressaltar que a realização de pesquisas qualitativas com profissionais e usuários do SAMU e de outros pontos da RAS, como Unidade Básica de Saúde (UBS) e UPA permitiu evidenciar uma temática variada na fala dos entrevistados sobre

^{*} Dinâmico: que é cheio de energia, de iniciativa, de atividades; que considera os fenômenos em sua evolução com o tempo. Dicionário Larrouse Cultural da Língua Portuguesa (1999, p. 325).

a prática cotidiana do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência da população¹ (ALVES, 2008). Considerando a atual situação de saúde do Brasil e de atividades realizadas como bolsista de iniciação científica, emergiu a pergunta de pesquisa: Qual é a percepção dos enfermeiros do SAMU sobre as particularidades cotidianas de seu trabalho em atendimentos de urgência e emergência pré-hospitalar?

Abordam-se aqui as particularidades sobre o que se entende por questões específicas, particulares, individuais ou coletivas da prática do enfermeiro do SAMU, na medida em que estas são apresentadas pelos enfermeiros como detalhes e desafios do trabalho pré-hospitalar. Assim, conhecer a percepção dos profissionais pode contribuir com seu processo de trabalho assistencial e administrativo baseado na gestão do cuidado, no sentido de aproximar trabalho e vida. A relevância deste estudo está na possibilidade de contribuir com os profissionais de enfermagem para a reformulação da forma de trabalhar por meio da reflexão de suas práticas e relações com as vítimas, familiares, solicitantes de socorro e outros profissionais de saúde.

Neste estudo, parte-se do pressuposto de que, apesar das definições legais sobre o trabalho do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar (trabalho prescrito), há uma variedade de ações/atividades realizadas (trabalho real), que constituem as práticas profissionais do enfermeiro no pré-hospitalar. Este estudo tem por objetivo geral analisar situações particulares que envolvem o cotidiano de trabalho do enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a partir de suas vivências relatadas. Os objetivos específicos constituem: identificar como é a atuação do enfermeiro do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência a partir da identificação de suas atividades; conhecer como constituem suas relações de trabalho na Rede de Urgência com profissionais e usuários; identificar em quais contextos físicos e sociais o enfermeiro exerce seu trabalho no SAMU e as influências destes cenários sobre o profissional.

¹ ALVES, M. "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Representações Sociais de Usuários e Profissionais. Projeto de pesquisa. 2008.

***2. CONTEXTUALIZANDO A DINÂMICA DO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALR E O
TRABALHO DO ENFERMEIRO***

2.1 Considerações preliminares

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, pautado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Segundo Mendes (2006), o SUS não se iniciou em 1988 e também não possui uma data para seu término. Trata-se de um movimento social munido de dimensões política, ideológica e tecnológica. Nesta realidade e diante das discussões que já vinham sendo feitas sobre o conceito de saúde desde a Reforma Sanitária, as ideias de como o Estado iria prover saúde à população ficaram cada vez mais fortes.

Esse movimento culminou, em 1990, com a Lei 8.080, que instituiu como dever do Estado garantir políticas econômicas e sociais com foco na redução de doenças, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para a população (BRASIL, 1990). O governo, com o passar dos anos, formulou novas leis para alcançar tais objetivos propostos com a criação do SUS, a partir da realidade de saúde da população brasileira, criando portarias, decretos, programas, manuais e novas políticas de saúde, determinando o financiamento e a estrutura de viabilidade técnica para a produção social de saúde.

No século XX, a estrutura populacional do Brasil sofreu intensas modificações, como a queda da taxa de natalidade mais acentuada que a taxa de mortalidade, o que resultou no envelhecimento da população, paralelamente ao aumento da expectativa de vida. Assim, ocorreu o envelhecimento da população, com aumento significativo do número de indivíduos acima de 60 anos (CARMO, BARRETO e SILVA JÚNIOR, 2003).

O quadro epidemiológico do Brasil e do mundo mudou substancialmente nas últimas décadas com o crescimento da urbanização, o desenvolvimento tecnológico e a mudança em hábitos de vida das pessoas como alimentação, trabalho e lazer. Há que se ressaltar a correlação direta dessas mudanças no Brasil com o declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e o aumento da prevalência das doenças crônicas (MENDES, 2011; BRASIL, 2002b). Ainda de acordo com Cesse (2007), o aumento da longevidade possibilita elevar a expressão de enfermidades crônicas, que, geralmente, manifestam-se em idades mais avançadas.

Em 1980, no Brasil, as doenças cardiovasculares já constituíam a maior causa de morte da população, tendência que permanece até os dias atuais (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011c). É importante ressaltar que ocorreram mudanças significativas no *ranking* de mortalidade por grupo de causa. Na década de 1980, em primeiro lugar, estavam as doenças

cardiovasculares, seguindo-se por causas mal definidas, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. No ano de 2000, as neoplasias constituíam a terceira causa de morte, seguida pelas causas externas, doenças respiratórias e endócrinas. A primeira e a segunda causa mantiveram-se como em 1980 (BRASIL, 2004a).

Atualmente, de acordo com os dados anuais do DATASUS de 2010, as causas de morte no Brasil compreendiam, em ordem decrescente: doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas (BRASIL, 2011c). As doenças cardiovasculares são responsáveis “por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos” (MANSUR e FAVARATO, 2012, p. 756.). Em relação às causas externas, o Brasil passou de 59,0 mortes por acidentes e violências por 100 mil habitantes na década de 1980 para 72,5 em 2002 (SOUZA e LIMA, 2007). Apesar das variações, as doenças cardiovasculares e as causas externas permanecem determinando o maior número de morte no País.

A análise da situação de mortalidade da população possibilita identificar a necessidade de criação de políticas de saúde para combater estes grupos de doenças que ameaçam mais fortemente a vida. Porém, o desafio de eliminar as doenças infecciosas e parasitárias permanece. A queda significativa do número de morte pelas DIP criou uma falsa expectativa de sua extinção. Porém, emergiram novas doenças, como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e dengue, endemias importantes, como tuberculose (CARMO, BARRETO e SILVA JÚNIOR, 2003), além dos surtos e possíveis epidemias de novas formas gripais. Dessa forma, a permanência das doenças cardiovasculares no topo do *ranking* de mortalidade por grupo de causa não elimina a importância que precisa ser dada ao restante da cadeia.

Somado a essas mudanças, houve o crescimento da violência urbana e o aumento do número de acidentes de trânsito. No Brasil, o número de mortos no trânsito aumentou seis vezes entre 1961 e 2000 e o de feridos foi multiplicado por 15 (PAVARINO FILHO, 2009). Assim, as demandas de saúde dos brasileiros expressam-se em questões tanto clínicas, como traumáticas e sociais. De acordo com Campos (1992), a demanda de cada pessoa envolve subjetividade, individualidade, sua relação com doença, dor e sofrimento, o que o faz buscar por atenção. Porém, este panorama da situação de morbimortalidade do País demonstra claramente uma variedade de fatores palpáveis como causadores de sofrimento. Trata-se não somente da situação fisiológica do indivíduo, mas também da posição na qual este se encontra em seu contexto social de vida e trabalho.

Os usuários do SUS apresentam suas demandas em todos os pontos da rede de atenção à saúde, munidos de sentimentos, ideias, queixas, sinais e sintomas. Múltiplas razões, suposições e conceitos, entre uma gama de fatores, os fazem procurar por atendimento à saúde. Essas razões podem envolver a busca por respostas a questões socioeconômicas, más condições de vida, violência, solidão, necessidade de vínculo com um serviço/profissional ou, ainda, acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida (CECÍLIO, 2001).

É possível dizer que os fatores que levam a população a buscar algum serviço de saúde se constituem como determinantes iniciais da procura por atendimento em saúde. A escolha do serviço de saúde ao qual se encaminhará depende da gravidade ou da urgência do problema/necessidade e da tecnologia disponível (MARQUES, 2007), de fatores socioeconômicos e demográficos e do julgamento pessoal sobre seu estado de saúde. Ainda, é possível citar: condição de acesso, existência de serviços disponíveis, maneira como é prestado o serviço com agilidade e resolutividade e a experiência vivida pelos profissionais e usuários (DALL'AGNOL, LIMA e RAMOS, 2009), fatores que reforçam a existência de vínculo entre os sujeitos.

Segundo Donabedian (1973), que utiliza, em vez de *acesso*, o termo *acessibilidade*, este é formado pelos atributos sócio-organizacional e geográfico. O primeiro é constituído pela condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que influencia significativamente o acesso à saúde. O segundo está relacionado à oferta de serviço, de modo que atenda à necessidade da população em determinado tempo e espaço. Assim, é possível afirmar que o acesso das pessoas aos serviços de saúde também envolve a inserção destas na estrutura sociopolítica existente, aspectos culturais e hábitos de vida. Trata-se de trabalhar com o indivíduo que procura o serviço de saúde, trazendo várias necessidades a uma equipe, que deve estar preparada para atender da melhor forma possível (CECÍLIO, 2001).

Neste contexto, torna-se importante ressaltar que a universalidade de acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão, conferido pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), dentre vários outros direitos, como integralidade da assistência, preservação da autonomia e equidade da assistência. O SUS fez com que o acesso à saúde passasse a ser entendido como inerente a qualquer pessoa no exercício de sua cidadania (SANTOS, 2004). A “possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário” (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVA, 2006, p. 976) é atualmente um direito universal do cidadão que deve ser proporcionado pelo Estado. Ao se discutir tal realidade, “deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira” (MENDES, 2010, p. 2.298).

A disponibilidade do serviço, a aceitabilidade, a capacidade de pagamento e a informação compreendem as dimensões do acesso (MCINTYRE e MOONEY, 2007). Pensando nesta ótica, o governo deve trabalhar as dimensões das necessidades dos sujeitos para garantir o acesso aos cidadãos. Fazer isso é disponibilizar serviços estrategicamente distribuídos, com horário de funcionamento, equipe de saúde capacitada e estrutura física e tecnológica funcionantes.

Trata-se de trabalhar nas muitas faces do acesso, para atender à busca por atendimento de saúde. Isto porque não é simplesmente criar serviços, traçar fluxos e normas de financiamento, construir hospitais, comprar ambulâncias ou contratar pessoal; é pensar na forma como este serviço é percebido pela população, qual o conhecimento que ela tem sobre o serviço, que se trata da aceitabilidade e da informação (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

A ausência de compreensão da dimensão de acesso pode acabar fazendo com que isso se torne um problema, uma barreira para os usuários. Isso ocorre quando cuidados de saúde eficazes não podem ser oferecidos e quando os indivíduos não podem utilizar os serviços de que necessitam (O'DONNELL, 2007). Há a necessidade contínua de disponibilizar assistência de qualidade para uma demanda crescente e em constante mudança, o que se mostra como exigência permanente para os gestores e para os trabalhadores, porque os usuários escolhem serviços que melhor respondam às suas necessidades (MARQUES, 2010).

Além do acesso, outros fatores que determinam a busca por serviço de saúde são a necessidade e a demanda do usuário. A demanda constitui-se na demonstração do desejo. É a procura, expressa na necessidade do indivíduo, que é influenciada pela disposição geográfica de unidades de saúde mais que pela efetividade do serviço (CAMPOS, G. W. S., 2005). Trata-se do “pedido explícito, tradução de necessidades mais complexas do usuário” (CECÍLIO, 2001, p. 116). Porém, a demanda pode ser influenciada também pela oferta do serviço de saúde e constitui-se em determinante para o desenvolvimento de ações como um todo. De forma operacional, a produção de serviços de saúde será organizada com base nas necessidades da população (STOTZ, 1991; CAMPOS, 2004), uma ideia que se fundamenta em necessidade de saúde como conceito operacional para o planejamento, partindo da premissa de que os serviços devem atender às necessidades da população.

A necessidade de saúde é abstrata e envolve questões de trabalho, de moradia, de hábitos de vida, de saúde e econômicas, avaliadas pelo indivíduo. Ou seja, a necessidade de saúde não é representada apenas por questões biológicas, mas também sociais no que tange à

busca por resposta às más condições de vida, como desemprego e violência (CECÍLIO, 2001). Portanto, possui uma dimensão individual, que se trata da autoavaliação do usuário e que determinará sua escolha por atendimento, apesar dos fatores resultantes da relação indivíduo-sociedade. Essa necessidade por atenção médica é percebida como uma alteração da saúde pelo indivíduo (ARREDONDO e MELÉNDEZ, 2003).

Apesar de a população poder escolher onde quer ser atendida, o Sistema de Saúde define fluxos e portas de entrada, que devem ser seguidos pelos usuários. Porém, diante de suas condições de vida e de saúde, ela acaba por escapar destas determinações do SUS, procurando as portas de entrada possíveis ou que lhes parecem mais adequadas. Assim, a escolha dos usuários pelo serviço de saúde a ser procurado se dá de acordo com sua percepção de necessidade naquele momento e se relaciona com a autoavaliação de seu estado de saúde. Pesquisas com usuários revelaram que os motivos que os levam a buscar serviços de urgência e emergência estão diretamente relacionados com condições avaliadas por estes como ameaçadoras de vidas (ALVES *et al.*, 2010; ROCHA, 2005).

Esta autoavaliação do usuário sobre seu estado de saúde envolve sua percepção principalmente de urgência e emergência. A aplicação destes termos na área da saúde, basicamente, compreende urgência como situações com potencial risco de vida e emergência como situações de risco iminente a vida. O Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1995) Resolução 1.451, artigos 1º e 2º, propõem as seguintes definições, ancoradas no conhecimento profissional:

Parágrafo primeiro – Define-se por **urgência** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo segundo – Define-se por **emergência** a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A constatação dessas condições pelos usuários está diretamente relacionada à sua experiência como leigo na situação vivenciada, que, às vezes, desconhece a base destes conceitos. Para eles, a urgência pode estar associada a uma ruptura da ordem do curso da vida e a uma ansiedade de não poder esperar pelo atendimento diante da situação vivenciada (BRASIL, 2006b). Ao longo dos últimos anos, os gestores precisaram definir prioridades para a provisão de infraestrutura que possibilitem um atendimento adequado à população (BASTOS, 2011). Neste sentido, o foco foi desenvolver as Políticas de Atenção às Urgências

no Brasil, com investimento em Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Socorro e no SAMU.

2.2 A história do Atendimento Pré-Hospitalar no mundo e no Brasil

O atendimento pré-hospitalar constitui uma prática de atenção à saúde realizada fora do âmbito hospitalar, que possibilita resposta imediata à demanda do sujeito. Os primeiros registros sobre tal prática de atendimento remontam ao Novo Testamento, na parábola do bom samaritano, quando um homem ferido é socorrido pelo samaritano, que, antes de colocar a vítima em seu cavalo e levá-la à estalagem mais próxima onde seria tratado, tratou inicialmente suas feridas com azeite e vinho (Lc 10; 25-37).

Na Idade Média, por volta de 900 d.C., os Anglo-saxões usavam carruagens para o transporte de feridos. No ano de 1100 d.C., os normandos utilizavam liteiras, um tipo de cadeira portátil conduzida por homens ou animais destinada ao transporte de doentes. Em 1300 d.C., os ingleses usavam pesadas carruagens para tal prática (MARTINS, 2009). A ideia foi disseminada, e cada povo, com base em sua cultura, foi desenvolvendo, com o passar dos anos, um meio de transporte para atender suas vítimas em situações pré-hospitalares.

Um grande marco para a história mundial ocorreu na era napoleônica, na Prússia, no final do século XVIII, quando o barão Dominique-Jean Larrey desenvolveu um sistema de cuidados médicos para o exército francês (MARTINS, 2004; CAMPOS, R. M., 2005). A ideia, a princípio, era prestar cuidados aos feridos nos campos de guerra, com enfoque no transporte deles para os “hospitais de campanha”, onde seus ferimentos seriam tratados, para voltarem ao combate.

Jean Larrey criou a primeira ambulância, uma carroça puxada por cavalos, para transporte dos feridos. Além disso, desenvolveu os princípios do atendimento pré-hospital utilizados atualmente: 1º) rápido acesso ao paciente por profissional treinado; 2º) tratamento e estabilização no campo de batalha; 3º) rápido transporte aos hospitais de campanha apropriados; e 4º) cuidados médicos durante o transporte (MARTINS, 2004). No século XIX, essa primeira iniciativa de atendimento a soldados no campo de guerra continuou sendo discutida, levando à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863 (RAMOS e SANNA, 2005).

Com o passar dos anos, o atendimento pré-hospitalar foi sendo aperfeiçoado, principalmente, diante da “violência no trânsito e a interpessoal, causadoras de prejuízos à humanidade tanto quanto as próprias guerras” (MARTINS, 2004, p. 60). Diante do

desenvolvimento dessa modalidade de atenção, viu-se a necessidade de capacitar a equipe e de ter um médico na cena, o que aumentaria a chance de sobrevivência da vítima (CAMPOS, R. M., 2005).

Foi neste cenário que se desenvolveu o modelo francês de atendimento pré-hospitalar, que tem como pilar o médico presente no atendimento e possui a regulação médica como coordenadora da rede de comunicação (FERNANDES 2004; LOPES e FERNANDES, 1999). Os franceses, já detentores de certa clareza quanto à importância da regulação médica e diante da diversidade de atendimentos a casos de violência, acidentes em estradas e transporte inter-hospitalar, caminharam para a organização deste serviço, difundido e adaptado para outras realidades.

Em 1955, foi criada a primeira equipe de reanimação móvel francesa (SAMU PARIS, 2011). No ano seguinte, foi criado oficialmente o Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR) francês com Unidades Móveis Hospitalares (UMH), denominadas Hospital Mobile Intensive Care Units (H-MICU). Três anos depois, nasceu o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências francês (SAMU), cuja finalidade era coordenar as atividades dos SMUR a partir de um centro de regulação médica (FERNANDES, 2004; LOPES e FERNANDES, 1999; MARTINS, 2004).

O SAMU francês trabalha por meio de atendimento médico às chamadas realizadas para o número 15, sendo dada uma resposta o mais rápida possível, de acordo com a origem da chamada, todas submetidas à análise do médico. Sua equipe é composta por médicos anesthesiologistas, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras e emergencistas, entre outros, além de possuir técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância (SAMU PARIS, 2011). Funciona como uma extensão dos serviços hospitalares nos atendimentos de urgência e de terapia intensiva.

Durante a Guerra Franco-Prussiana, foram feitas as primeiras remoções aeromédicas, por meio de balões de ar quente (THOMAZ, 1999; GENTIL, 1997). A utilização de aviões para a remoção de feridos ocorreu na I Guerra Mundial (1914-1918) (SANTOS, 1999) e na II Guerra Mundial. Em 1950, durante a guerra da Coreia e a do Vietnã (1955-1975), os helicópteros constituíam o meio de transporte aéreo dos feridos das frentes de batalha até as salas de cirurgia (MARTINS, 2009).

A demanda e os desafios impostos nos períodos de guerra exigiram a criação e o desenvolvimento não só dos serviços de saúde e de seus meios de transporte, mas também de

suas equipes, realidade identificada quando se via que não só o cuidado imediato e o transporte aumentavam o tempo de vida dos feridos, mas também a capacitação da equipe (CAMPOS, R. M., 2005; MARTINS, 2009; THOMAZ, 1999; ROCHA, 2003). Isso contribuiu para fortalecer a ideia de capacitação das equipes de saúde para o atendimento pré-hospitalar, atualmente utilizado na proposta da política de atenção às urgências no Brasil.

Ainda no contexto da Guerra do Vietnã, criou-se nos Estados Unidos da América (EUA) o Serviço de Emergência Médica (SEM) para o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel (ARAUJO, 2010; MARTINS, 2004). A sociedade norte-americana viu no atendimento a politraumatizados realizados por paramédicos, técnicos não médicos, a possibilidade de formar uma equipe de atenção às urgências com base em outra ideia que não a francesa. O surgimento dos primeiros paramédicos nos EUA deu-se também a partir da impossibilidade de ter médicos em todas as frentes de atendimento de urgência, quando se utilizou pela primeira vez a ambulância motorizada, em 1899 (MARTINS 2004 apud VIRGINIA 2003).

Pode-se dizer, então que os EUA e a França foram as duas grandes escolas para o desenvolvimento do APH móvel no mundo, tendo criado dois modelos diferentes, um pautado no médico presente na cena, modelo francês, e o outro na realização do atendimento inicial por paramédicos, Modelo Americano. Com suas configurações diferenciadas e todo o conhecimento adquirido e desenvolvido com o passar dos anos, ambos influenciaram o surgimento de serviços de APH móvel em todo o mundo.

Historicamente, o atendimento pré-hospitalar no Brasil surgiu a partir de 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa, e junto com ela, as carruagens (CAMPOS, R. M., 2005). Esta ideia de atender a vítima no local do ocorrido é tão antiga no Brasil como na França e nos EUA. De acordo com Martins e Prado (2003), o APH em nosso país desenvolveu-se com uma estrutura de serviço de saúde inicialmente em várias cidades, com características próprias, sob a influência do modelo francês e do modelo americano.

Dentre os serviços criados, podem-se destacar o Corpo de Bombeiros e o Resgate, ambos influenciados fortemente pelo modelo americano (MARTINS e PRADO, 2003; RAMOS e SANNA, 2005). Em 1893, o Senado da República aprovou a lei intitulada “O socorro médico de urgência em via pública”, que pretendia estabelecer socorro médico de urgência nas vias públicas na cidade do Rio de Janeiro. Alguns anos depois da aprovação da lei que determinava o socorro médico em via pública, o Corpo de Bombeiros na então Capital do País, Rio de Janeiro, utilizava as primeiras ambulâncias (de tração animal), fato que data de 1899 (ROCHA, 2009). Segunda Paiva (2007), em 1901, na tentativa de colocar a referida

lei em prática, o prefeito do Rio de Janeiro tentou implantar o Serviço de Urgência Urbano. Porém, devido à deflagração da Primeira Guerra Mundial, toda a produção europeia de carros deste período foi destinada ao conflito, não sendo possível atender à demanda do Brasil. No contexto de falta de recursos, este tipo de atendimento só foi realizado como previsto em 1893 em 1904, com chegada de ambulâncias da Europa.

No estado de São Paulo, em 1893, com a promulgação do Decreto 395, de 7 de outubro, estabeleceu-se como responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Em 1910, com o Decreto 1.392, tornou-se obrigatória a presença de médicos em acidentes e incêndios (AZEVEDO, 2002). Nesse momento, houve o predomínio do modelo francês de estruturação do APH, no qual o foco central é a presença do médico na cena, havendo a existência de uma regulação do sistema, executada pelo mesmo profissional.

Essas atividades iniciais de estruturação do APH no Brasil desenvolveram-se de forma diversificada, com predomínio nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1950, foi implantado em São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), por meio do Decreto 6.229, vinculado ao Ministério do Trabalho. Este serviço atendia aos casos de urgência da cidade, realizando o transporte de vítimas e acidentados aos hospitais públicos e conveniados (BRASIL, 1999). O SAMDU não tinha vinculação com o Corpo de Bombeiros ou qualquer outra instituição militar. A necessidade de estruturar a gestão dos serviços de APH que foram surgindo culminou, em 1975, com a Lei 6.229 (BRASIL, 1975), que transferiu toda a responsabilidade do processo de trabalho voltado ao atendimento às urgências para os municípios.

O estado de São Paulo, ainda na década de 1980, possuía um serviço para atendimento às urgências e emergência acionado pelo número 192. Porém, este serviço era considerado ineficaz, devido à insuficiência de sua frota (RAMOS e SANNA, 2005). Segundo Paiva (2007), no decorrer das décadas de 1980 e 1990, surgiram vários serviços de atendimento pré-hospitalar pelo Brasil em cidades como Curitiba, Porto Alegre, Araraquara, Campinas, Ribeirão Preto, São Paulo e Vale do Ribeira. Entretanto, estes serviços não tinham um modo padronizado de funcionamento.

Diante da necessidade de estabelecer fluxos e formas de trabalho das equipes com a inserção do atendimento pré-hospitalar no âmbito dos serviços de saúde, as autoridades sanitárias e os grupos de trabalhadores começaram a se reunir, a princípio, informalmente, para discutir a temática. Em 1981, este debate ocorreu no município de São Paulo, envolvendo representantes do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, da Secretaria de

Higiene e Saúde do município, do Hospital Heliópolis e da Santa Casa de Misericórdia, onde foi apresentada pela primeira vez uma proposta de territorialização e integração dos serviços, com a elaboração de normas e de ficha padrão.

Essas discussões deram origem aos grupos e comissões que viriam a contribuir para o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar e para a instituição de normas e decretos. De acordo com Ferreira (1999), houve em São Paulo a oficialização do grupo, em 1983, denominado “Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo” (CRAPS). No estado do Rio de Janeiro, em 1986, instituiu-se o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria de Estado e da Defesa Civil, formado por 19 ambulâncias de terapia intensiva e uma equipe de médicos e enfermeiros, além de motorista (RAMOS e SANNA, 2005).

Todo esse desenvolvimento inicial, basicamente, realizado pelo Corpo de Bombeiros e pelo Resgate, expandiu ao atingir grupos de profissionais de Pronto Socorro, culminou com a estruturação do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Em São Paulo, no início dos anos de 1990, foi implantado o Sistema de APH na Corporação dos Bombeiros do Estado de São Paulo, formado por equipe treinada em suporte básico e suporte avançado à vida (RAMOS e SANNA, 2005).

Segundo Lopes e Fernandes (1999), o SAMU teve início no Brasil a partir de um acordo assinado entre Brasil e França, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde, que optou pelo modelo francês, no qual as viaturas de suporte avançado constam obrigatoriamente a presença do médico. Apesar desta escolha, o SAMU brasileiro não deixou de lado a influência norte-americana, principalmente na formação dos profissionais e na utilização de protocolos de atendimento. Assim, o serviço se constitui a partir de um ideário francês, porém com influência norte-americana e adaptações necessárias para a nossa realidade (RAMOS e SANNA, 2005). Portanto, o SAMU brasileiro é um modelo híbrido, constituído a partir das experiências francesa e americana, nas quais vários profissionais buscaram treinamento e fizeram as adaptações necessárias ao funcionamento no País.

No Brasil, as urgências e emergências passaram a compreender uma das áreas mais problemáticas para o SUS. Em 2002, teve início a política de reestruturação do atendimento às urgências, pela Portaria 2.048, de 5 de novembro (BRASIL, 2002a), que estabeleceu os princípios e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Seguiu em expansão, sendo que em 2003, pela Portarias 1.863, de 29 de setembro de 2003, instituiu-se a Política Nacional de Atenção a Urgência (BRASIL, 2003a). Ainda em 2003, pela Portaria

1.864, criou-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) como serviço pré-hospitalar móvel, ponto importante da rede de atenção às urgências que realiza o deslocamento para o atendimento do usuário (BRASIL, 2003b). A criação deste serviço deu-se a partir da necessidade de reestruturar os Sistemas de Urgência/Emergência, devido às “mudanças no perfil de morbimortalidade da população, com aumento do número de mortes por causas externas como acidentes de trânsito e aumento da violência urbana” (BRASIL, 2006c, p. 49). Como se trata de um processo em crescente desenvolvimento, vive-se atualmente mais uma etapa de estruturação da urgência e emergência no País, a partir da constituição da Rede de Atenção às Urgências (RUE).

A área de urgência passa a ser reconhecida como importante componente do sistema de saúde a partir da necessidade e da relevância de articular os serviços fixos e móveis de atenção às urgências no Brasil. Os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências envolveram o atendimento pré-hospitalar móvel, o atendimento pré-hospitalar fixo, o atendimento hospitalar e o transporte inter-hospitalar (BRASIL, 2002a).

A estruturação da rede de urgência e emergência envolve a rede pré-hospitalar fixa, composta por Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU), Resgate, ambulâncias do setor privado e a rede hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2002a). Porém, com a Portaria 1.699, de julho de 2011, que implementou a RUE com o objetivo de articular e integrar todos os serviços para ampliar e qualificar o acesso integral dos usuários em situação de urgência e emergência, deu-se a ampliação destes componentes, com a inserção da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a). Com isso, o Ministério da Saúde esclareceu que todos os serviços de saúde devem atender casos de urgência e emergência e reconheceu a necessidade de promover estruturação física, material e de recursos humanos para colocar em prática esta atenção à saúde.

O atendimento de urgência pré-hospitalar no município de Belo Horizonte está em funcionamento desde novembro de 2003. Atende às chamadas dos usuários 24 horas. A partir da avaliação do médico regulador, são disponibilizados os seguintes serviços: orientação, conselho médico e empenho de uma ambulância para atendimento do usuário em ambiente pré-hospitalar.

O atendimento é realizado pelas ambulâncias denominadas “Unidade de Suporte Avançado” (USA), pela “Unidade de Suporte Básico” (USB) e, por ambulâncias simples para

transporte de paciente entre unidades de saúde e vans para o transporte de pacientes com dificuldade de locomoção para tratamento dialítico. As duas últimas possuem apenas motorista socorrista e constituem o serviço de transporte sanitário, em que a solicitação de transferência é feita por profissionais de saúde dos pontos fixos de atenção à saúde (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010). A organização material e a disposição de profissionais nestes veículos é determinada pela Portaria 2.048 (BRASIL, 2002a), a qual orienta que a USB seja tripulada por um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Ou seja, possui suporte técnico para o transporte de paciente com risco de vida sem a necessidade de intervenção médica. A USA é tripulada por um médico, um enfermeiro e um condutor-socorrista. Tem equipamentos e materiais necessários para o transporte e o atendimento de pacientes de alto risco.

O atendimento do SAMU sempre ocorre a partir de uma ligação gratuita para o número 192 em todo o País, seja feita por usuários em situações de urgência e emergência ou pelos pontos fixos da rede de atenção à saúde. A ligação é atendida em um primeiro momento pelo técnico auxiliar da regulação médica (TARM), que fará o atendimento inicial, com o registro do nome do solicitante, da localização do chamado, com anotação detalhada do endereço, e de pontos de referência do local, além da identificação de trotes. Em seguida, a ligação é transferida para o médico regulador, que aborda a situação do usuário por meio de um diálogo com o solicitante, o que possibilitará o estabelecimento do diagnóstico sintromico, a partir do qual o médico conduz sua decisão e responde à vítima, ainda de acordo com protocolos próprios e a disponibilidade estrutural do SAMU e da rede local de saúde.

O SAMU é um ponto móvel na rede de atenção que possibilita integração entre os pontos fixos ao realizar atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário. O primeiro consiste no atendimento aos usuários ainda não inseridos no sistema, que solicitam atendimento direto pelo telefone 192. O segundo trata-se de chamada feita por um serviço de saúde no qual o paciente já recebeu o primeiro atendimento para estabilização clínica e necessita de transferência para outro ponto de maior complexidade da rede de saúde (BRASIL, 2002a). Esta prática é denominada “transporte inter-hospitalar”. Pode ser feita por USB, USA e, até mesmo, pela ambulância do transporte sanitário. Este automóvel com menor aparato técnico fica estrategicamente distribuído em Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Assim, o SAMU torna-se um serviço estratégico na atenção integral às

urgências e no levantamento de necessidades urgentes, devido a sua configuração como observatório do SUS (MARQUES, 2010).

A complexidade organizacional do SAMU constitui um desafio para sua compreensão, aliado ao fato de ser um componente relativamente novo no sistema de saúde. Há uma estrutura central, que se refere à organização do serviço, composta por estrutura física, recursos humanos e materiais, dispostos em função da característica do atendimento de urgência, e estruturas móveis descentralizadas, que atendem às demandas dos usuários do município.

A proposta de trabalho em rede, com atendimento de urgência em todos os níveis de complexidade do sistema, vem apresentando dificuldades de operacionalização, como as identificadas por Rocha (2009) na relação do SAMU com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo a autora, há pouca integração entre os profissionais das UBS e do SAMU, considerando que este decide sobre o destino do usuário, direcionando-o para os serviços fixos que deverão fazer o atendimento, o que gera conflitos, como dificuldades de relacionamento entre as equipes de saúde. Araujo (2010) identificou que os profissionais da UPA de Belo Horizonte possuem uma imagem positiva em relação ao SAMU e reconhecem o trabalho deste, apesar de sentirem-se “obrigados” a atender os pacientes que a equipe do serviço móvel encaminha à UPA, independentemente da existência de condições adequadas e da sobrecarga, diante do critério de “vaga zero”, no qual o SAMU tem a prerrogativa de levar o usuário ao serviço sem questionar a existência de vaga.

Assim, é possível perceber que nas equipes de saúde, apesar de serem formadas pelos mesmos profissionais, isto é, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, existe certa incompreensão do trabalho de cada um no sistema de saúde como um todo, considerando o nível de atenção em que estes se encontram. Isso se torna, muitas vezes, uma barreira para alcançar a atenção integral e de qualidade à saúde como preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

O SAMU é solicitado pelo usuário para atender a uma multiplicidade de problemas de saúde. Neste contexto, o enfermeiro do SAMU atende uma variedade de pacientes denominados pelo serviço de “vítimas”, que, na maioria das vezes, são pessoas que sofreram deformidades físicas com repercussões clínicas sistêmicas decorrentes de acidentes, ou seja, decorrente de um trauma, e ainda, pessoas que tiveram seus quadros clínicos desestabilizados.

Pesquisa recente mostrou que, para um número significativo de profissionais, a população utiliza de forma inadequada o serviço, simplesmente como meio de transporte e de maior facilidade de acesso ao sistema de saúde ou para solucionar demandas sociais e de saúde que não constituem urgências e/ou emergências (ALVES *et al.*, 2010). Os serviços de urgência são, muitas vezes, escolhidos pela população como porta de entrada do SUS, devido a suas características de atendimento rápido e equipe profissional completa, inclusive com especialistas em unidades fixas de atenção, realização de exames, prescrição de tratamento imediato e acesso a serviços de maior complexidade, como hospitais, quando necessário.

Na visão dos usuários da UPA, o chamado pelo serviço pré-hospitalar é decorrente de condições ameaçadoras de vida e sinais e sintomas sugestivos de gravidade (ROCHA, 2005). Outras pesquisas demonstram que a dor, o estresse e a ansiedade são fatores que contribuem para desencadear a procura do usuário por serviços de urgência à medida que os sintomas vão ficando mais intensos (FOLDES, FISCHER e KAMINSKY, 1994). Usuários do SAMU relatam que o solicitam em situações de imobilidade, atropelamento, quedas, risco de lesão, impossibilidade de locomoção ou na iminência de morte, como em uma parada cardíaca (ALVES *et al.*, 2010).

Os estudos realizados revelam que, apesar da existência de protocolos que direcionam a decisão dos médicos reguladores, não há como fazer um diagnóstico preciso sobre que problemas de saúde e agravos constituem urgência ou emergência e necessitam da intervenção do SAMU. O limite é tênue e o erro pode significar a diferença entre a vida e a morte. Além disso, há a possibilidade de uma urgência tornar-se emergência, ou vice-versa. Apesar das definições objetivas dos termos *urgência* e *emergência* para os profissionais, várias discussões estão em curso diante da magnitude do trabalho do SAMU. Fica claro que o usuário tem dificuldade de diferenciar o que é urgência ou emergência e quem atende o quê. Para ele, existem a necessidade sentida e a oportunidade de acesso ao sistema de forma mais rápida e eficiente via SAMU, o que se refere à “facilidade” de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que o SAMU possui unidades móveis que deslocam o paciente na RAS.

O acionamento deste serviço pela população está diretamente ligado à sua percepção sobre seu estado de saúde. No entanto, o SAMU possui protocolos próprios para a realização dos atendimentos à população com fluxos preestabelecidos, de orientação, envio de USB ou USA e transferência do paciente para outros pontos da rede de serviços de saúde com base na necessidade dos usuários. Entretanto, existem diferenças importantes entre os julgamentos de urgência/emergência pelos profissionais do SAMU quanto aos serviços de saúde fixos e

usuários, o que resulta em conflitos pela escassez ou inadequação de critérios padronizados e pelas possibilidades de alteração do quadro clínico do usuário em curto espaço de tempo.

Investigações recentes realizadas em Olinda, Porto Alegre e Ribeirão Preto descrevem o atendimento do SAMU nestas cidades. Em Olinda, Cabral e Souza (2008) identificaram no banco de dados do SAMU o predomínio de atendimentos a ocorrências por causas clínicas em relação às causas externas, sendo que no grupo de causas clínicas a maior frequência foi identificada nas doenças do aparelho circulatório. Estudo realizado em Porto Alegre sobre as demandas clínicas atendidas pelo SAMU identificou o predomínio de atendimentos a agravos neurológicos seguidos pelos cardiológicos (MARQUES, 2010). No SAMU de Ribeirão Preto, o motivo da chamada foi predominantemente em casos de trauma, queixas e distúrbios do sistema gastrointestinal, seguindo-se os distúrbios do sistema cardiovascular (FERNANDES, 2004).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2009, sobre mortalidade mundial, em 2004, 29% dos óbitos foram atribuídos a doenças do aparelho circulatório (WHO, 2009). A situação do Brasil reflete o contexto mundial. De acordo com o DATASUS (BRASIL, 2011c), as doenças do aparelho circulatório também constituem a primeira causa de mortalidade, dentre estas as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio. O achado em Olinda reflete o perfil de mortalidade da população mundial e brasileira, em que predomina a causa de doença do aparelho circulatório. Em Belo Horizonte, após três meses de atendimento do SAMU, foram recebidas 107.397 chamadas pela central de regulação. Destas, 10.739 constituíram atendimentos realizados pelas equipes do SAMU. A diferença entre o número de ligações recebidas e o de atendimentos realizados corresponde a trotes e solicitações por motivos que não eram de competência do SAMU (BELO HORIZONTE, 2004). Ou seja, esse dado mostra que desde o início o SAMU vem recebendo uma demanda de serviços que foge a sua missão e propósito.

O trabalho da equipe de saúde no contexto de atendimentos a causas clínicas, com destaque para doenças do aparelho circulatório e agravos neurológicos e atendimento ao trauma, faz com que o dia a dia dos trabalhadores seja dinâmico. O enfermeiro, neste cenário de prática, precisa possuir conhecimento técnico científico sobre a área que lhe possibilite desenvolver habilidades e atitudes no atendimento a urgência e emergência, além de conhecimento quanto ao manuseio das ferramentas disponíveis no serviço, como operar com destreza o desfibrilador elétrico automático (DEA), prancha, maca e bachal.

Ao referirmos a esse profissional, é importante ressaltar sua posição estratégica ocupada hoje nas equipes de saúde e o percurso trilhado para o alcance desta. Ao longo do tempo a enfermagem foi se desenvolvendo como profissão fundada a partir do cuidar, baseada em teorias de saúde e doença. O desenvolvimento da formação da enfermagem com a inserção do ensino superior e mais tarde o universitário, juntamente com investimentos em qualidade de desempenho e continuidade da qualificação permitiram a afirmação da profissão e culminou em 1998 com o reconhecimento desta pelo Estado com a criação da ordem dos enfermeiros para se poder regular nos seus aspetos deontológicos e disciplinares (RIBEIRO, 2011).

No Brasil a enfermagem é composta por três categorias profissionais: o enfermeiro com formação superior, o técnico e o auxiliar de enfermagem com formação de nível médio. Nas últimas décadas houve um aumento exponencial no número destes profissionais, principalmente nos últimos dez anos inúmeros cursos de nível médio em enfermagem foram implantados no Brasil, em razão do PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (FERRIERA JÚNIOR, 2008). Isto resultou na abertura de novos campos de trabalho para os egressos dos cursos de graduação em enfermagem, com a possibilidade de atuarem na área da docência (FERRIERA JÚNIOR, 2008).

De acordo com Ribeiro (2011) o investimento nas ciências de enfermagem já gerou bons frutos que compreendem o reconhecimento que a profissão tem dos enfermeiros licenciados, mestres e doutores, da inclusão do curso de enfermagem no ensino universitário, da visível melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população. Porém, não existe um retorno, na mesma proporção, em relação à visibilidade social da profissão nem do reconhecimento dos outros profissionais de saúde, o que não permite que os enfermeiros consigam prestar cuidados de enfermagem realmente autónomos (RIBEIRO, 2011).

A conquista desses espaços está relacionada a questões políticas, técnicas e teóricas através das quais a profissão concretiza avanços e experimenta retrocessos em sua história, mantendo-se presente no seio da sociedade através da assistência, da docência e da pesquisa (GOMES, 2010). Entretanto, o enfermeiro vive constantemente na busca de reconhecimento social e político, lutando contra entraves históricos, culturais e profissionais que permeiam seu trabalho.

Segundo Gomes (2010), o enfermeiro está cada vez mais inserido nos programas de saúde como resultante de uma evolução política da profissão, ele é considerado fundamental

em estratégias de atenção à saúde. Na área de urgência e emergências a resolução 375 de março de 2011 “dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido” (BRASIL, 2011). Desde então a atuação do enfermeiro no APH foi ampliada a partir da inserção do mesmo nas unidades de suporte básico e não somente nas ambulâncias de suporte avançado.

A alta demanda para o serviço de urgência e emergência pré-hospitalar significa para o enfermeiro elevada carga de trabalho. Ou seja, de ser solicitado a atender a uma grande variedade de problemas de saúde, tem de realizar um elevado número de atendimentos. Dessa forma, o enfermeiro do SAMU trabalha na realização de intervenções assistenciais complexas e na organização do cenário de atuação (AVELAR e PAIVA, 2010).

O SAMU da França recebeu, em 1997, 10,7 milhões de chamadas por telefone. Destas, 6,6 milhões constituíam trotes e situações não analisadas pelo serviço como de urgência ou emergência (OZGULER e BAER, 2006). Isso mostra a realidade do SAMU também fora do Brasil: um elevado número de solicitações inadequadas para o serviço. Ao analisar os dados dos atendimentos da equipe francesa, apurou-se que o maior número foi de casos relacionados ao sistema cardiovascular, tal como os achados em Olinda, Brasil (OZGULER e BAER, 2006; CABRAL 2008). O SAMU da região Macro-Norte de Minas Gerais recebeu em 2009 59% de solicitações para atendimento a casos clínicos seguidos de casos de trauma e problemas psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2010). A busca por atendimento de saúde implicará uma resposta do serviço para o usuário. Basicamente, o primeiro contato do profissional com o usuário iniciará com o acolhimento, que possui características diferentes segundo seja o nível de atenção, primário, secundário ou terciário. Esta prática implica a responsabilização do profissional pelo usuário, iniciada com a análise da demanda. Busca a resolutividade com enfoque em uma atenção integral e pode acionar outros serviços da rede de assistência, quando necessário (BRASIL, 2004b).

Em face de atendimentos inesperados, que devem ser feitos com uma equipe pequena e fora de instituições de saúde, - ou seja, com suporte técnico restrito -, o conhecimento é essencial, devendo ser visto como uma dinâmica viva de produzir interpretações, significados, críticas e formas de participar da realidade (PIRES *et al.*, 2009). Segundo Alves *et al.* (2013, p. 212) “as necessidade de capacitação são constantes para aumentar o conhecimento dos profissionais e permitir a discussão da teoria aprendida com a prática vivenciada, aproximando o prescrito do real”.

As tarefas prescritas aos enfermeiros são condizentes com aquelas legalmente prescritas na Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem no País (BRASIL, 1986). Essas tarefas compreendem atividades assistenciais e administrativas que variam proporcionalmente uma relação à outra de acordo com a unidade na qual o profissional está inserido e a proposta de trabalho desta. Segundo Marziale e Carvalho (1998, p. 100), “a atividade de trabalho é composta pela tarefa prescrita (formal), pela tarefa real (efetivamente realizada), pelos instrumentos utilizados para realização da tarefa e pelo posto de trabalho (onde a tarefa é realizada)”.

Outro fator a considerar neste processo prende-se à liberdade e à autonomia dos profissionais. Na enfermagem, o exercício profissional é regulamentado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que estabelece como direito dos profissionais desta categoria o exercício da enfermagem com liberdade e autonomia (BRASIL, 2007). A palavra *autonomia* pode ser definida como “direito de um indivíduo tomar decisões livremente; independência moral ou intelectual” (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2009, p. 225). Ao passo que liberdade constitui ora a faculdade de cumprir ou não certas ações sem o impedimento dos outros que comigo convivem ou da sociedade, ora o poder de não obedecer a outras normas além daquelas que eu mesmo me impus (BOBBIO, 2002).

Pesquisa realizada com enfermeiros mostrou que autonomia significa para eles um poder fazer com suporte legal, autonomia como sinônimo de independência e liberdade, com a clareza de ela não ser comum, exata, mas de pertencer ao mundo do imaginário da memória e do desejo (JESUS e SAID, 2008). Dessa forma, a prática de enfermagem é construída por uma base legal e ética mais um contexto social, profissional e individual dos sujeitos.

Nota-se que este tipo de trabalho exige do enfermeiro a apropriação de “tecnologias leve, produção de vínculo, acolhimento e gestão; leve-dura, saberes bem estruturados; e a dura, como equipamentos, normas e estruturas organizacionais” (MERHY *et al.*, 2002, p. 121). Trata-se de uma cobrança intrínseca feita ao ator deste processo de saúde – neste caso, o enfermeiro –, para que possa em seu cotidiano estabelecer com sua equipe – usuários do serviço e profissionais das outras unidades de saúde – relações que contribuam beneficentemente para a execução do trabalho em urgência e emergência.

Explicam Oliveira *et al.* (2004, p. 183):

A organização deste processo de trabalho na emergência exige dos profissionais o domínio sobre o processo de trabalho, que remete às práticas, ao saber fazer, colocados a serviço da organização. São exigências que se impõem como o pensar rápido, ter agilidade,

competência e a capacidade de resolutividade dos problemas que apresentam.

Desta forma o enfermeiro na sua realidade de trabalho necessita de habilidade e conhecimento que lhes são atribuídos nos cursos de graduação em enfermagem e podem ser aprimorados nas especializações lato sensu, stricto sensu e no dia-a-dia de trabalho dos profissionais. Os cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem busca capacitar os enfermeiros para o atendimento em saúde no que tange a assistência de enfermagem, planejamento e gestão de serviços e profissionais de saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso descritivo de natureza qualitativa. A escolha do método deu-se devido ao fato de mostrar-se mais adequado para abordar o objeto proposto, diante de sua complexidade. Segundo Yin (2010), o estudo de caso visa investigar fenômenos contemporâneos em seu contexto da vida real. E, ainda, “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo” (GIL, 2007, p. 73). O estudo de caso atende aos propósitos das pesquisas sociais por possibilitar a averiguação de situações reais, como “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente” (TRIVIÑOS, 1987, p. 133).

A opção pela pesquisa qualitativa se deveu a sua adequação à abordagem do fenômeno, pois parte do pressuposto de que a ação humana tem sempre um significado subjetivo, que diz respeito ao que se passa na mente consciente ou inconsciente da pessoa (FRASER, 2004). Permite a compreensão de questões que não podem ser quantificadas, considerando que busca compreender a realidade vivida socialmente, por meio de significados, motivações, aspirações, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2010). Neste contexto, o estudo de caso qualitativo, com seu planejamento flexível, possibilita a exploração da vida real, focalizando a realidade de forma complexa e contextualizada, sem desconsiderar sua individualidade e suas particularidades (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

“A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna”. (MINAYO, 2010, p. 19). Esta abordagem mostrou-se mais adequada para o estudo por constituir-se em uma ferramenta capaz de desvendar elementos que moldam o fenômeno social estruturador do trabalho do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. Na área da saúde, tal abordagem trabalha principalmente com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010, p. 22).

A pesquisa qualitativa possibilita desvelar as subjetividades dos sujeitos inseridos em seus contextos de vida e trabalho no qual suas relações se estabelecem (MINAYO, 2010),

Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010, p. 37).

Os elementos produzidos pelo estudo serão apresentados de forma descritiva, pois seu conteúdo busca descrever as características de determinada população ou fenômeno, de modo a compreendê-los melhor (GIL, 2007). O objetivo essencial da pesquisa descritiva é conhecer uma comunidade, seus traços e seus problemas para apresentar os fatos e fenômenos de tal realidade (TRIVINOS, 1987).

3.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado no SAMU de Belo Horizonte, serviço instalado na cidade desde 2003 pela Secretaria Municipal de Saúde, com acesso telefônico gratuito à população pelo número 192 (BELO HORIZONTE, 2004). O serviço está em constante expansão, possuindo hoje 6 USA e 18 USB em funcionamento, além de uma central de regulação fisicamente estruturada para o serviço que constitui seu ponto fixo, no qual é realizado o atendimento telefônico à população. A central possui ambientes separados, com sala de atendimento às solicitações gerais do serviço e sala para atendimento ao transporte sanitário, além de uma central de material e de espaço próprio para a lavagem de pranchas e a limpeza das ambulâncias.

As ambulâncias estão distribuídas estrategicamente em base nos pontos estratégicos da cidade, de forma a atender uma região estabelecida, o que não impede a central de regulação de direcioná-las para outras áreas de acordo com a necessidade do município e da região. Estas unidades móveis são tripuladas por motorista socorrista e um ou dois técnicos de enfermagem na USB e motorista socorrista, médico e enfermeiro na USA, que constituem, respectivamente, o SBV e o SAV. Inicialmente, pensou-se em montar as unidades de SBV com dois técnicos de enfermagem para atendimento a urgências e emergência traumáticas, devido à necessidade de maior quantitativo de pessoal no cuidado ao paciente politraumatizado. Porém, diante do grande número de solicitações de atendimento, não foi possível organizar os atendimentos desta forma.

A vítima, ou o acompanhante, ao realizar uma ligação para o SAMU, é atendido pelo TARM, um profissional de nível médio, que faz a primeira abordagem, com a coleta dos dados sobre o estado geral vítima como responsividade, além do registro da localidade do ocorrido, transferindo estas informações para o médico. Este profissional realiza o atendimento com base na coleta de sintomas. Então, formula um diagnóstico sindrômico e

julga a melhor resposta para cada caso, que pode contemplar conselho médico, orientações para buscar atendimento com recursos próprios do usuário, envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou, acionamento de múltiplos meios.

Nos casos em que ocorre o envio de ambulância, o médico remete a solicitação ao despachante, profissional responsável pelo despacho da ambulância, que também controla a localização e a situação das unidades móveis. Após o primeiro atendimento no local do acontecimento, a vítima é encaminhada a um ponto fixo da rede de atenção à saúde, com base em necessidade de tratamento. Esse encaminhamento para o serviço fixo é pactuado no município de acordo com o tipo de ocorrência (clínica de média ou alta complexidade, psiquiátrica, traumática ou ginecológico-obstétrica), para que a vítima seja atendida da melhor maneira.

As equipes trabalham em regime de plantão, sendo que a jornada de trabalho semanal varia de acordo com a categoria profissional. Assim, o médico e o enfermeiro têm uma jornada semanal de 24 horas e os técnicos de enfermagem e condutores socorristas trabalham em escala de 12 por 36 horas, totalizando 40 horas semanais. Este serviço atende não somente a população de Belo Horizonte, mas também da região metropolitana, em uma extensa área que inclui cerca 34 municípios vizinhos, podendo chegar a um número bem maior nos casos em que são feitas orientações por telemedicina para cidades que não possuem SAMU.

3.3 Sujeitos da pesquisa e a coleta dos dados

Por se tratar de um estudo sobre a vivência do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, os sujeitos da pesquisa foram 12 enfermeiros do SAMU de Belo Horizonte envolvidos na assistência de enfermagem. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para o sujeito participar do estudo: ser enfermeiro do SAMU de Belo Horizontes e concordar livremente em participar. Assim, foram excluídos os médicos, técnicos de enfermagem e motoristas que também trabalham no atendimento às vítimas.

A priori, não houve delimitação do número de sujeitos, por se tratar de uma pesquisa qualitativa. O critério utilizado para a determinação do número de sujeitos foi o de saturação dos dados, no qual não há exigência numérica do tamanho do grupo de sujeitos pesquisados. Ou seja, o número de participantes foi definido durante o trabalho de campo, quando houve reincidência das informações capazes de refletir a totalidade nas múltiplas dimensões (MINAYO, 2010). Por se tratar de um grupo que tinha certa homogeneidade, a saturação ocorreu por volta da 12ª entrevista, quando nenhum dado novo era acrescentado.

Em um primeiro momento, o projeto de pesquisa foi apresentado à coordenadora de enfermagem do SAMU de Belo Horizonte. A partir de então, foi traçada a estratégia de coleta. Como se trata de um serviço em que a equipe está em constante movimento pela cidade, identificou-se a necessidade de realizar a coleta diretamente nas bases distribuídas pela cidade, nas UPAs e em Hospitais de referência. Dessa forma, os profissionais foram abordados nos intervalos dos atendimentos realizados enquanto encaminhavam pacientes e ou aguardavam contato da coordenação médica indicando empenho da equipe para atendimento a vítimas. Algumas entrevistas foram realizadas na própria central de regulação médica, após agendamento com os sujeitos.

Os dados foram coletados utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado (APENDICE A), que combina “perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto” (QUARESMA, 2005, p. 68). Segundo Minayo, a entrevista semiestruturada possibilita ao sujeito mais liberdade no discurso sobre o tema, sem ter que se prender somente às indagações formuladas, além de enriquecer o conhecimento da situação estudada, evidenciando a representação da realidade: “ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razão consciente ou inconsciente de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2010, p. 262).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise e interpretação das falas dos atores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações. Os entrevistados foram nomeados com nomes de flor e identificados desta forma nos resultados seguindo a seguinte ordem: rosa, margarida, calas, orquídeas, lírio, girassol, antúrio, astromélia, cerejeira, cravo, estrelícia, gérbera.

3.4 Análise dos dados

Foi realizada a análise de conteúdo a vivência do enfermeiro, envolvendo um conjunto de técnicas de análise de comunicação para obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

A análise de conteúdo organiza-se em três fases: “a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2009, p. 121). Na pré-análise, cujo objetivo é organizar o material, foi feita a leitura flutuante, que

possibilitou a aproximação com os conteúdos das entrevistas e a construção de um *corpus* de hipóteses. A primeira etapa determina a dimensão e a direção da análise, contemplando a elaboração de indicadores, a formulação de regras de recorte e a categorização. Na segunda fase, procedeu-se à exploração do material que consistiu na leitura repetida e na busca dos temas que emergiram na etapa anterior. A seguir, os temas foram agrupados por similaridade, consistindo na organização do material, transformando os dados brutos das entrevistas, por meio de recorte, agregação e enumeração destas, para atingir uma representação (BARDIN, 2009). Dessa forma os dados foram classificados e organizados em categorias empíricas. A terceira e última fase constituiu-se do tratamento dos resultados, na qual os temas foram interpretados e discutidos. Nessa perspectiva os conteúdos agrupados em unidades temáticas deram origem à categoria: *o cotidiano do enfermeiro do SAMU como cenário de relações*, que se subdividiu nas subcategorias *o trabalho em equipe como base do atendimento pré-hospitalar*, *relação do enfermeiro do SAMU com os pacientes e familiares* e *relação do enfermeiro com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde*; e a categoria *peculiaridades do exercício do enfermeiro no SAMU*, que se subdividiu nas subcategorias *detalhes da performance do enfermeiro do SAMU* e *desafios do cotidiano de trabalho*.

3.5 Questões éticas

Para atender aos princípios éticos e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (ENA/EEUFMG), tendo obtido parecer positivo dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas: UFMG (ANEXO A), Parecer 0147.0.203.410-11, e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer 0442.0.203.410-11A/2008) (ANEXO B). O estudo constitui-se de um subprojeto de um projeto maior, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE), da Escola de Enfermagem da UFMG, intitulado “Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, que busca analisar as relações dos profissionais de enfermagem com o trabalho do SAMU de Belo Horizonte, focalizando a identificação dos profissionais com a organização e o significado do trabalho para esses profissionais. A todos os participantes foram explicados inicialmente o conteúdo e o objetivo da pesquisa, a apresentação e a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Aos sujeitos foi garantido o sigilo das informações, assim como a privacidade e a garantia do anonimato,

informando sobre a participação voluntária e liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa sem o sofrimento de nenhum dano.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados mediante análise das entrevistas, evidencia a contribuição dos sujeitos para o alcance do objetivo da pesquisa. A organização desta etapa está dividida em três partes: o perfil dos enfermeiros entrevistados; a discussão da primeira categoria, *O cotidiano do enfermeiro do SAMU como cenário de relações*, que se subdivide nas subcategorias *o trabalho em equipe como base do atendimento pré-hospitalar*, *relação do enfermeiro do SAMU com os pacientes e familiares* e *relação do enfermeiro com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde*, que representa a vivência do enfermeiro do SAMU em seu cotidiano de trabalho; e a discussão da segunda categoria, *peculiaridades do exercício do enfermeiro no SAMU*, que se subdividiu nas subcategorias *detalhes da performance do enfermeiro do SAMU* e *desafios do cotidiano de trabalho*.

4.1 Caracterização dos profissionais entrevistados

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, observa-se que a maioria é do sexo feminino, dez, e apenas dois são do sexo masculino. Quanto a faixa etária, seis possuem entre 30 e 39 anos; quatro entre 40 e 49 anos e dois entre 20 e 29 anos. Dos 12 enfermeiros entrevistados cinco são solteiros; cinco são casados; um é divorciado e um é separado. Considerando o tempo de formado, o grupo é heterogêneo: cinco têm até 5 anos de formado; quatro, entre 9 a 15 anos; e três, mais de 20 anos de formado. Quando analisada a realização de pós-graduação, foi possível identificar uma ampla diferença sendo que dez possuem formação especializada, e destes três possuem mestrado e sete possuem especialização *lato sensu* predominantemente na área de urgência, emergência e terapia intensiva; e três não têm pós-graduação. Em relação ao tempo de trabalho no SAMU, seis não informaram; dois tinham menos de 1 ano; um tinha , entre 1 e 5 anos; e três, acima 10 anos. Considerando a função dos entrevistados no SAMU, nove trabalham como enfermeiros assistenciais nas ambulâncias; dois, trabalham na educação permanente; e um não informou. Existe discrepância em relação à remuneração dos enfermeiros: dois recebem menos de R\$2 mil; oito, entre R\$2 mil e R\$3 mil; e um, acima de R\$3 mil.

4.2 O cotidiano do enfermeiro do SAMU como cenário de relações

Nesta categoria, discute-se como os enfermeiros do SAMU percebem suas relações com sua própria equipe de trabalho, com os pacientes e seus familiares e com profissionais de saúde dos pontos fixos da RAS. Na prática cotidiana do APH, os enfermeiros estão constantemente em contato com outros profissionais envolvidos no atendimento de urgência e emergência. Esta teia de trabalho emerge de dentro do próprio serviço, no estabelecimento

das funções e atividades de cada um, segue com a formação das equipes que trabalham em grupo nas ambulâncias e permanece contínua no dia a dia de trabalho, em encontros nos atendimentos e comunicação via rádio. Após a organização inicial da equipe, ao serem encaminhados para os atendimentos, ocorre o encontro com o usuário ou familiar que, diante do conhecimento do serviço e da avaliação do seu estado de saúde, solicitou o atendimento na busca de resolver um problema que envolve sua saúde. Após à estabilização do paciente, pode ser necessário transportá-lo para um serviço fixo da RAS, no qual a equipe do SAMU entregará o paciente a outra equipe de saúde, a partir da narração do ocorrido e da descrição do estado do paciente.

4.2.1 O trabalho em equipe como base do atendimento pré-hospitalar

No atendimento do SAMU estão inseridos diversos atores corresponsáveis pela prestação de um serviço eficiente e resolutivo. Segundo Pereira e Lima (2009), o resultado deste trabalho depende dos atos de cada um dos sujeitos envolvidos, que atuam de acordo com seus saberes e práticas específicos, respeitando as especificidades, competências e responsabilidades.

Segundo os enfermeiros entrevistados, no convívio profissional a relação entre equipe no SAMU é baseada na confiança, pois um depende do outro, o que contribui para o aprendizado diário dos profissionais. Essa dependência se deve principalmente ao tamanho da equipe, composta por três profissionais na USA e dois ou três na USB. Nestes grupos, cada um tem o seu papel previamente pactuado em protocolos assistências e rotinas gerenciais. É fundamental ter esclarecimentos destes para que seu cumprimento ocorra de forma rápida para a estabilização do paciente e a sequência do atendimento.

[...] tem que ser uma relação muito íntima, porque é uma equipe que trabalha bem próxima e tem que ter uma relação principalmente de confiança, tanto pra nós profissionais que estamos na rua quanto com os profissionais da regulação, que têm que confiar nos dados que nós passando pra eles. (Rosa)

Na USA é formado um núcleo entre médico enfermeiro e condutor. Essa relação de equipe eu não consegui visualizá-la em nenhum outro serviço. Então, realmente existe uma confiança muito grande, porque você depende dos outros profissionais. O enfermeiro confia no condutor, confia no médico, e essa reciprocidade ocorre entre todos os profissionais, porque se faltar confiança o atendimento fica prejudicado. A confiança existe e o trabalho em equipe funciona. (Lírio)

A reflexão sobre a realidade de uma equipe pequena, sujeita a lidar todo o tempo com o inesperado, em situações de urgência e emergência das mais variadas origens e gravidade, esclarece que os profissionais necessitam de um convívio harmonioso, que possibilite a construção de uma relação de amizade. Eles consideram a confiança como fator primordial para a realização de um trabalho de qualidade. A afeição que emerge neste contexto entre eles é permeada pela dependência mútua no cumprimento do papel profissional de cada um.

O fato de a equipe ser muito pequena facilita esse entrosamento. Você sabe que tem que trabalhar com o outro; é com quem você pode contar. Quando você vai assumir um plantão, tem uma preocupação do profissional de estar bem com o colega que está ali do seu lado. São relações que partem muito da amizade, do entrosamento, e isso vem de encontro à necessidade. A gente necessita ter uma relação harmoniosa. Isso é muito bom porque, de certa forma, faz com que os profissionais se preocupem com o entrosamento, de estarem conversando, dividindo um espaço, porque não há uma divisão espacial onde ficam determinados profissionais em detrimento de outros. Todo mundo ocupa o mesmo espaço. A dificuldade de um é a dificuldade de todos. Então, esse entrosamento é muito importante quando você trabalha assim em uma equipe tão pequeninha, tão restrita. (Cravo)

A confiança representa o sentimento de certeza de que o outro sabe como agir, o que deve fazer e quando deve intervir na abordagem à vítima. Dessa forma, são estabelecidos elos entre os profissionais, o que permite a construção de uma familiaridade profissional e acaba por agregar importância aos sujeitos envolvidos. Ou seja, a partir do momento em que na equipe cada um de seus membros possui habilidade e competência para executar o trabalho e em que reconhecem isto nos seus colegas, é instaurada certa tranquilidade para prestar um atendimento, por mais estressante que este possa ser. Ao relatarem a harmonia e a amizade entre os membros da equipe como uma necessidade na prestação de atendimentos de urgência e emergência, os entrevistados expressam uma importância conferida ao profissionalismo do serviço. Ou seja, eles reconhecem a necessidade de estarem em harmonia com suas equipes para atender de forma adequada ao paciente que precisa desse serviço.

Outro ponto abordado é a relação da equipe da ambulância com o médico regulador, porque também é necessário que prevaleça a confiança. No momento do atendimento, é estabelecida uma comunicação direta, na qual a equipe da ambulância passa para o médico regulador a situação da cena e da vítima, e este determina as condutas a serem adotadas.

Assim, apesar da distância do médico regulador, ele também é responsável pelo atendimento e precisa acreditar na sua equipe enviada à cena, para que o paciente possa ser beneficiado no atendimento inicial e também no seu caminho sequencial na RAS.

As enfermeiras descrevem uma relação com a equipe de forma a expressar a união do grupo pelo bem do paciente, na qual cada profissional está sujeito à ação do outro no estabelecimento de um alinhamento técnico profissional. Segundo Moschen e Motta (2010, p. 5), “a percepção de união e cooperação entre os membros do grupo gera satisfação laboral”. Trata-se de uma colaboração mútua, em que cada um tem clareza quanto à importância e à necessidade do outro no momento do atendimento.

[...] um depende do outro. É muito bacana, porque não tem esse negócio de um passar por cima do outro, pelo menos na USA. Na rua é muito legal, porque um depende do outro. O médico não faz nada sem o enfermeiro, o enfermeiro não faz nada sem o condutor. É uma dependência bacana, porque mostra o trabalho em equipe. (Antúrio)

São três componentes dentro da ambulância. Então, todos três têm que estar falando a mesma língua, tem que interagir, colaborar um com o outro. Se não, não tem jeito de ter um bom atendimento. Aqui, essa é a característica essencial. Você precisa saber trabalhar em equipe. (Cerejeira)

As equipes do SAMU no atendimento às vítimas compartilham não somente conhecimentos e saberes técnicos da área de urgência e emergência. Há também, as angústias e tristezas, dentre outras emoções que emergem desta prática. Nesta realidade, os profissionais vivenciam diversas situações e emoções que permeiam os atendimentos de urgência e emergência (CRISTINA *et al.*, 2008). Eles passam doze horas de seu dia juntos entre atendimentos em Belo Horizonte e nas cidades vizinhas, movimentando-se na RAS entre hospitais, UPA, UBS, casas de usuários e avenidas. Entre um atendimento e outro, permanecem juntos nas bases do serviço, à espera de mais um chamado, dividindo suas dúvidas e seus anseios e discutindo sobre a alegria ou sobre a tristeza do atendimento.

A relação entre os profissionais do SAMU acaba sendo muito próxima, porque quando você passa próximo a pessoas em situações de muita tensão a tendência é você compartilhar aquelas emoções que você viveu naquele momento de stress com as pessoas que estão do seu lado. Então, você começa a ter uma cumplicidade muito grande. Você viveu o momento ali; só vocês. O médico é um profissional sozinho naquele momento, o enfermeiro é, o socorrista é, e cada um

tem que contar com a equipe, um com o outro. Então, isso acaba estabelecendo ligações muito fortes. [...] é uma relação madura, que eu acho que o próprio serviço te força a amadurecer mesmo com as situações que você vive. (Girassol)

[...] “Olha, que legal!”, “Olha, a ocorrência foi assim, foi assado”. Sempre discutindo os casos atendidos. Você vê, quando junta a turminha uma hora ou outra para repor um material ou na central, as conversas: “Atendi essa”. Então, assim, é de muita alegria, de muito empenho, de muita adrenalina. (Estrelícia)

Esses momentos de pausa entre um chamado e outro também contribuem para a construção de vínculo entre os componentes da equipe e interequipes, além de favorecer o aprendizado dos profissionais, por meio da discussão dos casos atendidos. Ainda foi possível compreender por meio dos relatos que a constituição dessa conexão entre os profissionais beneficia o atendimento às vítimas, objetivo geral comum no trabalho do grupo.

Nós, durante o atendimento ou mesmo fora do atendimento, temos uma relação saudável e muito boa. A relação do médico com o enfermeiro, motorista, o técnico, a gente trabalha em equipe, não tem hierarquia. Cada um faz o seu trabalho, e nós todos vamos à busca de ajudar a vítima que a gente está socorrendo. (Gérbera)

A questão da inexistência de hierarquia apresentada no depoimento anterior refere-se à ausência de necessidade de, na avaliação inicial da vítima, o médico, principalmente, precisar solicitar à enfermeira e ao motorista socorrista que executem ações específicas. Ou seja, a partir do estabelecimento de uma relação de trabalho em equipe, na qual cada um sabe seu papel e do outro com quem trabalha, o atendimento flui com um automatismo que beneficia o atendimento de urgência e emergência. A equipe ganha tempo com a realização de suas ações, orientadas por protocolos clínicos e reafirmados no convívio profissional da equipe.

Outro ponto relacionado à questão da ausência de hierarquia no SAMU é a autonomia relatada pelos enfermeiros, expressa como liberdade e independência dos profissionais na realização dos procedimentos que lhes competem, já que estes não possuem uma chefia imediata ao seu lado nos atendimentos. Trata-se de um trabalho coletivo, no qual estão presentes a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos (PEREIRA e LIMA, 2009). Porém, os enfermeiros têm a clareza de que essa autonomia lhes atribui responsabilidade, como se pode ver nas falas que se seguem:

É aquela autonomia com o seu serviço; é uma autonomia que gera responsabilidade, bastante responsabilidade. (Girassol)

O trabalho do enfermeiro no SAMU é um trabalho bastante diferenciado dos outros. Nós temos muita autonomia, porque o nosso trabalho não é um trabalho onde temos uma hierarquia direta que está presente o tempo. [...] ao trabalhar dentro do corpo da enfermagem. Nós somos, no plantão, os representantes da hierarquia máxima, que é o enfermeiro responsável tanto pela assistência quanto pela supervisão das unidades que tem técnicos de enfermagem. (Cravo)

Ser livre comporta assumir direitos, responsabilidades e deveres. O enfermeiro não pode agir com total espontaneidade em suas relações com o paciente ou com os demais profissionais, devido aos limites legais que determinam a esfera de competência de cada um (PRZENYCZKA *et al.*, 2012). Neste contexto, os enfermeiros vêm se esforçando para desenvolver uma prática profissional autônoma, com a consciência das necessárias mudanças do seu agir profissional, compreendidas como o aprofundamento do conhecimento científico e a utilização deste em busca de uma maior amplitude de suas ações, uma vez que o cuidado não exige apenas técnicas e procedimentos para com o paciente (FENTANES *et al.*, 2011). Torna-se importante ressaltar que a autonomia nunca é absoluta, pois está inserida no meio social e limitada por condicionantes diversos, mas a sensação de liberdade para realizar o trabalho é essencial para atender às demandas dos usuários, na maioria das vezes, sob pressão. Portanto, a sensação de liberdade é um fator positivo do trabalho no SAMU, o que leva à necessidade de refletir sobre essa sensação em todos os lugares de trabalho do enfermeiro.

Apesar dos profissionais considerarem seu trabalho autônomo no contexto do APH, foi possível identificar que existe uma dicotomia neta realidade, Ou seja, o discurso versa sobre liberdade e falta de hierarquia apesar da existência de uma coordenação presencial exercida pelo médico da USA e a distância realizada pelo médico regular que determina as condutas e passa as orientações via rádio. Assim, podemos dizer sobre uma pseudo autonomia, porque o enfermeiro não está em contato direto com seu coordenador de enfermagem, que responde legalmente pelas ações da equipe de enfermagem, entretanto esse está submetido ao coordenador. Outro ponto é a existência de protocolos assistências e rotinas gerenciais, além das portarias e resoluções que determinam a atuação do enfermeiro no SAMU.

Trata-se de uma questão dos imaginários dos participantes que consideram-se autônomos por trabalharem em uma equipe multiprofissional que tripula a USA, na qual atualmente o único profissional da enfermagem é o enfermeiro. Porém, a autonomia de uma

profissão não se pode desligar de todas as condicionantes que influenciaram o seu percurso, desde os primórdios até a atualidade (RIBEIRO, 2011).

Essas foram as várias óticas reveladas nas relações dos enfermeiros do SAMU com a sua equipe, as quais de modo geral, retratam um convívio harmônico. Entretanto, ainda neste cenário existem alguns atritos, que são considerados mínimos, os quais estão relacionados, basicamente, à falta de conhecimento dos profissionais quanto aos outros funcionários do serviço. Isso se deve à expansão do SAMU nos últimos anos, como foi possível perceber nas falas a seguir:

A gente não consegue ter boa relação com todos, por causa da demanda do serviço. Hoje, o SAMU é realmente muito grande. Nós temos aí em torno de 300 a 350 profissionais, incluindo médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Então, assim, é quase impossível se conhecer todos. Quando o SAMU era menorzinho, estava começando, tinha menos ambulâncias, o contingente de pessoas era menor, a gente conhecia mais as pessoas e conseguia ter um relacionamento melhor. (Estrelícia)

Os atritos são mínimos. Existem, mas eles são mínimos, porque a gente compartilha não só esse grau de intimidade, mas compartilhamos também as nossas dificuldades, as angústias. Isso acaba aproximando as pessoas. (Girassol)

Uma questão importante apresentada nos relatos é a importância que os entrevistados atribuem à familiaridade com todo o grupo. A partir do momento em que relacionam a impossibilidade de esse conhecimento acontecer hoje por causa do aumento do número de funcionários do serviço, revela-se o desejo de ampliar as relações como uma questão positiva. Esta ideia retoma uma posição apresentada no início desta categoria, que trata da importância de conhecer o outro profissional e seu trabalho para o estabelecimento de uma relação profissional capaz de refletir positivamente no atendimento.

4.2.2 Relação do enfermeiro do SAMU com pacientes e familiares

No contato diário dos enfermeiros com as vítimas e seus familiares, os entrevistados relataram a existência de uma valorização, ou seja, um reconhecimento, expressa por gratidão, respeito e satisfação decorrente da resolução do problema de saúde da vítima. Apesar de o contato ser breve, pela própria natureza do trabalho de atendimento realizado, ele pode ser aprofundado pelos sentimentos que emergem nas situações de emergência (TACSI, 2003).

[...] a gente tem boa valorização dos pacientes em relação ao nosso trabalho. (Margarida)

Em geral, o paciente que a gente atende fica muito satisfeito. [...] a família também fica satisfeita. (Lírio)

[...] mesmo com a perda enorme, eles ainda são capazes de abençoar sua vida, de agradecer. [...] o indivíduo na hora da dor, na hora da perda, ele ainda é capaz de olhar pra você no meio de toda aquela dor e te dar uma palavra de agradecimento. Isso é muito gratificante no serviço. (Girassol)

O reconhecimento do usuário ou familiar é percebido e valorizado pelo profissional, que se sente gratificado e motivado. A natureza do trabalho e o reconhecimento da população funcionam como fatores de satisfação no trabalho, fortalecendo o espírito de equipe, de coesão e de motivação e de esforço da identidade profissional.

Pelo relato a vítima possui admiração pelos profissionais do SAMU, o que é evidenciado do profissional entrevistado como reconhecimento do serviço por parte do usuário, que pode estar associado à sua função assistencial e social, visto que ele realiza intervenções locais e também orienta os usuários (ABREU, 2012). Ou seja, trata-se de um serviço conhecido e reconhecido pela população, que é visto cotidianamente todo nas ruas da cidade ao deslocar-se até as vítimas. Esse reconhecimento da população é percebido pela equipe como um fator positivo do trabalho no SAMU, que causa satisfação pessoal e profissional (ROMANZINI e BOCK, 2010).

Apesar de todo o sofrimento familiar e pessoal diante do ocorrido, segundo os entrevistados, as pessoas sentem-se corresponsáveis por terem conseguido um atendimento no sentido de que este pode salvar a vida de seu familiar. Assim, mesmo que a vítima evolua para a morte permanece a ideia de que foi feito algo na tentativa de interromper esse sofrimento e que sua expectativa em relação ao serviço foi atendida, como se pode observar no relato que se segue.

Eles entendem que ali, naquele momento, nós estamos fazendo o possível, porque a gente vai lá onde a coisa está acontecendo, dentro do seio familiar, você entra na casa de alguém. Ainda que você perca o paciente, que você não consiga recuperar, pelo menos você sente a satisfação deles assim: “Tudo que eles podiam fazer pelo ente querido

eles fizeram de melhor”. Eu acho que as pessoas tinham aquela relação de muita culpa. Hoje, elas pensam assim: “Não. Eu fiz! Eu pude fazer alguma coisa por ele! Eu chamei algum socorro para ele.” Eles conseguem ver o quanto isso é importante. Ainda que, às vezes, você dê a notícia de óbito dentro de uma casa e eles ficam nervosos por causa da notícia, eles jamais descarregam aquilo em você. Raríssimo isso acontecer. (Girassol)

A admiração do usuário em relação ao profissional do APH, na percepção dos enfermeiros entrevistados é permeada por uma gama de valores e significados que culminam em um conceito prévio daquele em relação a este mesmo antes do primeiro contato, de fato, entre eles. Um dos fatores que influenciam a construção dessa admiração é a vestimenta dos profissionais, a figura do macacão, que pode também estar associada à farda de um militar, que resulta para os usuários na imagem do profissional do SAMU como um ser superior, que possui poder para resolver problemas. Isso porque a questão do uniforme – no caso do SAMU, pelo fato de todos os profissionais o usarem – faz com que os profissionais não sejam reconhecidos por sua profissão, mas como funcionários do serviço de APH (VELLOSO, 2011). O uniforme confere poder e importância àqueles que emanam para prestar socorro, como um grupo identificado e destinado a prestar um serviço social de alta relevância.

É um respeito muito grande que a população tem com a gente. Parece que quando você veste o macacão você vira outra pessoa. É até engraçado. (Antúrio)

A satisfação do usuário reflete a qualidade do serviço de saúde prestado a partir da relação usuário/serviço, na qual estão envolvidos diversos critérios, como respeito ao serviço, questões de estrutura e funcionamento e as atitudes dos profissionais (LUDWIG e BONILHA, 2003). Ou seja, está inserida neste processo a utilização pelo profissional de tecnologias dura, leve-dura e, principalmente, a leve, já que a combinação de tecnologias leves duras e duras como aporte tecnológico para salvar a vida das pessoas não dispensa as tecnologias leves, que têm como base a comunicação e o aspecto relacional entre seres humanos (MERHY et. al., 2002).

Trata-se de uma relação construída em um momento de injúria para o paciente e sua família, no qual estes visualizam no serviço e em seus profissionais a possibilidade de resolução de seus problemas. Assim, a relação do profissional com o usuário baseia-se na avaliação que este faz do serviço. É possível identificar que esta avaliação envolve não somente a prestação, ou não, do atendimento, mas também a forma como este é realizado. Pesquisa recente realizada com usuários identificou que “o diferencial da assistência é

alcançado não pela infraestrutura disponibilizada, mas pelos valores compartilhados e incorporados pelas pessoas envolvidas no cuidado” (DUARTE *et al.*, 2012, p. 89).

Estudos mostram que os usuários possuem uma percepção positiva do SAMU devido às próprias características deste, como acesso facilitado por ligação gratuita, funcionamento 24 horas, facilidade de acesso aos hospitais, gratuidade do transporte e disponibilidade de equipe qualificada (ABREU, 2012; AHL, NYSTRÖM e JANSSON, 2006; ALVES *et al.*, 2010). Dessa forma, é possível considerar a existência da construção de todo um imaginário pelo usuário a respeito do SAMU baseado não somente na missão do serviço, mas, principalmente, no que o diferencia das outras unidades de saúde.

Essa percepção do enfermeiro do SAMU sobre a satisfação do usuário em relação ao serviço vai ao encontro de resultados de pesquisas que mostraram contentamento com o serviço que para eles ajuda a salvar vidas enfatizando as questões relacionadas a transporte, facilidade de acesso, agilidades e transferência para hospitais (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010). Entretanto, os enfermeiros possuem clareza que esta satisfação pode mudar diante da resposta do serviço à necessidade do usuário, ou seja, este contentamento pode torna-se insatisfação caso as expectativas dos usuários não sejam atendidas. Isto significa para os entrevistados a existência de incompreensão por parte da população sobre a função do SAMU na RAS, como ele funciona e as dificuldades estruturais relacionadas ao acesso às ambulâncias pelos usuários, como número inadequado de ambulâncias e problemas relacionados ao trânsito.

Eu acho que, às vezes, a gente tem uma dificuldade com os pacientes que não entendem algumas questões do nosso trabalho, como dificuldade de locomoção, a distância que a gente está do local, a demora, às vezes, de chegar e, às vezes, não entendem o nosso serviço prestado. Eles pensam que a gente presta um serviço diferente do que realmente deveríamos. (Rosa)

Por outro lado, segundo os enfermeiros essa relação também se torna difícil face a realidade clínica e ou situacional em que o paciente se encontra, ou seja, fatores que dificultam o trabalho da equipe ou que exigem dela maior agilidade, por serem situações de emergência, como pacientes já em estado de choque, politraumatizados ou localizados em aglomerados ou rodovias com difícil acesso para a prestação do atendimento. Trata-se de situações com maior carga de tensão e fatores dificultadores da prestação da assistência que possuem potencial para dificultar a interação dos profissionais com os usuários.

Em algumas situações extremamente difíceis, por exemplo, pacientes em área de risco, pacientes em áreas de difícil acesso, pacientes que sangram muito, pacientes inconscientes. Isso tudo gera um desconforto muito grande com a população e, com certeza, que quando chegamos podemos ter uma boa ou má recepção. (Cravo)

Esse desconforto gerado está relacionado à angústia que a situação de urgência e emergência produz no usuário, que concentra no serviço e na sua equipe todas as suas possíveis chances de vida. Além disso, emerge no grupo a ansiedade causada pelo conhecimento da equipe quanto ao risco da situação. Apesar de saberem que o usuário está em estado emergencial e precisa de intervenções imediatas, em algumas circunstâncias ela não consegue acessar a vítima de forma segura e precisa aguardar a polícia e os bombeiros, para que juntos possam intervir na cena.

Neste contexto, o que é apresentado à equipe age sobre seu imaginário no que tange à possível morte do paciente, em oposição à segurança do grupo e da cena, que constituem a base do APH. Assim, são necessárias clareza e compressão, para que o “calor da situação” – ou seja, a pressão de familiares e populares ou, até o mesmo, o impulso profissional em salvar a vítima – não prejudique a atuação dos profissionais ou os coloque em risco.

4.2.3 Relação do enfermeiro com profissionais da Rede de Atenção à Saúde

Ao encaminharem as vítimas para os pontos fixos da rede de saúde, os enfermeiros e sua equipe interagem com outras equipes de saúde. Neste momento, é estabelecida entre as equipes uma relação que, de acordo com os entrevistados, pode ser muitas vezes, conflitante. As dificuldades que se mostram neste contato entre profissionais são resultantes de vários fatores, como: problemas estruturais da RAS, protocolos e regulamentos do SAMU e problemas de comunicação entre os sujeitos.

O relacionamento com outros profissionais de saúde é um pouco dificultado, porque a urgência tem uma demanda maior do que a capacidade de atendimento. Então, quando a gente chega com uma vítima no hospital, muitas vezes, a gente não é visto com bons olhos, como se tivesse levando mais serviço para as equipes. (Margarida)

Os serviços fixos ficam sobrecarregados, e os profissionais que trabalham nessas unidades, muitas vezes, ficam chateados com o profissional do SAMU. Recebem mal, falta uma percepção de um se colocar na posição do outro. (Lírio)

Nesses relatos, o que chama a atenção é a reflexão sobre os problemas funcionais dos serviços de saúde e a relação entre os profissionais. Ou seja, os problemas estruturais da RAS, relacionados à superlotação dos hospitais e à falta de estrutura física, de equipamento e de pessoal dos serviços, envolvem, também, a disponibilidade de leitos, o que passa a ser um ponto de partida para a geração de conflitos na transferência do paciente entre as equipes.

O SAMU possui protocolos e regulamento que estabelecem seu funcionamento. Um dos temas abordados neste é a vaga zero. Ou seja, toda instituição de saúde, *a priori*, tem que receber o paciente encaminhado pelo SAMU, independentemente da disponibilidade de vaga na instituição (O'DWYER, 2010). De acordo com a Portaria 2.048, uma das funções gestoras do médico regulador é decidir o destino do paciente atendido inicialmente pelo SAMU, independente da disponibilidade de leitos hospitalares, não aceitando como argumento a inexistência de leitos (BRASIL, 2002a). Este diferencial do serviço pode ser visto como expressão de seu poder na RAS, tendo em vista que é o único serviço do sistema que possui autonomia para transferir paciente sem a necessidade da verificação da existência de vaga no serviço de destino.

[...] pelos outros profissionais das portas de entrada, existe uma reclamação momentânea, mas, de modo geral, a gente é recebido. Demora, às vezes, mas não tem jeito, tem que atender, porque para o SAMU tem que ser vaga zero. Como a gente vai ficar com o paciente dentro de uma ambulância? Reclamam, mas aceitam. (Estrelícia)

Segundo Veloso, Araújo e Alves (2012), o problema não está na realização deste procedimento, mas em sua repercussão nos diferentes serviços de saúde. Ou seja, trata-se da expressão do poder, da superioridade do SAMU em relação a outros serviços. Isso gera entre as equipes de saúde um desconforto relacional, que pode ser expresso por meio de queixas e atrasos por parte da equipe que recebe o paciente. Neste caso, não se trata da falta de conhecimento da equipe sobre o trabalho do SAMU, mas da não aceitação desta norma pelos funcionários dos pontos fixos.

Em contrapartida, Velloso (2011) considera que a falta de conhecimento de profissionais de outros serviços de saúde sobre o trabalho do SAMU prejudica o

relacionamento entre as equipes. Trata-se não somente da falta de conhecimento dos fluxos e protocolos do pré-hospitalar, mas também das exigências impostas diariamente às equipes pela chefia exercida pelo médico regulador, além da existência de uma cobrança social na resolução dos problemas da população, como no relato que se segue.

É difícil. A urgência é um conceito muito amplo e, muitas vezes, a urgência do paciente não é a urgência clínica dos nossos protocolos; é uma urgência social, e os outros profissionais não entendem a cobrança que a gente tem na rua de atender e encaminhar. Então, eles ficam achando que a gente está levando muitos pacientes para o hospital. É o fato de não conhecerem nosso trabalho. (Orquídea)

Segundo Thofehrn *et al.* (2007), o enfermeiro precisa saber lidar com as relações interpessoais da equipe de trabalho, para que consiga atingir o cuidado terapêutico que se propõe. As relações entre as equipes não podem esvair-se do foco no usuário que está sendo atendido. Para que essa ação tenha um produto final eficaz, é preciso que as relações interpessoais sejam pautadas na comunicação autêntica, no respeito ao outro e em seu conhecimento, com o acolhimento das diferenças e existência de confiança, responsabilidade, ética e colaboração (MATOS, PIRES e SOUSA, 2010; THOFEHRN *et al.*, 2007). Com isso, os profissionais estarão cada vez mais próximos de conseguir transpor as indiferenças com o afastamento da máquina do fazer saúde diariamente, pois estarão cuidando dos usuários.

Os enfermeiros entrevistados expressaram desconforto na relação com os profissionais que solicitam ambulâncias para o transporte de paciente ou recebem estes após uma demanda pré-hospitalar ou, até mesmo, em uma transferência inter-hospitalar. Para eles, outro fator contribuinte é a falta de comunicação entre os serviços quanto à situação dos pacientes, seu estado geral e suas necessidades. Ou seja, a falta de informação sobre a situação do paciente também contribui para a criação de desarmonia entre os profissionais.

O grande problema que a gente tem aqui com os outros serviços, eu também acredito que seja muito essa falta de informação e de conexão da urgência como um todo. O relacionamento depende do contato que as pessoas têm, do que elas têm de percepção do profissional do SAMU, o que ela acha do SAMU. Alguns profissionais sempre têm a certeza de que o SAMU é prioridade. E, aí, não é o SAMU que é prioridade ou a UPA que é prioridade ou o João XXIII; é o paciente. Então, eu acho que enquanto não focar para isto, a gente vai ter esses impasses. (Astromélia)

Em pesquisa realizada com profissionais da Atenção Básica a respeito da relação destes com os profissionais do SAMU, Rocha (2009) identificou que esta pode ser constituída de entendimentos e parcerias, assim como de desentendimentos e conflitos, que refletem uma relação dinâmica que depende da demanda de trabalho. Para a autora, um fator relevante a ser considerado é a habilidade de comunicação das equipes. Ou seja, apesar da tensão que envolve as situações de atendimentos nas quais os sujeitos estão envolvidos, é a comunicação a grande definidora dos juízos que serão estabelecidos.

Segundo Yoshimoto et al. (2005, p. 69) “a comunicação é uma variável normalmente associada à qualidade das relações interpessoais dentro e fora das organizações. Essas propiciam inúmeras possibilidades de comunicação dependendo da clareza, fidedignidade e propriedade”. Partindo dessa ideia, os entrevistados entendem que este relacionamento pode variar de acordo com a gravidade do paciente. Assim, as relações entre as equipe do SAMU e as dos hospitais de grande porte, referências da rede de urgências, tendem a ser melhores, tendo em vista que é para estes serviços que são transferidos os pacientes com maior de risco de morte, que demandam intervenções imediatas.

Muitas vezes, a gente é recebido mal nas unidades, principalmente, eu acho, as ambulâncias básicas, porque, como a gente da USA leva paciente mais grave, não dá tempo deles reclamarem. Eles já têm que ajudar, já tem que fazer alguma coisa. Aqui no João XXIII, por exemplo, já tem um Box separado para paciente grave do SAMU. Então, a gente já chega e vai para o box. Aí, chega médico e enfermagem. O pessoal tem mais dificuldade com a equipe da USB que leva pacientes, muitas vezes, conscientes, agitados, alcoolizados. Aí, o pessoal perde a paciência mesmo. (Gérbera)

Como nos casos de maior complexidade o atendimento é realizado pela equipe da USA, de acordo com o relato, os tripulantes desta tendem a serem mais bem recebidos que a equipe da USB nos hospitais. Araújo (2010), em pesquisa realizada com profissionais de UPA, identificou outro detalhe importante no que tange às relações dos profissionais de saúde: os que têm mais contato com os profissionais do SAMU possuem uma representação mais positiva deste serviço que os profissionais que têm menos contato; ou seja, que recebem ou transferem menos pacientes para o SAMU.

Outra ideia apresentada pelos entrevistados quanto à relação com os profissionais de saúde das unidades fixas de atenção é a implicação do vestiário da equipe do SAMU nos imaginários das outras equipes e da própria equipe do SAMU. É interessante que os sujeitos da pesquisa identificam a existência de um empoderamento relacionado ao macacão, descrito

anteriormente como fator contribuinte para a construção de uma admiração do usuário em relação ao profissional. Neste momento, este mesmo componente exerce, ao contrário, a formação de uma repulsa entre as equipes de saúde. Trata-se de um empoderamento conferido pelo próprio profissional a si mesmo ao utilizar tal vestimenta e à forma como estes são vistos pelos outros no ambiente de trabalho. Segundo Veloso, Araújo e Alves (2012), “certamente, o uniforme é, em alguns momentos, decisivo para a constituição de valor que é atribuído à pessoa que o veste e para sua configuração identitária”.

Outro problema é a questão do visual do uniforme sobre o imaginário do trabalhador. É muito da questão do empoderamento do trabalho, da farda sobre o resto. Eu observo vários serviços de saúde reclamando da postura com que o pessoal do SAMU chega ao local dos outros. A Unidade Básica de Saúde e a UPA acham o pessoal meio antipático. A unidade hospitalar acha que o pessoal não chega de uma forma educada ou mais humilde; eles são mais empoderado. Isso é uma fala frequente. É a questão física com uma repercussão mental. (Calas)

Nesse sentido, ocorre por parte da equipe do SAMU a concepção de importância atribuída ao profissional que trabalha com esta vestimenta, ao passo que este mesmo objeto gera no imaginário dos outros profissionais da RAS certa aversão a quem a usa. A vestimenta, como instrumento de trabalho, gera entre os profissionais do SAMU e de outras unidades de saúde uma imagem de importância, poder e hierarquia, ao mesmo tempo em que gera no usuário uma imagem de resolutividade, alimentando o conflito.

4.3 Peculiaridades do exercício do enfermeiro no SAMU

Nesta categoria, abordam-se na primeira subcategoria a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de urgência, com a apresentação daquilo que para estes constituem detalhes de sua atuação no pré-hospitalar e os desafios desta prática. Aqui, denominam-se “detalhes” as particularidades deste serviço; ou seja, o que é apontado pelos entrevistados como o que distingue a atuação do enfermeiro do APH dos enfermeiros das outras unidades de saúde e da busca diária de capacitação na área de urgência e emergência. Na segunda subcategoria, dá-se enfoque aos desafios do trabalho do enfermeiro no que se refere, de modo geral, às condições de trabalho quanto à dinâmica do SAMU. Trata-se dos riscos laborais aos quais os profissionais ficam expostos diante do trabalho em condições climáticas variáveis, em rodovias e aglomerados e da própria violência verbal, física e social.

4.3.1 Detalhes da performance do enfermeiro do SAMU

A atuação do enfermeiro no SAMU está ligada ao atendimento direto às vítimas em estado grave com risco de morte, em que realiza, junto com o médico, manobras de suporte avançado e de suporte básico de vida. Todavia, sua atuação não se restringe à assistência direta, mas também a serviços administrativos e operacionais, como a realização de escalas, *checklist* da ambulância, supervisão a distância dos técnicos de enfermagem lotados nas USB e capacitação destes. Ou seja, assim como em outros serviços de saúde, o enfermeiro do SAMU está envolvido no planejamento, organização e prestação do serviço, o que o torna fundamental na assistência direta, na capacitação das equipes, na elaboração de protocolos de atendimento e material didático, além da supervisão da equipe (ROMANZINI e BOCK, 2010).

O trabalho do enfermeiro no SAMU é um trabalho bastante diferenciado de outros trabalhos do enfermeiro em geral. O enfermeiro é responsável tanto pela assistência quanto pela supervisão das unidades que têm técnicos de enfermagem. Então, é um trabalho diferenciado, é um trabalho que expõe muito o enfermeiro e é onde ele tem maiores possibilidades de mostrar seus conhecimentos, de intervir em situações que normalmente o enfermeiro que está inserido em unidades convencionais de trabalho não apresenta. (Cravo)

Ela acaba sendo administrativa, porque muitas das medidas administrativas são tomadas pela enfermeira. Após o atendimento, ela verifica o material, repõe produtos e medicamentos, lava algum material, faz relatório de enfermagem, onde transcreve todas as ocorrências. (Estrelícia)

Olha, o trabalho da enfermeira é o atendimento mesmo ao paciente grave na USA e a educação continuada também nas unidades de suporte básico, USB. (Gérbera)

O enfermeiro do SAMU é considerado ponto de apoio das equipes por proporcionar atendimento mais rápido, organizado, seguro e tranquilo (RAMOS e SANNA, 2005; PREIRA, 2006). Estudo recente realizado com enfermeiros do SAMU mostrou que estes identificam como um fator positivo do serviço o trabalho assistencial do enfermeiro executado diariamente (ALVES *et al.*, 2013). Isso determina que o valor simbólico do trabalho não é somente a forma como este é realizado, mas como é percebido pelos colegas e pelos pacientes (VELLOSO, 2011). Portanto, essa percepção dos enfermeiros a respeito das

atividades realizadas no SAMU reflete suas percepções sobre uma prática, sendo que esta é construída também a partir de vivência entre os diversos atores envolvidos.

A realização de técnicas de enfermagem é considerado o ápice, a concretização de um objetivo profissional (ALVES *et al.*, 2013). Mas, nos relatos apresentados, é possível ver que eles não deixam de mencionar a prática gerencial, também presente no cotidiano do trabalho. É nítida a importância atribuída pelos enfermeiros à realização de procedimentos técnicos de enfermagem que podem ser relacionados a uma realização profissional e pessoal. Trata-se de um trabalho vinculado à produção de cuidados em quantidade e qualidade adequadas (CIANCIARULLO, 1997). Porém, eles não se esqueceram de suas funções administrativas, que são exigidas pelos serviços e fazem parte de sua formação profissional, atendendo ao previsto nas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (BRASIL, 2001). É possível inclusive perceber a atribuição de importância às atividades administrativas gerenciais como fundamentais para a produção do atendimento em si, considerado como produto final do trabalho na atenção pré-hospitalar.

Isso denota valor profissional conferido pelos enfermeiros a esta prática. Ou seja, eles reconhecem a importância da realização dessas atividades administrativas, ao mesmo tempo em que conferem valor a elas pelo fato de executarem-nas e, provavelmente, de fazerem parte de sua cultura profissional de formação e inserção no mercado de trabalho. Essa responsabilidade do enfermeiro no SAMU coloca em evidência seu papel na sociedade de se dedicar ao cuidado e à administração, fundamentado no conhecimento da importância da gestão do cuidado. Os processos gerenciais são os mais evidentes no trabalho do enfermeiro, que se subdividem em cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar (PERES e CIAMPONE, 2006).

No SAMU, o trabalho do enfermeiro é pactuado previamente em protocolos assistências, realizado sob o comando do médico regulador, que prescreve a distâncias as condutas e intervenções a serem realizadas. Porém, antes, durante e após o atendimento em si, existe todo um planejamento, organização e monitorização dos insumos necessários à realização das atividades. Neste caso, assim como em outros serviços de saúde, é o enfermeiro que faz a gestão dos materiais e medicamentos necessários ao processo assistencial. Dessa forma, o trabalho vai sendo construído de acordo com a realidade apresentada ao profissional em cada atendimento, sendo que na dinâmica do SAMU o planejado nem sempre é suficiente e exige adaptações, tornando o trabalho real mais complexo e desafiador que o trabalho prescrito.

De acordo com Marziale e Carvalho (1998), existe variação na organização do trabalho real que depende do trabalho em relação a suas relações sociais, à elaboração da atividade, aos modos operatórios reais e à dinâmica local da situação. Nesse sentido, como o SAMU é um serviço que possui uma rotina mínima e sua equipe está à mercê das demandas que se apresentam diariamente. O enfermeiro, neste contexto, “é considerado um profissional diferenciado, possuidor de grande habilidade técnica, equilíbrio emocional e preparo pessoal” (ROMANZINI e BOCK, 2010, p. 110). Trata-se da ocorrência de alterações na situação prevista a todo o momento, o que leva a mudanças inesperadas do trabalho que está sendo realizado. Essa imprevisibilidade pode ser considerada um dos desafios deste serviço, como se pode ver nos relatos que se seguem:

É um trabalho que lida com atendimentos de urgências e emergências [...] que atende a cada dia o inesperado. É um atendimento mais rápido [...] você tem sempre que se aprimorar, tendo que aprender. (Rosa)

Todo dia é uma coisa diferente, atendimentos diferentes, vítimas diferentes. Toda hora você está em lugar diferente, em hospitais diferentes. (Margarida)

O trauma sempre foi um desafio para a equipe. O trauma é o que a gente menos conhece. Não que a gente não tenha conhecimento, mas um paciente vítima de trauma nunca é igual a outro paciente. Ele sempre tem diferenças. Então, a gente tem uma mudança muito grande na qualidade dos pacientes que a gente atende, e isso faz com que o trauma seja um desafio maior que a parte clínica. (Cravo)

A própria característica do serviço é de ele ser dinâmico demais. (Girassol)

Face a dinâmica do serviço, composta pela imprevisibilidade do atendimento a ser prestado, o profissional necessita de competências diferenciadas no que concerne às habilidades, conhecimentos e atitudes para executar as intervenções necessárias em um contexto de demandas específicas em locais diferentes do município e da região. A capacitação não é somente em suporte básico e avançado de vida, mas também familiaridade e clareza quanto aos protocolos institucionais e situações apresentadas pelos usuários, nas quais cada pessoa é única na manifestação de um agravo, que pode não se enquadrar no

protocolo existente. Segundo os entrevistados, a própria dinâmica do serviço exige um aperfeiçoamento diário para execução do serviço com eficiência e qualidade.

Você precisa aprimorar sempre, tendo que aprender, por causa da questão do novo, do inesperado. Você nunca sabe realmente o que você vai encontrar. (Rosa)

Você tem que estudar muito, porque é muito cobrado. É uma característica não só do SAMU, mas da urgência e emergência. Você tem que ser bom tecnicamente. (Orquídea)

O novo e o inesperado nos atendimentos geram a necessidade de buscar atualização permanente, como previsto na estruturação do APH (BRASIL, 2002a), como forma de se posicionar em relação a este “novo”, que é um grande desafio para os profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade. Há cobranças externas e do próprio enfermeiro em relação ao seu desempenho, o que faz com que ele coloque o conhecimento como instrumental de suma importância para vencer os desafios.

4.3.2 Desafios do cotidiano de trabalho

Após uma aproximação das falas dos sujeitos da pesquisa, foi possível classificar seus desafios em: mental e emocional; e embates com as condições climáticas e físicas. Todos envolvem os riscos da cena e a violência. Quanto às questões mentais e emocionais, os profissionais relatam as imagens desagradáveis assistidas ao chegarem às cenas dos atendimentos. Trata-se de situações de morte ou quase morte, com vítimas expostas, apresentando fraturas incompatíveis com a vida, exposição de vísceras e muito sangue.

Alguns profissionais realmente desistiram, e a gente perdeu muitos colegas pelo caminho por não se adaptarem àquele tipo de atividade, de terem dificuldade de enfrentar a morte imediata, a morte de criança, afogamentos, suicídios. (Calas)

Eu acho que é mais penoso também a gente ver o local do acidente, ver a vítima lá naquela situação ou imediatamente após ter acontecido. Quando você trabalha na urgência do hospital, você já recebe essa vítima fora do contexto, fora da cena. (Margarida)

As cenas descritas pelos entrevistados são chocantes para qualquer pessoa. O enfermeiro tem que lidar com essas cenas desagradáveis, buscando a recuperação do indivíduo ou, pelo menos, dar-lhe dignidade na situação em que se encontra. A morte em si é referida como uma situação causadora de desconforto para o profissional, que, muitas vezes, não consegue trabalhar com isso diariamente e acaba desistindo de atuar no SAMU. A morte causa um sentimento diferente no profissional, na maioria das vezes, a sensação de impotência (SILVA e SILVA, 2007). Apesar de esta ser uma condição natural da vida, ou seja, comum no cotidiano dos profissionais de saúde, há que se ressaltar que eles são formados para manter a vida e, em geral, têm muitas dificuldades no enfrentamento de situações de morte.

Os relatos mostram como a cena exerce no profissional uma pressão negativa, abala seu subconsciente com imagens bruscas, violentas e aterrorizantes, que constituem fatores de desmotivação no trabalho. Tais imagens não estão relacionadas apenas a questões anatômicas e fisiológicas, mas também envolve o contexto social, a realidade local em que se encontram. Essa realidade imposta à equipe gera na mesma hora sentimento de frustração e tristeza.

Você está sempre frente a frente com a realidade brasileira, que são as favelas, que é um mundo a mais, que não é um mundo tão fácil assim, igual a gente vive. A gente vê a realidade. O tráfico de drogas é mais pesado. (Antúrio)

Pesquisa realizada com profissionais da USA em Ribeirão Preto identificou que “estes profissionais vivem em constante desgaste físico e mental, pois se defrontam com os limites e possibilidades para lidar com a dor, sofrimento, morte e, ao mesmo tempo, a prontidão, raciocínio rápido, a tomada de decisão assertiva e bom condicionamento físico” (CRISTINA *et al.*, 2008, p. 99). Trata-se de uma carga de trabalho que foge da governabilidade dos atores, pois não é eliminada com o passar do atendimento, nem com um dia de folga, ao passo que fica em movimento em sua mente. Essas situações frequentemente acompanham os profissionais em sua vida cotidiana, uma lembrança, às vezes, difícil de esquecer e não há suporte suficiente do serviço, como apoio ou recuperação do trauma gerado nos profissionais. O “glamour” do uniforme, apontado anteriormente, contrapõe-se às cenas grotescas de alguns atendimentos, mostrando os limites entre o empoderamento e as situações de sofrimento extremo dos profissionais, características do trabalho no SAMU com as quais o enfermeiro tem que lidar, em um desafio permanente de superação.

Esta realidade de trabalho também é vivida em outros serviços de atendimento de saúde, porém, no APH esta é diferente porque o sinistro frequentemente acabou de ocorrer e as vítimas muitas das vezes ainda estão em situações resultantes do evento causa. Ou seja, encarceradas em veículos automotivos, presas a máquinas de trabalho, debaixo de demolições ou nas situações clínicas sendo atendidas por familiares e leigos. Assim, a exposição dos profissionais está diretamente ligada ao fato inicial que culminou com a solicitação por atendimento e o local de ocorrência deste.

Ressalta-se, ainda, que, de acordo com a NR 9 (BRASIL, 1994), consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. As condições climáticas são relatadas, assim como aquelas geradas de cansaço e desgaste físico do profissional, além de dificultarem o trabalho da equipe quanto ao acesso às vítimas, por exigirem mais esforço físico do profissional. As constantes variações ambientais e os riscos da cena foram apontados em estudo recente como um ponto negativo do trabalho no SAMU (ALVES *et al.*, 2013; ROMANZINI e BOCK, 2010).

[...] é um trabalho desgastante, é um trabalho penoso. Você sobe morro, você desce morro, você trabalha na chuva, no sol, no calor, no frio. Os atendimentos ocorrem durante 24 horas, tanto de dia quanto de noite, sujeito às mudanças climáticas. (Estrelícia)

A gente trabalha com uma roupa muito calorenta. Precisa ser assim para proteger, mas é muito penoso, e na chuva também é bem penoso. (Astromélia)

Neste caso, trata-se da exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais físicos, que compreendem condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, etc (ZAPPAROLI e MARZIALE, 2006). Silva, Matsuda e Waidman (2012), em pesquisa recente realizada em unidade de urgência, também identificaram queixas dos profissionais relacionadas às altas temperaturas do local de trabalho como um fator de falta de qualidade do ambiente que, além de gerar desconforto aos usuários e profissionais, interfere na qualidade da assistência prestada. Face a exposições, os profissionais do SAMU possuem um grande risco potencial de adquirir doenças ocupacionais (GUIMARÃES *et al.*, 2011).

É a questão física das doenças ocupacionais, as hérnias de disco, as hérnias inguinais. Basicamente, o que nós vemos são problemas osteoarticulares. (Calas)

O fato de os profissionais estarem em um cenário aberto, como avenidas, rodovias, aglomerados e domicílios também os expõem a riscos sociais, como a violência verbal, física e social. Ou seja, o sofrimento da equipe não está relacionado apenas ao lidar com pacientes graves, mas ao fato de vivenciarem, muitas vezes, situações incontroláveis, que fazem com que se sintam impotentes (OLIVEIRA *et al.*, 2004). Isto causa preocupação e repulsa nos profissionais, que se encontram em um embate situacional quando sabem que a situação colocada pode, de alguma forma, causar-lhes danos.

Você é agredido verbalmente e é agredido até, às vezes, fisicamente. Então, são regiões de risco que você entra, e a gente não tem essa diferença, seja rico, seja pobre, seja preto, seja branco, seja pardo. Não importa para a gente o tipo do paciente. A gente atende toda a demanda e está sujeito a toda demanda. Então, atendemos marginais, ladrões, empresários, atendemos de tudo. Não tem como fazer essa diferenciação e não é pra isso o serviço. Realmente, é pra atender a população, indiferente da sua condição de ser humano, independente disso. (Estrelícia)

Muitas cenas em que nos envolvemos são penosas. São os riscos de tanta violência urbana. Isso aí é ruim. (Girassol)

Pesquisa realizada com profissionais do SAMU revelou que 75% dos entrevistados relataram a violência como o fator de risco mais preocupante no trabalho (ZAPPAROLI e MARZIALE, 2006). A agressão verbal ocorre neste momento de estresse do familiar e, até mesmo, da própria vítima, que acaba proferindo palavras grosseiras contra o profissional que se deslocou até a cena na tentativa de ajudar aquele que sofre. Neste momento, ocorre uma mudança de posição dos sujeitos, em que o profissional encarregado de diminuir a dor, o sofrimento da vítima, acaba tornando-se vítima em contexto ainda mais complexo do que o que estava colocado na situação inicial. Isso porque, mediante a situação encontrada, o enfermeiro terá que controlar sua angústia, seu sofrimento e, acima de tudo, ser profissional para prestar cuidados a quem, apesar do ocorrido, necessita de sua intervenção.

Ao atenderem todos os tipos de pessoas, indiferentemente de classe social, os enfermeiros ficam expostos, até mesmo, à agressão física. Quando se chega a esse ponto,

ocorre uma desestruturação da linha de atendimento pré-hospitalar, na qual o impensado, o improvável, emerge do sofrimento do outro e gera aflição ao trabalhador. Unidades de emergência podem ser consideradas um dos locais de maior sofrimento psíquico para o trabalhador, devido à própria dinâmica do serviço, seu funcionamento 24 horas e o livre acesso do usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2004). Essa situação angustiante de trabalho produz uma gama de queixas dos enfermeiros não somente pelo perigo potencial existente nas pessoas envolvidas na cena, mas também pela própria figura do local.

Porque você acaba ficando muito inseguro. Você está dentro de uma dessas favelas, está tendo tiro trocado, e você lá no meio, e pode acabar ferido. Ou você vai atender uma paciente em uma rodovia, pode vir outro carro e te atropelar, né? (Antúrio)

O risco que a gente corre entrando em locais de perigo, às vezes, tem agressor de alguma vítima que ainda está na cena e persegue a ambulância. (Gérbera)

Existem algumas situações que a gente tem que entrar em área de risco. A gente espera a escolta da Polícia Militar. (Cerejeira)

Em algumas situações, a alternativa de proteção da equipe é trabalhar juntamente com a polícia, que trabalha na tentativa de garantir que a equipe de saúde possa ter acesso à vítima e executar o atendimento com segurança. Esta prática pode resultar em atraso para a chegada da equipe até a vítima, mas trata-se de uma pactuação necessária para abonar a possível violência já estabelecida na cena. Dessa forma, existe um trabalho em conjunto dos profissionais de saúde com a polícia. Mesmo assim, a prestação de atendimento em rodovias e a exposição deles à violência social, principalmente nos atendimentos em aglomerados, são consideradas aspectos negativos do trabalho no SAMU (ALVES *et al.*, 2013).

Outro aspecto importante é a violência nas vias de trânsito, em veículos em alta velocidade ou, até mesmo, devido à falta de atenção de motoristas e profissionais quanto à falta de sinalização do local acabam gerando novos acidentes envolvendo a equipe do SAMU. Além disso, a própria ambulância do SAMU no transporte do paciente até as unidades fixas de saúde pode causar danos à equipe ao envolver-se em colisões. Dessa forma, a busca da equipe em corrigir um dano ocorrido na saúde da vítima pode determinar um agravo aos próprios profissionais, que reconhecem esta situação como perigosa.

Você está exposta, está sendo vista, e os acidentes podem acontecer com você também a partir do momento que você está na rua. Você pode ser agredida, pode sofrer um acidente, porque é uma ambulância móvel, é um carro. Então, você pode sofrer um acidente. Como você atende em qualquer tipo de ambiente sem discriminação nenhuma, entra em aglomerado de alto risco, se expõe muito ao perigo. (Estrelícia)

O próprio serviço possui ferramentas que tentam reduzir esses riscos de o profissional sofrer danos na cena. Essas ferramentas estão relacionadas com o posicionamento estratégico da ambulância de acordo com a colocação espacial da vítima, sinalização da área e isolamento dela, caso seja necessário, além da própria roupa do profissional, que possui refletores luminosos que facilitam sua identificação a distância.

Por se tratar de uma atenção à saúde extra-hospitalar, a equipe fica realmente desprotegida. A inexistência de instalação física neste processo também constitui fator de exposição da equipe, que chega a comparar tal situação com a prática do atendimento de urgência e emergência em unidades hospitalares. No entanto, estas são consideradas mais seguras não somente pela existência do posto permanente de trabalho como também pela organização estrutural do serviço e disposição de maior equipe multiprofissional para controle como porteiros e seguranças.

São muitos riscos que a gente não tem dentro do hospital. Por exemplo, risco de acidente com a ambulância, capotar, bater, risco de agressão porque a gente está no local da cena. (Margarida)

No cenário de trabalho do enfermeiro, os entrevistados também se referem ao prazer desta prática como a grande motivação que os faz permanecer no serviço. Eles possuem clareza quanto aos desafios a serem enfrentados diariamente. Mas, apesar destes, a satisfação com esta prática é que os fortalece para continuar.

[...] as pessoas que trabalham aqui é porque gostam do que fazem. Porque se você for olhar por outro lado, é um trabalho desgastante, penoso. (Estrelícia)

Diante do exposto, é possível visualizar que o cotidiano do enfermeiro do SAMU “não é, de modo exclusivo, nem de um lado o aparente/falso e funcional em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem de outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos” (MERHY, 2002, p. 117). Neste

caso, o cotidiano é o local onde a satisfação se mistura com o medo, com a angústia diante da morte e com a alegria por ter salvado uma vida. Neste contexto, de técnica, gestão e cuidado, a formação do enfermeiro, atualmente, constitui o grande desafio de formá-lo com competência técnica, política, conhecimento, sensibilidade para as questões da vida e da sociedade para que ele possa intervir em situações de incerteza e complexidade (SILVA *et al.*, 2010). Nos referimos assim à construção profissional de um indivíduo que vive em seu contexto profissional na árdua busca de saber lidar com as condições de trabalho que lhes são colocadas, juntamente com a necessidade de ajudar o outro que sofre.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, foi possível fazer algumas considerações importantes a respeito da vivência cotidiana do enfermeiro do SAMU. Com base em seu objetivo de analisar as situações particulares do cotidiano de trabalho do enfermeiro nos diferentes cenários de atuação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a partir de suas vivências relatadas, pôde-se aproximar da prática de trabalho do enfermeiro e a partir deste contato, realizar a descoberta do que está por trás da ligação gratuita para o 192, da ambulância que diariamente circula nas ruas da cidade ou da notícia de jornal. Tudo isso permitiu compreender a relevância deste profissional inserido em uma equipe pequena, mas que possui uma gama de responsabilidades, além de vontade e conhecimento para salvar vidas.

Deparou-se aqui com um profissional que está em contato diário com várias equipes de saúde, em um trabalho mútuo e contínuo, cujo objetivo é atender à vítima. Nesta ótica, o serviço exige do profissional a compressão da importância da realização de um trabalho em equipe, além de esclarecimento quanto às políticas do SAMU e do SUS. Isso, para que exista uma interação entre os profissionais do SAMU e destes com os da Rede de Atenção à Saúde, de modo a superar os conflitos existentes atualmente. Desta forma, é construída inicialmente uma relação de amizade e confiança entre os médicos, enfermeiros e socorristas que tripulam a USA no atendimento a paciente com alto risco de morte. Trata-se de uma equipe pequena, na qual um depende do outro, ao mesmo tempo em que ocorre uma troca de conhecimento entre os atores envolvidos, sempre considerando que cada um tem seu papel de suma importância no momento do atendimento.

É uma relação de trabalho baseada na confiança, com a certeza de que cada um conhece seu papel e irá executá-lo na hora certa, o que pode significar a vida ou a morte de um indivíduo, sem o estabelecimento prévio de uma supervisão de um profissional sobre outro, inclusive, por se tratar de uma equipe multiprofissional, com base nas orientações do médico regulador, no caso das USB. Isso é visto pelos entrevistados como a inexistência de hierarquia na equipe, mas configura-se como pseudo autonomia profissional, porque as decisões são determinadas pelo serviço, na figura do médico da USA e do médico regular. Além das determinações que devem ser seguidas de acordo com os protocolos assistenciais, gerenciais, resoluções e leis que orientam o APH. Desta forma, o trabalho é realizado pelo grupo por meio do estabelecimento de uma harmonia profissional construída pelos sujeitos. Entretanto, não é negada a existência de dificuldade nesta relação no que se refere à falta de conhecimento dos profissionais em relação à equipe como um todo, devido à grande expansão do serviço.

A situação se torna diferente quando a equipe entra em contato com as unidades fixas de saúde, tendo em vista que a relação não é tão harmoniosa, mas, muitas vezes, conflitante, devido à superlotação nas UPAs e nos hospitais, à forma de trabalho estabelecida, na qual o SAMU tem a prerrogativa de trabalhar com a determinação da vaga zero, e, até mesmo, à falta de comunicação entre os profissionais de saúde. Os entrevistados percebem certa rejeição por parte dos profissionais das unidades fixas, o que dificulta o trabalho em tempo adequado, podendo, inclusive, atrasar a transferência da vítima.

Outro aspecto importante prende-se à relação do enfermeiro com os pacientes e seus familiares, percebida como respeitosa por estes, expressa por meio da valorização e, até mesmo, pela gratidão demonstrada pelos profissionais. Existe, em verdade, certa admiração do usuário em relação ao enfermeiro do SAMU, influenciada, entre outros aspectos, pelo poder que o macacão exerce sobre o imaginário das pessoas. Trata-se mais do que um simples reconhecimento da prestação de um serviço, mas de uma satisfação em relação àquele que respondeu às necessidades de alguém que sofre. Assim, quando a resposta do serviço não é a realização de um atendimento propriamente, existe uma mudança nesta postura. Ou seja, a satisfação do usuário está relacionada à maneira como o serviço atende a sua demanda e responde a suas expectativas.

Considerando como detalhes as questões ímpares do trabalho do enfermeiro, foi possível identificar que se trata de um profissional que é o gestor do APH no que tange a planejamento e gestão de insumos. Dessa forma, o profissional exerce tanto as atividades técnico-assistenciais que lhe cabem legalmente, como as atividades administrativas para as quais ele também foi formado e que também são parte de suas atribuições. Os entrevistados agregam valor à realização do cuidado propriamente dito, exercido por meio de técnicas de suporte básico e avançado de vida, sem deixarem de lado as atividades administrativas. Nesse sentido, eles exercem o trabalho prescrito pela regulação médica, pactuado em protocolos institucionais, e o trabalho real, inerente à sua categoria profissional e de acordo com o contexto da demanda, no qual o novo está sempre presente. O enfermeiro do SAMU é considerado portanto, um profissional diferenciado, que consegue trabalhar com agilidade e destreza em um ambiente em constante mudança no atendimento em situações de urgência e emergência pré-hospitalar.

Em relação aos desafios do trabalho do enfermeiro do SAMU, foi possível identificar que estes se constituem em: mental e emocional; e embates com as condições climáticas e físicas, desafios que envolvem as características árduas e os riscos da cena e a violência

verbal, física e urbana. Neste contexto, as questões mentais e emocionais estão diretamente relacionadas ao contato cotidiano com a morte e a situações incompatíveis com a vida e situações de quase morte. Isto configura uma realidade de trabalho que pode ser considerada diferente no ATP onde a equipe do SAMU é a primeira a lidar com a vítima em situação de urgência e emergência. Desta forma eles na prestação no primeiro atendimento, estabilização da vítima, eles mudam esta realidade inicial que será visualizada posteriormente pelos profissionais das unidades fixas de saúde. Trata-se de fatores que fazem com que alguns profissionais escolham, inclusive, não trabalhar mais neste serviço, em decorrência das pressões e da situação de trabalho, na qual é permanente a exposição a cenas desagradáveis que geram sofrimento e desmotivação. Portanto, há que se considerar o perfil do enfermeiro para trabalhar no SAMU, cujas características estão previstas nas Resoluções sobre atendimentos de urgência e no APH, não basta apenas conhecimento técnico científico e habilidade de trabalho em urgência e emergência.

Outra questão relacionada é a exposição do enfermeiro às intempéries físicas e sociais, que compreendem elevados riscos em sua atuação. Trata-se do desgaste causado pelas constantes variações climáticas nas quais são realizados os atendimentos, ou seja, exposição a chuva, sol e calor intenso, dentre outros. Além disso, chama a atenção a exposição da cena, relacionada a violência social e a atendimento em aglomerados nos quais ainda está ocorrendo troca de tiros e, até mesmo, em rodovias, o que expõe a equipe a risco de acidentes de trânsito. Há riscos diversos que podem ser agrupados em físicos, sociais, como violência em ambientes urbanos frente a vítimas e familiares em situações de sofrimento ou que não tenham sido contemplados em suas expectativas, além dos desafios profissionais diante das cenas de morte ou quase morte, que são cenas de horror para a maioria da população. Também, fraturas, quedas, exposição de vísceras, pessoas vítimas de arma de fogo ou arma branca fazem parte deste trabalho cotidiano dos enfermeiros do SAMU.

Neste contexto, foi possível identificar que o enfermeiro é exigido em relação a conhecimento técnico científico, postura profissional e habilidade para trabalhar em equipe e lidar com a população, além de esforço físico e controle emocional para atender a situações inesperadas em ambientes diversos. Assim, este estudo possibilitou o reconhecimento da importância deste profissional no APH avançado e dos desafios diários que ele enfrenta para exercer seu trabalho com eficiência e qualidade. Porém, não houve com este estudo a pretensão de esgotar a compreensão da temática que foi reafirmada como relevante e rica em possibilidade de investigação, principalmente no que à buscar pela compreensão das

subjetividades que permeiam o cotidiano de trabalho do enfermeiro no SAMU. Assim, a partir desta investigação surgiram novas perspectivas de investigações neste cenário que podem ser realizadas principalmente no que tange às dicotomias deste cotidiano de trabalho e identidade profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P.; *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 146-152, jun. 2012.
- AHL, C.; NYSTRÖM, M.; JANSSON, L. Making up one's mind: -patient's experiences of calling an ambulance, *Acc. Emerg. Nurs.*, v. 14, p. 11-19, 2006.
- ALVES, M. *et al.* Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 208-15.
- ALVES, M. *et al.* Percepções de usuários sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, *Cienc.Cuid. Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 543-551, jul./set. 2010.
- ALVES, M. *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Representações Sociais de Usuários e Profissionais.* Projeto de pesquisa. 2008.
- ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de belo horizonte, *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 181-187, abr./jun, 2010.
- ARAÚJO, M. T. *Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência.* 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ARREDONDO L, A.; MELÉNDEZ C, V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud, *Rev. méd. Chile*, Santiago, v. 131, n. 4, abr. 2003.
- AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência, *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 63, n. 6, p. 1010-1018, nov/dez. 2010.
- AZEVEDO, T. M. V. E. *Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentadas na promoção da saúde.* 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BASTOS, G. A. N. *et al.* Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil, *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300005&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 02 set. 2012.
- BELO HORIZONTE. Revista eletrônica Mensal da SMSA-PBH. Edição nº26. Fevereiro de 2004. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/fevereiro2004/samu.html>>. Acessado em: 16 mar, 2011.
- BÍBLIA SAGRADA. N. T. Lucas. 22ª ed. São Paulo: Editora Paulus, 1997. cap. 10, p. 1327-1328.
- BOBBIO, N. *Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos.* Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 3 out. 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n° 375, d 24 de março de 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, DF; 2011. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.abr.11/Iels62/U_RS-COFEN-375_220311.pdf. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM n°. 1.863, de 29/09/2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 set. 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM n°. 1.864, de 29/09/2003*. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 set. 2003b.

BRASIL. Cofen. *Resolução Cofen 311/07*, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 08 fev. 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n. 6.229*, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 1975. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/53604/leino-6229-de-17-de-julho-de-1975>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n. 7.498/86*, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Brasília (DF); 1995. Disponível em: www.cremesp.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

BRASIL. *Datasus2011c*. Disponível em: www.datasus.gov.br>. Acesso em: 06 abr. 2011.

BRASIL. *Decreto n°7.508*, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a lei n° 8080, de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). *Portaria GM n°. 2.048*, de 05/11/2002. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3ªed.ampl.Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 256p. (Série E. Legislação de

Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde 2006, v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1600, de 07/07/2011*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 07 jul. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Res. CNS 196/96. Bioética 1996, 4 (2suppl): p. 15-25. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. *Manual de Regulação Médica das Urgências*. Brasília (DF); 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2004a. 364p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004b. 20 p

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Normas Regulamentadoras 1994 NR9 – Programa de prevenção de riscos ambientais Internet*. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislação/normas_regulamentadoras/nr_09_at.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRASIL. *Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência – SAMU*. [org. MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S.]. 1999.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste Brasileiro, *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 11, n. 4, p. 530-540, 2008.

CAMPOS, C. M. S. *Necessidade de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)*. 2004. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005a. 236 p.

CAMPOS, R. M. *Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho*. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005b.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século, *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, v. 12, n. 2, p. 63-75. 2003.

- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Organizadores) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. cap. 4, p. 113-126.
- CESSE, E. A. P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. 2007. 296f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- CIANCIARULLO, T. I. *C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados*. São Paulo: Ícone, 1997.
- CRISTINA, J. A.; *et al.* Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória, *Ciencia y Enfermería*, v. XIV, n. 2, p. 97-105, 2008.
- DALL'AGNOL, C. M.; LIMA M. A. D. S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde, *Rev. Eletrônica Enferm.*, v. 11, n.3, p. 674-680, 2009.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston NE: Harvard University Press, 1973. 649 p.
- DUARTE, E. D.; *et al.* O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde, *Rev. Eletr. Enf. Internet*, 2012, v. 14, n. 1, p. 86-94. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a10.htm>> Acesso em: 21 jan. 2013.
- FENTANES, L. R. C.; *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa, *Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 3, p. 530-535, jul./set. 2011.
- FERNANDES, R. J. *Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto*. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- FERREIRA, C. S. W. *Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré – hospitalar*. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FERREIRA JUNIOR, M. A.. Os reflexos da formação inicial na atuação dos professores enfermeiros. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 6, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 aug. 2012.
- FOLDES, S.S.; FISCHER, L.R.; KAMINSKY, K. What is an emergency? The judgments of two physicians. *Ann. Emerg. med.*, v. 23, n. 4, p. 833-840, Apr. 1994.
- FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da falta do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa, *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, mai./ago. 2004.
- GENTIL, R. C. Aspectos históricos e organizacionais da remoção aeromédica: a dinâmica da assistência de enfermagem, *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 31, n. 3, p. 452-467, dez. 1997.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2007. cap. 11, p. 117-127.

- GUIMARÃES, E. A. A.; *et al.* Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência, *Ciencia y Enfermería*, v. XVII, n. 3, p. 113-123, 2011.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro, *Cogitare Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 410-421, 2008.
- LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar, *Medicina*, Ribeirão Preto, n. 32, p. 381-387, out/dez. 1999.
- LÜDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 1986. 99 p.
- LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário, *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12-17, 2003.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011, *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-761, ago. 2012.
- MARQUES, G. Q. *Acesso e utilização do serviço de Atendimento Móvel de urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas*. 2010. 190f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde, *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 15, n. 1, jan/fev. 2007.
- MARTINS, F. J. A. *Manual do socorro básico de emergência*. 9ª ed. Revisada. 2009.
- MARTINS, P. P. S. *Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidades de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da Filosofia da Práxis*. 2004. 264f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. P. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas, *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-75, 2003.
- MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C.; Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan. 1998.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde, *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set/out. 2010.
- MCINTYRE, D.; MOONEY, G., eds. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University, 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In.: *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 57-99.

MERHY, E. E; *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 3, p.113-160.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Implantação da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. *Oficina 1: Alinhamento conceitual e matriz de competências dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência*. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/oficinas-de-implantacao-da-rede-de-urgencia-e-emergencia/Oficina%201_Alinhamento%20Conceitual_NordesteJeq%20final.pdf> Acessado em: 16 mar. 2011.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde: 12ed.São Paulo: Hucitec, 2010.407p.

MOSCHEN, R.; MOTTA, M. G. C. Enfermagem em unidade de emergência: interfaces e interdependências do corpo de trabalho, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 5, p. 8 telas, set/out. 2010.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers, *Cad. Saúde. Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, Dez. 2007.

O'DWYER, G. Management of attention to emergency rooms and the federal role, *Cienc.Saude Col.*, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

OLIVEIRA, E.B. et al. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho, *R Enferm UERJ* 2004; 12:179-85

OZGULER, A.; BAER, M. EMS: SAMU deshauts de siene. Out de 2006. Disponível em :<<http://www.eed-network.eu/assets/presentations/France.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2011.

PAIVA, M. H. R. S. *Atendimento Pré-Hospitalar Público de Belo Horizonte: uma análise da adoção à medidas de precaução pela equipe multiprofissional*. 2007. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PAVARINO FILHO, R. V. Morbimortalidade no trânsito: limitações dos processos educativos e contribuições do paradigma da promoção da saúde ao contexto brasileiro, *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 18, n. 4, p. 375-384, out/dez. 2009.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito, *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. 2, p. 320-327, 2009.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro, *Texto Contexto Enferm. Online*, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>> Acesso em: 20 de ago. 2011.

PIRES, M. R. G. M.; *et al.* Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde, *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 3, p. 559-567, 2009.

PLOTJOWSKI, L. M. *et al.* Atendimento de emergência pré-hospitalar, *Prat. Hosp.*, v. 3, n. 3, p. 40-44, 1998.

- PRZENYCZKA, R. A et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012.
- QUARESMA, V. B. S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais, *Revista eletrônica dos Pós-graduandos em sociologia. Política da UFSC.* v. 2, n. 1, p. 68-80, jan/jul. 2005.
- RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais, *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 3, p. 355-360, 2005.
- RIBEIRO, J. M. da S. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIII, n. 5, dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 16 ago. 2012.
- ROCHA, A. F. S. *Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*.2005.97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- ROCHA, P. K. et al. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica, *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, n. 6, p. 695-698, nov/dez. 2003.
- ROCHA, R. L. P. *Percepções dos Profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte*.2009.108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, 18(2):[08 telas] mar-abr 2010.
- SAMU PARIS. Disponível em: <http://www.samu-de-france.fr/fr/vie_samu/presentation> Acessado em: 20 ago. 2011.
- SANCHEZ, R. M., CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde, *Rev.Panam.Salud. Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-268,2012.
- SANTOS, L. R. S. *Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde*. 2004. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- SANTOS, R. R.; et al. *Manual de socorro de emergência*. São Paulo: Atheneu, 1999. 369 p. il.
- SILVA, A. M.; SILVA, M. J. P. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos, *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de JANEIRO, v. 15, n. 4, p. 549-554, out./dez. 2007.
- SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, abr./jun. 2012.
- SILVA, M. G.; et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas, *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan/mar. 2010.
- SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 1211-1222, 2007.

STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde*. 1991. 765f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TACAHASHI, D. M. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências – um novo desafio para a enfermagem, *Rev. Bras. Enferm.*, v. 44, n. 2-3, p. 113-115, 1991.

TACSI, Y. R. C. *Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência – Parada cardiorrespiratória*. 2003. 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

THOFEHRN, M. B.; *et al.* A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem, *Cienc. Cuid. Saúde*, v. 6, suplem. 2, p. 468-473, 2007.

THOMAZ, R. R.; *et al.* Enfermeiro de bordo: uma profissão no ar, *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 86-96, 1999.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003, *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa quantitativa em educação em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 173p.

VELLOSO, I. S. C. *Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de urgência de Belo Horizonte*. 2011. 128f. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VELOSO, I. S.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte, *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 33, n. 4, p. 126-132, 2012.

VIRGINIA. Serviço de Emergências Médicas. *The history of sem (emergency medical services)*. Disponível em: <<http://warhmmmer.mcc.virginia.edu/cars/milestones.html>>.

WHORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 15 mar. 2011.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212p.

YOSHIMOTO, M. S.; *et al.* A comunicação como competência para o processo educativo das equipes de enfermagem. In: CUNHA, K. C. (coord.). *Gerenciamento na Enfermagem: novas práticas e competências*. São Paulo: Martinari, 2005, p. 69-86.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P.; Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências, *Rev. Bras. Enferm. Online*, v. 59, n. 1, p. 41-46, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a08v59n1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

DATA : ___/___/___

ENTREVISTA Nº ___

IDADE: ___

SEXO: ()F ()M

ESTADO CÍVIL: -

TEMPO DE

FORMADO: _____

POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO: () SIM () NÃO

QUAL ESPECIALIZAÇÃO:

FUNÇÃO:

PERÍODO NA FUNÇÃO:

REMUNERAÇÃO EM SALÁRIOS

MÍNIMOS: _____

- 1) Fale para mim sobre o seu trabalho no SAMU.
- 2) Quais são os pontos positivos de trabalhar no SAMU?
- 3) Quais são os pontos negativos de trabalhar no SAMU?
- 4) Como são as relações entre os profissionais do SAMU?
- 5) Como você percebe a relação do SAMU com os pacientes e com os outros serviços de saúde?

APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**GESTÃO DE PESSOAS E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM NO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA**” desenvolvido pela Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG Thays Batista da Rocha, orientado e coordenado pela Dra. Marília Alves. Sua participação na pesquisa será respondendo a algumas perguntas sobre o SAMU sendo que sua participação não é obrigatória. Caso concorde em participar você deverá responder um questionário rápido cujo material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio da análise das respostas dadas em relação ao seu trabalho no SAMU. O objetivo deste estudo é analisar as particularidades do cotidiano de trabalho do enfermeiro nos diferentes cenários de atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a partir de suas vivências relatadas. Várias pessoas estão respondendo ao questionário e suas falas serão utilizadas juntas para escrever trabalhos científicos, sendo cada questionário identificado apenas pela letra E enumerada de acordo com a aplicação dos questionários. Sua participação então consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação socioeconômica e ao questionário com perguntas abertas. O local, data e horário da aplicação do questionário serão agendados antes de nossa conversa, de acordo com a sua disponibilidade. Você poderá sair do estudo a qualquer momento se quiser sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com a pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos, dissertação de mestrado e tese de doutorado da escola de Enfermagem da UFMG.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em responder ao questionário solicitado, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e em dissertação de mestrado e tese de doutorado.

Assinatura entrevistado

Assinatura pesquisador

Mestranda Thays Batista da Rocha

Av. Augusto de Lima 170/701
Bairro: Centro
CEP: 30.190.001 Belo Horizonte-MG
Fone: 31.92217071
Email.: thaysnf23@gmail.com

Prof. Marília Alves

Av. Alfredo Balena, 190 /Sala 217
Bairro: Santa Efigênciã.
CEP.:30.130.000 Belo Horizonte –MG
Fone: 34099849

COEP UFMG

Av. Presidente Antonio Carlos, 667
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sl2005
CEP.: 31270.901. Belo Horizonte-MG.
Fone: 34094295

Email: coep@prpq.ufmg.br

CEP Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro
Funcionários. Belo Horizonte - MG
Cep 30130-007
Tel: (31) 3277-5309 /

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 0147.0.203.410-11

**Interessado(a): Profa. Marília Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de setembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B – Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0442.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Marília Alves

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 06 de dezembro de 2011, o projeto de pesquisa intitulado “Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço Móvel de Urgência”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Rosiene Maria de Freitas - BM: 34315-7
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
SMSA/BH