

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

CHARLES SOUZA DA PAZ

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
MÓVEL: ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICOS E LEGAIS**

**NATAL / RN
2010**

CHARLES SOUZA DA PAZ

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
MÓVEL: ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICOS E LEGAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito obrigatório para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^o.: Osvaldo Goes Bay Júnior
(Msc.)

NATAL - RN
2010

CHARLES SOUZA DA PAZ

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICOS E LEGAIS** apresentada pelo aluno CHARLES SOUZA DA PAZ à coordenação do curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, foi considerada aprovada pela Banca Examinadora, abaixo discriminada:

Aprovada em: ____, ____, ____ .

BANCA EXAMINADORA

Profº. Osvaldo de Gois Bay Júnior (Msc.)

Orientador

Docente da FARN-RN

Profª. Patrícia de Cássia Bezerra Fonseca (Msc.)

Docente da FARN-RN

Profº. Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira (Msc.)

Docente da UFRN/ UnP

Dedico este ao criador de todas as coisas, o princípio e o fim, o que É, e sempre será. Sem Ele nada do que foi feito se fez, o que faz do impossível algo possível, real e palpável.

Ao meu pai Luiz Manoel da Paz, um homem que dedicou sua vida ao trabalho na esperança de dias melhores para os seus, nos mostrando que podemos tudo quando queremos e lutamos. Que fez e faz da luta trabalhista sua bandeira, sempre acreditando na força e poder de uma classe trabalhadora unida e organizada.

A minha mãe, Maria Souza da Paz, uma mulher que de fato herdou a Paz, e a grandeza de ser chamada de Maria. Seus ensinamentos e cuidados sempre presentes me fizeram forte a buscar este sonho. Até hoje nos ensina que existem momentos na vida que o silêncio e uma das armas mais poderosas de um grande guerreiro. Sua luta constante pela vida que motivaram a ser forte e não desistir.

A minha esposa, Ivânia Shirley, fiel companheira, que suportou até seu limite as minhas ausências, não poucas, na tentativa de conciliar família, escalas de plantão, faculdade e amigos. Meu agradecimento e perdão pelas brechas que ficaram no decorrer dos anos.

A minha filha, Cynthia Nayara, que me deu coragem de acreditar e responsabilidade de lutar, na tentativa de lhe proporciona dias melhores, um futuro equilibrado e seguro. Meu perdão pelas ausências, meu agradecimento pelo sorriso e abraço sincero.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos meus irmãos que apesar da distância imposta pelos afazeres diários de cada um, sempre entenderam a minha luta, e foram exemplos de conquistas.

Aos meus amigos de trabalho da Unidade Mista da cidade da Esperança, em especial a Sayonara Regia e Elizângela Ferreira, que supriram minha ausência na escala, sendo jóias de valor. A amiga Solange e demais colegas do SAMU Metropolitano, que entenderam e me apoiaram na luta por esta vitória. A todos do SOS Unimed, em especial ao amigo Sueraldo Moreira, ao qual chamo de General, que foi meu braço forte durante estes quatro anos da graduação, sempre com uma palavra de ânimo e um abraço sincero. Ao amigo Carlos Marques, e demais do Hospital da Cidade de Guamaré, que com um sorriso fácil se fez construir uma forte amizade.

Aos enfermeiros aos quais tive o prazer de ser coordenado durante estes anos, tanto no Hospital da Unimed (na pessoa de Tatiane e Nadja), no SOS Unimed (na pessoa da Enfermeira Cecília Karla, Renata Campos e Vanusa Cunha e ao Drº Haroldo Júnior, Médico Coordenador do SOS), no Hospital Manoel Lucas de Miranda (Guamaré – na pessoa do Enfermeiro Aridalto e da Enfermeira Cristina), na Unidade Mista da Cidade da Esperança (na pessoa de Anastácia, Alisson Denes e Enfermeira Solange) e no SAMU Metropolitano, com o apoio indispensável também da enfermeira Cecília Karla.

Aos amigos (as) da vida, que de perto ou mesmo de longe, sempre acreditaram que esta conquista era possível, amigos que conquistei e fui conquistado também nestes quatro anos na FARN e com breve passagem pela UERN em Santa Cruz - RN. Meus familiares, Avó, tios, primos, sobrinhos, meu muito obrigado.

Ao Professor Oswaldo de Gois Bay Júnior, que aceitou o convite de ser meu orientador, e tem sido muito mais que um professor e um orientador: um amigo que sempre usou sábias palavras nas horas mais difíceis, que norteou meus caminhos na elaboração deste trabalho. Apesar das inúmeras atividades, não criou objeções de me ouvir sempre que necessário, compartilhando seus conhecimentos, seu saber, sua paciência e sua forma humana de acolher a quem o procura, participando com todas as forças na construção deste. Um homem que entende e ensina que a única ferramenta para a liberdade está no conhecimento, lição que

aprendi bem antes de tê-lo como orientador, suas palavras de ânimo sempre haverão de soar em meus ouvidos, e serão combustível para os dias difíceis.

Meu muito obrigado à memória daqueles que já se foram, mas deixaram no coração saudades e força de seguir em frente. Ausentes nas palavras, nos gestos, já silenciados pela vida, mas com conselhos ainda presentes que ecoam até o fim da minha existência.

“A sabedoria de um ser humano não está no quanto ele sabe, mas no quanto ele tem consciência de que não sabe.”

Augusto Cury

RESUMO

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) tornou-se um dos serviços em destaque nos últimos cinco anos no Brasil, despertando o interesse de muitos profissionais e constantes críticas na mídia. Esse serviço vem proporcionado um atendimento sistematizado, eficaz e eficiente às vítimas de natureza clínica, psiquiátrica, traumática e obstétrica, diminuindo seqüela e aumentando a expectativa de vida da população que por ventura venha sofrer algum destes agravos. Sua implantação legal no Brasil se deu mediante aprovação da portaria 2.048 GM/MS, datada de 2002. Na tentativa de buscar na história como ocorreu a implantação deste serviço no Brasil, e de que forma o enfermeiro desempenha as suas atividades e como se dar sua capacitação, com destaque na abordagem histórica e legal, desenvolveu-se esta pesquisa. Neste estudo realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa acerca do caráter histórico documental do APHM, bem como do papel do enfermeiro neste serviço. Para tanto, foi eleita a do tipo bibliográfica a fim de verificar-se o conhecimento produzido sobre a temática até o momento, tendo por base as publicações acerca do tema nos últimos 10 anos. Constatou-se que este ainda é um serviço em aperfeiçoamento, sendo um amplo mercado para a atuação do enfermeiro, e necessitando muito de uma capacitação em nível de graduação e de pós-graduação. Verificou-se que existem bases legais que garantem a atuação do enfermeiro, e garantem ao cliente grave e em risco de morte, uma assistência direta destes profissionais, norteados pela lei do exercício profissional da enfermagem. Destacou-se que as funções de um enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel rompem as barreiras da assistência, uma vez que este deve estar capacitado para atuar no gerenciamento do serviço, na capacitação e na fiscalização direta e indireta de toda assistência prestada pela enfermagem, seja no suporte básico ou avançado de vida.

Palavras-chave: História do Atendimento Pré-Hospitalar. Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

ABSTRACT

The Prehospital Care Mobile has become one of the services highlighted in the last five years in Brazil, attracting the interest of many professionals and constant criticism in the media. This service has provided a systematized care, efficiently and effectively to victims of clinical, psychiatric, and obstetric trauma, decreasing skin damage and increasing the life expectancy of the population that will suffer by any chance any of these conditions. Its implementation was made legal in Brazil with the approval of Law 2048 GM / MS, dated 2002. In an attempt to seek in history occurred with the deployment of service in Brazil, and how nurses carry out their activities and how to get their training, with emphasis on historical and legal approach, developed in this research. In this study we conducted a qualitative survey of the historical documentary about the MPC and the nurse's role. For that, she was elected to the type literature in order to verify the knowledge produced on the subject to date, based on publications on the subject over the past 10 years. We note that this is still an improvement in service, a large market for nurses' performance, requiring a lot of training at undergraduate and postgraduate. It was found that we have legal grounds to guarantee the performance of nurses and warrants to and in serious risk of death, a direct care of professionals, guided by the law of the nursing profession. We emphasize that the functions of a nurse in the Pre-Hospital Care Mobile push the boundaries of care, since this must be qualified to act in service management, training and supervision of all direct and indirect care provided by nursing, either in support basic or advanced life support.

Keywords: History of Prehospital Care. Prehospital Care Mobile. Nursing in Prehospital Care Mobile.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB - Associação Médica Brasileira

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

APHF – Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

APHM - Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

CEERE - Curso de Emergência de Enfermeiras da Reserva do Exército

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

FARN – Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte

GM – Gabinete do Ministro

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MR – Médico Regulador

MI- Médico Intervencionista

MS- Ministério da Saúde

NEU – Núcleos de Educação em Urgências

RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

SAMDU - Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento *Médico* de Urgência (Modelo Francês)

SAV – Suporte Avançado de Vida

SEM - Serviço de Emergências Médicas

SBV – Suporte Básico de Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo Craniano Cefálico

TRM - Trauma Raquimedular

UERN – Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5.1 ASPECTO HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL	19
5.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO BRASIL	21
5.2.1 Aspectos Legais na implantação do APHM no Brasil	26
5.2.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 no Brasil	30
5.3 HISTÓRICO SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO APH MÓVEL	33
5.4 FORMAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO APH MÓVEL	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde (BRASIL, 2002), sendo o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) uma das formas de atendimento nesta área. Este tipo de atendimento tem se tornado objeto de atenção na sociedade de uma forma geral, sendo destaque na mídia e, particularmente, junto aos profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento, bem como o interesse de aquisição de novos conhecimentos por parte dos alunos da graduação, que demonstram aspiração a essa atividade.

Os órgãos governamentais têm se preocupado em tentar organizar esse tipo de atendimento, trazendo este modelo de atenção a saúde, para debate em muitos meios, como uma forma de reorganizar os Sistemas Estaduais de Urgência na busca de prestar uma assistência de melhor qualidade à população (BRASIL, 2002).

De acordo com Velloso (2008), consolidar uma política pública de atendimento às urgências em um país de dimensões continentais como o Brasil é um desafio tanto para gestores quanto para profissionais.

O APH pode ser definido em Fixo e Móvel. O atendimento Pré-Hospitalar fixo refere-se à assistência prestada pelos serviços de saúde no primeiro nível de atenção, aos pacientes que apresentem um agravo agudo de saúde, promovendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, sendo parte deste as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Agentes Comunitários, Ambulatórios Especializados, Serviço de Diagnóstico e Terapia, Unidades não Hospitalares de Atendimentos às Urgências (BRASIL, 2002).

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) é caracterizado como sendo o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde, podendo ser este de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas, e que possam levar ao sofrimento seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

De acordo com Resende Neto et al., (2009), as lições aprendidas nos campos de batalhas no período das guerras nortearam o desenvolvimento dos sistemas adotados de suporte ao trauma em vários países, caracterizados através de recursos materiais e humanos, organizados de forma planejada e com a finalidade de proporcionar o tratamento completo da vítima, não só no pré-hospitalar, mas até a reabilitação do mesmo.

Nos anos 60, o atendimento às vítimas de traumatismo nos Estados Unidos apresentava falhas consideráveis (REZENDE NETO et al., 2009).

Na atualidade, o APH móvel constitui-se de uma assistência dada ao paciente fora do ambiente hospitalar, seja ela direta ou indireta, através de diversos meios e métodos disponíveis (LOPES; FERNANDES, 1999).

Neste serviço, as atividades são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional onde cada componente das unidades móveis é treinado e capacitado para atuar na sua área, em conjunto com a equipe. Esta é composta de acordo com a característica da Unidade: Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), com a função de evitar o agravamento de lesões existentes e/ou o surgimento de lesões que não existirão através de um atendimento rápido e eficaz (VARGAS, 2006).

A equipe do SBV, definida como a que ocupa a ambulância do tipo B, é composta por dois profissionais: condutor de veículo de urgência e um técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Já a que compõe a SAV (Ambulância do Tipo D) são: um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico (BRASIL, 2002).

Ressalta-se aqui que o enfermeiro enquanto membro da equipe do APH tem sua função e formação específica como determinantes para alcançar a excelência no socorro às vítimas de acidentes e da violência urbana (RAMOS; SANNA, 2005) e deve possuir o seguinte perfil para atuar no APH Móvel: ter capacidade avaliativa para tomada de decisões; intuição; facilidade de comunicação com o paciente, família e equipe; conhecimento teórico/prático nesta área de atuação (BRASIL, 2002).

Para que a sua prática não se volte somente para a assistência direta ao paciente na prestação dos cuidados e procedimentos privativos deste profissional, enfermeiro deve contribuir também na elaboração dos programas de treinamento e aprimoramento do pessoal de saúde em urgências; supervisione as ações de

enfermagem da equipe; e realize o controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes a sua profissão (BRASIL, 2002).

Partindo do pressuposto que a atuação do enfermeiro no APH Móvel se deu de forma causal, uma vez que, antes da normatização este serviço era desenvolvido somente por técnicos e auxiliares de enfermagem, sem capacitação específica, faz despertar, dentre outros os seguintes questionamentos: de que forma se deu a inserção do enfermeiro no APH Móvel? Qual a sua atuação? Qual o papel deste numa Unidade de Suporte Avançado e qual a formação necessária para atuar neste serviço? Tentando esclarecer estes e outros questionamentos, decidiu-se desenvolver este trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

A regulamentação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel no Brasil é algo recente, sendo normatizado, de forma efetiva, somente em 2002 através da Portaria 2.048 do GM (Gabinete do Ministro), de 05 de novembro, porém que já vinha sendo praticada há muitos anos de forma empírica, e muitas das vezes realizado sem a presença atuante do enfermeiro. Isto remete a uma busca na história a fim de conhecer como se deu a evolução deste processo de atendimento Pré-Hospitalar e quais são as regulamentações vigentes, atentando para o real papel do enfermeiro e a formação necessária para atuação no APH Móvel. Sabendo-se da importância deste profissional neste tipo de atendimento e da contribuição do mesmo para uma melhor sobrevivência dos pacientes atendidos por este serviço, se faz necessário à abordagem deste assunto.

A escolha do tema também justifica-se em virtude da escassez de literatura que aborde este assunto, o que torna este trabalho uma fonte de pesquisa para aqueles que desejam iniciar a busca pelo conhecimento de como estar estabelecido o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e o papel do enfermeiro neste tipo de assistência; e pelo fato do APHM ser um excelente campo de trabalho em ascensão, em meio à demanda crescente de profissionais de enfermagem, tornando o mercado de trabalho cada vez mais seletivo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o resgate histórico do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel no Brasil e a atuação do enfermeiro nesta área.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a história do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

Conhecer as bases éticas e legais que regulamentam a atuação do enfermeiro no APH Móvel.

Descrever, com base na literatura pertinente, a formação e a capacitação do enfermeiro para atuar no APH Móvel.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste estudo realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa acerca do caráter histórico documental do APH móvel, bem como do papel do enfermeiro neste serviço. Para tanto, foi eleita a pesquisa do tipo bibliográfica a fim de verificar o conhecimento produzido acerca da temática até o momento.

A etapa inicial do processo de construção da pesquisa correspondeu à participação das aulas sobre trabalho de conclusão de curso (TCC) e orientações presenciais. Participando desses espaços, foi possível conseguir dar um grande passo no amadurecimento teórico do tema. Os temas trabalhados: História do Atendimento Pré-Hospitalar, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e metodologia da pesquisa. Posteriormente, realizou-se a pesquisa bibliográfica propriamente dita.

Como proposto pelo projeto de trabalho, o primeiro passo para a coleta dos dados consistiu em reunir todo material bibliográfico disponível, consultando os Bancos de Dados informatizados, as Bibliotecas virtuais, periódicos, livros, enfim, todo material que abordava a temática desta pesquisa. Dentre os bancos de dados e as revistas utilizadas, podemos citar: o SCIELLO, no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), no LILACS e nas seguintes revistas eletrônicas: Revista Mineira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Goiânia Eletrônica de Enfermagem e Revista Cogitare de Enfermagem; dentre os principais livros utilizados, temos: Guerra Civil, Urgência e Emergência em Enfermagem, Trajetória histórica e legal da enfermagem, além de utilizarmos artigos científicos, teses, dissertações e monografias que abordassem a temática proposta.

Para a busca desse material trabalhado, utilizamos as seguintes palavras-chave, a saber: História do Atendimento Pré-Hospitalar, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, das quais surgiu o processo de desenvolvimento da pesquisa.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que fizeram parte desta pesquisa foram aqueles que abordaram a temática em estudo, ou seja, que estão em consonância com o conteúdo do trabalho. Para selecionar o material a ser analisado foi realizado a leitura do título e/ou resumo a fim de se aproximar com

maior familiaridade da temática em investigação e, posteriormente, do texto na íntegra. Aqueles que atenderam ao critério de seleção foram incluídos para a análise. Para Gil (2002), esse tipo de leitura corresponde à leitura exploratória, em que durante essa etapa nem tudo é necessariamente lido, pois nem tudo é importante para alcançar o propósito da pesquisa, e o que não for pertinente é descartado.

Após esse processo, procedeu-se à leitura seletiva que consiste numa leitura mais aprofundada das partes que interessam à pesquisa a fim de selecionar o material a ser analisado. Apreendendo, assim todo o conteúdo a ser utilizado, fazendo logo em seguida o fichamento do material selecionado, retirando as citações, compondo-se o embasamento teórico (GIL, 2002).

As citações fazem parte dos seguintes assuntos: Aspectos históricos do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil, Histórico sobre a atuação do enfermeiro no APH Móvel e Perfil e atribuição do enfermeiro no APH Móvel. Após as retiradas das citações, foi realizada uma interpretação mais sistemática para poder iniciar a construção, coerente, do texto. Para Gil (2002), essas etapas correspondem à leitura do tipo analítica ao qual identificamos os temas-chave de acordo com as abordagens apresentadas nos textos que fazem parte do material empírico da pesquisa; a leitura interpretativa, na qual é feita uma relação entre conteúdos das fontes pesquisadas com outros. Para o as leituras analítica e interpretativa nem sempre ocorrem separadamente.

O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos se deu no momento em que se identificou a saturação dos dados e apreendeu-se o objeto dessa pesquisa. Para análise dos dados empíricos seguiu-se os passos indicados por Minayo (2007), a saber, ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.

Convém salientar que apesar de um número pequeno de artigos que trata diretamente da temática proposta, foi possível construir, a partir do encontrado, um embasamento teórico que concretizasse este trabalho. Diante dos fatos, considera-se que o desenvolvimento do trabalho ocorreu de maneira salutar, fazendo-se cumprir o objetivo e o cronograma propostos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) de acordo com Fischer, Azevedo e Fernandes (2006) é definido com um conjunto de procedimentos técnicos prestados a uma vítima de acidente ou doença, no menor tempo possível. Este serviço tem ganhado destaque na sociedade a partir da regulamentação da Política Nacional de Atenção às Urgências, onde ele é detalhado em duas formas de APH, o fixo e o móvel, sendo este último o foco do nosso estudo.

O Ministério da Saúde (MS) define o APH Móvel, de acordo com a portaria 2.048/ GM como sendo o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo a saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas) que possa levar ao sofrimento sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

O Atendimento Pré-hospitalar Móvel nos remete a um cuidado prestado ao cliente, ou paciente como muitos queiram, no próprio local da injúria, seja ela clínica, traumática ou psiquiátrica. No entanto, a ideia de atender, prestar cuidados no próprio local é algo que nos remete a séculos anteriores, quando não se tinha conceito formado sobre urgência nem emergência.

Os primeiros registros sobre a prática assistencial de saúde no local da ocorrência de urgência / emergência pré-hospitalar, hoje comumente denominada de Atendimento Pré-Hospitalar, remontam às batalhas de Napoleão Bonaparte, na Prússia, no final do século XVIII, na Europa. Conta que por volta de 1792, o cirurgião de guerra Dr. Baron Dominique Jean Larrey idealizou a ambulância voadora que se caracterizava por uma carroça puxada por cavalos para transportar feridos (MARTINS, 2004. p. 60).

“O sistema de APH teve seus primeiros registros no século XVIII, quando os transportes de feridos eram feitos de forma bastante rudimentar, [...]. Os primeiros serviços de ambulâncias começaram a partir do século XX nos EUA.” (FISCHER; AZEVEDO; FERNANDES, 2006. p. 254).

As lições aprendidas nos campos de batalha serviam de base para o desenvolvimento dos atuais sistemas de trauma de vários países, caracterizados por recursos materiais e humanos, organizados de forma planejada e capaz de proporcionar o tratamento completo da vítima, desde o pré-hospitalar até a reabilitação.

Segundo Ramos; Sanna (2005 p. 356), “O atendimento as vítimas no local da emergência é antiga, vem de experiências de guerra onde soldados eram atendidos com os primeiros socorros no local de batalha”.

Bem antes, os nômades, durante as suas caças e procura de alimentos, não bem diferente dos tempos modernos eram impostos a riscos constantes de acidentes de várias naturezas, onde improvisavam atendimento no próprio local do acidente.

Quando, então, acontecia algum acidente, o instinto gregário e a própria vida nômade obrigavam-no a receber os cuidados possíveis no próprio local do evento. Historicamente, pois pode se dizer que os cuidados dispensados a um acidentado no local do acidente, ou a uma pessoa com a saúde agravada, antes de chegar a um local seguro, é a mais antiga – se bem que rudimentar - forma de atendimento e assistência ao ser humano. Sem dúvida, eram os primórdios e as raízes daquilo que, hoje, milhares de anos depois, na terminologia básica em saúde, seriam chamados: atendimento de urgência e emergência (DOLOR, 2008, p.10).

No entanto o ato de cuidar vem desde o início da civilização. A enfermeira Francesa Françoise Collière faz um estudo, citado por Oguisso (2005, p. 8), sobre a origem dos cuidados, em que ela mostra sua trajetória até chegar a ser objeto da profissão de enfermagem. Collière afirma que “os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos, como todos os seres vivos, sempre precisam deles”. Cuidar é um ato que tem como fim primeiro permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte – a morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

De acordo com Persegona et al., (2009), a enfermagem está fundamentada pelo cuidar, algo essencial da profissão, com influência na vida dos indivíduos, pois representa, também, o meio de expressão e valorização do ser humano.

Segundo Fischer; Azevedo; Fernandes (2006), afirmam que “o processo de cuidar é único em cada situação, em cada cultura, e o que determina as necessidades de cuidado é a situação vivenciada pela vítima.” Isso demonstra que o ato de cuidar requer um conjunto de saberes que estão materializados em recursos técnicos ou teóricos e nas experiências de cada indivíduo.

Florence Nightingale, a introdutora e criadora da enfermagem moderna, colocada em 1854 na direção das *Female Nursing Establishment for the English General Hospital*, na Turquia, durante a guerra da Crimeia, em seis meses, sob sua liderança, o número de mortes nos hospitais militares caiu de 47% para 2,2% (THOMAS 2000).

Vale lembrar que na primeira e segunda guerra mundial e nas guerras do Vietnã e da Coréia, o enfermeiro teve uma atuação importante lidando com atendimento aos feridos. Contudo, a participação direta do enfermeiro no APH Móvel é evidenciada, no Brasil, a partir da década de 90 (THOMAS; LIMA, 2002 *apud* RAMOS; SANNA, 2005).

O início da atuação da enfermagem no APHM nos remete a Guerra da Crimeia, do ano de 1854 a 1856.

O começo da guerra [...], em 1854, trouxe notícias na imprensa inglesa do alto índice de mortalidade dos soldados ingleses abandonados nos hospitais ingleses, improvisados. Florence que era amiga do Ministro da Guerra ofereceu seus préstimos e conseguiu autorização para organizar os hospitais de guerra ingleses. (MARTINS, 2004. p. 61).

Vieira; Teixeira (2006), afirmam que a atuação da enfermagem em emergência no Brasil, talvez uma das últimas especialidades a surgir como uma área específica da enfermagem teve um avanço considerável nos últimos anos. Muitos estudos foram realizados e muito se aprendeu sobre como se fazer à abordagem a pacientes em estado crítico, seja em um ambiente pré-hospitalar como no hospitalar.

5.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, no ano de 1808, houve um aprimoramento no que se diz respeito ao atendimento e transporte das vítimas, sendo importado o modelo de transporte através de carruagens, passando

então a ser do Estado a obrigação de transportar os feridos para os hospitais. Durante a República houve uma associação entre o sistema de transporte e os hospitais públicos e conveniados: o transporte dos pacientes passou a ser coordenado, a princípio pelo Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), sendo seguido pelos demais institutos criados com o tempo, isto a partir do ano de 1953, sendo eles: 1966 - Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), 1977- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Atualmente é coordenado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como responsáveis diretos o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MIR, 2004).

Os serviços criados na década de 80, período da formulação do SUS, não tinham uma regulamentação específica, sem uma diretriz central, o que levou a adequação do serviço de acordo com a realidade sócio-econômica e política de cada região. Os centros mais desenvolvidos na implantação desse serviço, bem como relacionado às questões econômicas, foram os da região Sul e Sudeste, tendo o Estado de São Paulo como o precursor e mais estruturado na elaboração deste sistema de atendimento (FISCHER; AZEVEDO; FERNANDES, 2006).

Por não possuir um modelo próprio de serviço, o Brasil teve que importar as ideias já implantadas dos países que chamamos de desenvolvidos. Os modelos existentes e em funcionamento, concentravam-se em duas correntes filosófico-metodológicas: a norte-americana e a europeia, sendo consolidado nos sistemas de Atendimento Pré-Hospitalar norte-americano e francês, respectivamente (MARTINS, 2004).

Na França, em 1956, o professor Cara, cria em Paris, o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação, com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes em insuficiência respiratória séria, principalmente no momento da epidemia de poliomielite (NITSCHKE, 2003 apud MARTINS, 2004. p. 64).

O Sistema de APH francês foi denominado de (SAMU) *Services d'Aide Médicale Urgente* (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), e o sistema norte-americano, denominou-se de (SEM) Serviço de Emergências Médicas (MARTINS, 2004), que posteriormente serviram de base para implantação de vários sistemas de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em diversos países, inclusive no Brasil.

Mesmo sendo bem antiga a missão do SAMU, modelo Frances de APH, datada de 1956, este serviço, no entanto só foi regulamentado através de lei em 1986 (MARTINS, 2004).

O destaque dado ao modelo francês está relacionado a adaptação deste na implantação da assistência em APH no Brasil, iniciado no Estado de São Paulo, no que diz respeito ao modelo em questão. Isto se deu em virtude deste Estado ser o eixo do desenvolvimento econômico do país na década de 80, sendo trilhados vários caminhos éticos e legais.

O modelo norte-americano, embora não tenha sido a referência principal para a implantação do APH Móvel no Brasil, também merece destaque.

O Serviço de Emergência Médica (SEM) foi implantado nos estados americanos um século após a criação do primeiro serviço de ambulância, ainda de tração animal, implantado na cidade de Nova York, no ano de 1966. Este modelo surgiu mediante iniciativas na *National Highway Traffic Safety Administration* e do Departamento *Health and Human Services*. Tendo dois anos depois sido criado um telefone único para emergência (911). Os provedores de saúde neste sistema são classificados como paramédicos, que recebem formação técnica e atuam sem a supervisão médica (samublu.blogspot.com).

Sobre o SEM Martins (2004), relata este modelo de atendimento surgiu após o encerramento da Guerra do Vietnã, a qual demonstrou que técnicos não médicos teriam condições de aumentar a sobrevivência das vítimas traumatizadas, estando este fato ligado a impossibilidade dos EUA de contar com médicos em todas as frentes de batalha na década de 60, proporcionando assim o surgimento dos primeiros profissionais classificados como paramédicos.

Segundo Lopes; Fernandes (1999), a implantação do Atendimento Pré-Hospitalar, nos moldes do SAMU (França), teve seu início através de um acordo bilateral que foi assinado entre o Brasil e a França, sendo realizado através de uma solicitação do Ministério da Saúde, no qual optou pelo modelo francês de assistência, no qual era obrigatória a presença da figura do médico nas Unidades de Suporte Avançado (USA), o que diferenciava do modelo dos americanos, onde as atividades desta natureza foram e continuam sendo desenvolvidas por profissionais qualificados como paramédicos, profissão esta não regulamentada no Brasil.

No ano de 1970 foi criada a Associação de Enfermagem em Emergência, com o objetivo de promover instruções e construir uma mesma linguagem entre os

profissionais da urgência. Em 1985 esta associação sofreu alteração no seu nome, passando a ser chamar Associação da Enfermeira da Emergência, ressaltado o papel desta profissional na urgência (CAMPOS, 2005).

Antes da implantação de uma política nacional de emergências, no Brasil o serviço de transporte de pacientes através das ambulâncias era algo que dizia respeito às secretarias de transporte. As ambulâncias nesta época eram distribuídas como moeda política. Porém em 1975, com a formulação da lei nº 6229, os municípios ficaram com a responsabilidade do atendimento as urgências, através de serviços próprios ou através de convênios com transferências, se necessário, para outro local com maior recurso de saúde. Onde transferências eram realizadas sem recursos específicos para transporte em ambulância, contanto somente com a agilidade dos motoristas (CAMPOS, 2005).

Este serviço foi realizado desta forma até o ano de 1982, época em que foi implantado no Distrito Federal, na responsabilidade do Corpo de Bombeiros, o Serviço de Resgate, operacionalizado através de viaturas de Unidade Tática de Emergência (UTE). Após quatro anos (1986), na cidade do Rio de Janeiro, foi criado o Grupo de Socorro de Emergência (GSE), operacionalizado por viaturas tendo na sua equipe um médico e dois enfermeiros, todos pertencentes ao Corpo de Bombeiros (CAMPOS, 2005).

Todos estes serviços serviram de base para a real implantação de um sistema nacional de urgência, com abordagem direta na implementação do APH Móvel.

De acordo com Ramos; Sanna (2005), a atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil sempre foi muito diversificada; vários estados, ao longo dos anos desenvolveram um sistema de atendimentos as urgências e emergências de caráter público e/ou privado.

Ainda na década de 80, através de um acordo bilateral, assinado entre Brasil e França, o SAMU foi implantado em nosso país, se adequando a nossa realidade, mantendo a presença da figura do médico e do enfermeiro nas Unidades de Suporte Avançado, o que diferenciava dos moldes americanos (LOPES; FERNANDES, 1999). Porém o SAMU nos moldes Frances, é traduzido como Serviço de Atendimento Médico as Urgência, enquanto no Brasil, esta sigla refere ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Com relação o desenvolvimento do APH no Brasil, STUMM et al., dizem que:

O desenvolvimento do APH no Brasil teve início no Rio de Janeiro, na década de 80, a partir da percepção de que os acidentes e violências se configuravam em um problema de saúde pública de grande magnitude, com impacto na morbidade e mortalidade da população (STUMM; et. al., 2008. p. 337).

Na cidade de São Paulo, o atendimento pré-hospitalar iniciou-se também na década de 80, no entanto em 1988, após estudos e pesquisas, foi criado o Projeto Resgate ou SAMU (Serviço de Atendimento Móvel às Urgências), baseado no modelo francês.

No ano 2000, durante o IV Congresso Internacional da RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências), realizado na cidade de Goiânia – GO foram desenvolvidas as bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências. Já em 2003, o Ministério da Saúde lança no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, tendo como base a portaria 2.048/GM do Ministério da Saúde, publicada em 05 de novembro de 2002. (CAMPOS, 2005).

No entanto, antes da regulamentação da portaria 2.048/GM de 2002, em junho de 2001, foi lançada a portaria nº 814 que já considerava a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, pensando na organização de sistemas regionalizados, com regulação médica, hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, com universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do SUS (BRASIL, 2001). A mesma foi revogada pela portaria 2.048/GM, ao entrar em vigor, na data da sua publicação.

Atualmente no Brasil, após a Regulamentação da Política Nacional de Urgência, a rede nacional SAMU 192 conta com 147 serviços de Atendimento Móvel de Urgência presentes em todos os estados do Brasil e no Distrito Federal. São 1.119 municípios atendidos pelo SAMU perfazendo um total de 104.566.844 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

5.2.1 Aspectos éticos e legais na implantação do APH no Brasil

Diversos caminhos e direções orientam a prática do APH, dentre elas as atividades de socorro exercidas por corporação de bombeiros, levando o Conselho Federal de Medicina (CFM) a publicar o parecer N. 1529/98 que trata sobre as normas e procedimentos para o APH (CFM, 1998). Este instrumento define a regulação, os recursos humanos necessários (dentre eles a enfermagem) sua competência e os equipamentos.

No final da década de 90, com a Resolução nº 1.529/98, o Conselho Regional de Medicina, do Estado de São Paulo, adquiriu a inserção da categoria médica nos serviços de APH Móvel através de questionamentos dos serviços prestados pelo corpo de bombeiros com o profissional denominado de Socorrista, que até o momento não existia embasamento legal para a sua atuação neste serviço (PEREIRA, 2009).

De acordo com Braz; Chaves; Werneck (2008), a elaboração deste documento foi constituída por um grupo de vinte entidades envolvidas em APH, porém entre eles nenhum pertencente à enfermagem, apesar de tratarem de assuntos sobre regulação médica por radiotelefonia e profissionais envolvidos, (competências e perfil profissional de auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeiros).

No ano de 1999, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a portaria 824/GM, em 24 de junho, que trata sobre a normatização do APH a nível nacional, sendo esta portaria baseada no parecer do CFM descrito anteriormente.

Martins; Pardo (2003) apud BRAZ; CHAVES; WERNECK (2008), afirmam que “é fato que a portaria do MS tem origem na resolução do CFM, pois incorporou na íntegra o conteúdo da resolução do CFM”.

Sobre esta portaria Pispico (2008), relata que através dela iniciam-se as primeiras diretrizes, normalizando o APH no Brasil, que além de atrasada com vários pontos polêmicos e incompletos, ela não foi seguida pela maioria dos serviços que já praticavam este tipo de atendimento.

Em 23 de fevereiro de 2000, o COFEN através da resolução N. 225 publica e normatiza a prescrição medicamentosa à distância, tendo a seguinte redação nos seus três primeiros artigos:

Art. 1º- É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentoso-terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.

Art. 2º - Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

Art. 3º- Ocorrendo o previsto no artigo 2º, obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem, elaborar Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato, vedado pelo artigo 1º (COFEN, 2000, Resolução nº 225).

Em se tratando de prescrição terapêutica através de rádio, telefonia ou outros meios eletrônicos, isto nos remete a Telemedicina, que segundo Current Medical Diagnosed & Treatment (2000) apud Kingler Junior e Sarquis (2004), se define como sendo o uso de informação eletrônica e das tecnologias de comunicação para proporcionar e dar suporte à saúde quando a distância separa os participantes do processo.

Nesta problemática, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de São Paulo, regulamentou as atividades de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na cidade de São Paulo, onde através da decisão 001/2001 datada de 22 de março de 2001 (DIR 001/ 2001), estabeleceu que o APH Móvel de suporte básico e avançado de vida fosse realizado pelos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem ou Auxiliares de Enfermagem, previsto na lei (PEREIRA, 2009).

Por sua vez, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), tendo por base a DIR 001/2001 do COREN – SP realiza ação de homologação da decisão 021/ 2001 em 03 de abril de 2001, decidiu que todo procedimento de APH de suporte básico ou avançado seja incondicionalmente prestado por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Orienta que o profissional envolvido no APH comunique ao conselho de acordo com o código de ética dos profissionais de Enfermagem toda situação em que não haja a atuação do enfermeiro. Fixa o APH Móvel como especialidade de Enfermagem e de competência do Enfermeiro, porém sem especificar sua formação e ações, sendo somente determinada no futuro pela portaria 2.048/GM 2002 (PEREIRA, 2009).

Braz; Chaves; Werneck (2008) consoante com este assunto, com base nesta resolução afirmam que:

Compete privativamente ao enfermeiro: dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e auxiliar nas ações de Enfermagem. Os procedimentos de alta complexidade deverão exclusivamente ser executado por enfermeiros. A assistência de Enfermagem em UTI móvel e suporte avançado de vida (terrestre, aérea ou aquática) deverá ser prestada pelo enfermeiro. Ao auxiliar de Enfermagem será permitida somente assistência básica, não completa. O enfermeiro deverá implementar e documentar a sistematização da assistência de Enfermagem (Braz, Chaves e Werneck, 2008, p. 61).

No dia 1º de junho de 2001, o MS publicou a portaria N. 814/ GM, tendo assim revogado a portaria N. 824/99. Esta trás em destaque os princípios do SUS, sendo universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade. Estabelece a normatização os serviços de APHM de urgência e define princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Envolve a telemedicina, define equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos, veículos, equipamentos, medicamentos. Considera a responsabilidade do SUS de instrumentalizar e estimular a implantação de serviços de APH no Brasil (BRASIL, 2004).

Em 12 de junho de 2001, o COFEN publicou a resolução de número 260/2001 descrevendo as especialidades de Enfermagem, que são de competência dos enfermeiros, perfazendo um total de trinta e sete (37), tendo entre elas a de Atendimento pré-hospitalar (COFEN, 2001). Esta foi revogada no ano de 2004 pela resolução COFEN número 290/2004, aumentando para 42 especialidades, sem excluir as anteriores.

Estas Regulamentações foram nacionalizadas de fato com a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências, dentre elas estão as Portarias GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, sendo esta o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Detalhando a portaria 2048/02 GM, Braz; Chaves; Werneck (2008), afirmam que este instrumento normativo em seu capítulo IV descreve o APH considerando que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem, e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é algo muito discreto e insuficiente.

Os princípios básicos que norteiam as ações do APHM, de acordo com a portaria nº 2048/2002 GM são: intervenção no local da ocorrência deve ser rápida, segura, eficaz e com meios adequados; a responsabilidade de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente; a qualidade da

assistência prestada está diretamente relacionada com o nível de competência dos profissionais e o trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Além das portarias citadas, após a publicação da nº 2048/2002 GM, outras foram publicadas na forma de completar as pendências criadas nas anteriores.

A Portaria GM 1.863 de 29 de setembro de 2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2004). Sobre esta portaria, Divino; Pereira; Siqueira (2009) destacam que:

Em 2003, o ministério da Saúde regulamentou a implantação da política nacional de atenção integral às urgências por meio do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar Móvel de Urgência/ 192 (SAMU/192). Entre suas ações está o resgate e o transporte de feridos, dispondo de pessoal qualificado, material, equipamentos e viaturas equipadas para o primeiro atendimento de vítimas em situações de urgência e emergência... O SAMU 192 é um dos principais, mas não o único, dos componentes dessa política, cuja proposta consiste em organizar os fluxos de entrada e saída dos pacientes no SUS pelo eixo das urgências (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009. p. 366).

Em continuidade a Política Nacional de Atenção às Urgências, o MS ainda publicou outras portarias discriminada a seguir.

Portaria GM nº 1.864, também de 29 de setembro de 2003, que 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 território brasileiro: SAMU 192 (BRASIL, 2004).

Portaria GM nº 2.072 de 30 de outubro de 2003 que vem instituir o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, estabelecendo as entidades representativas neste Comitê, entre elas citamos a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Associação Médica Brasileira (AMB) (BRASIL, 2004).

Portaria GM nº 2.420, de 09 de novembro de 2004, que vem constituir o Grupo Técnico (GT), visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS para abordagem dos episódios de morte súbita, classificando as atribuições do mesmo, dentre as quais destacamos a responsabilidade de estudar, avaliar e propor protocolos de atenção aos episódios de morte súbita, promovendo seu aprimoramento (BRASIL, 2004).

Portaria GM nº 1.828, de 02 de setembro de 2004 que institui incentivo financeiro para adequação da área físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional (BRASIL, 2004).

Portaria GM nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, que veio estabelecer as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU 192 (BRASIL, 2004).

5.2.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – 192 no Brasil

Com a implantação da Política Nacional de Urgência, no ano de 2002, a portaria 2.048/GM normatiza o serviço de APM, ela estabelece regras que vão desde a equipe médica, enfermagem, pessoal de apoio até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas unidades móveis de resgate (BERNARDES et al., 2009).

O SAMU se apresenta como um modelo de APM a ser seguido tanto para a regulamentação dos serviços já existentes, como aqueles que por ventura venham a surgir após a implantação desta portaria, sejam de natureza pública ou privada.

A fim de entender melhor o SAMU e sua composição, inserindo a participação do enfermeiro, se faz necessário um resgate do seu papel social, de sua estrutura e dos profissionais envolvidos.

De acordo com Campos (2005) o SAMU é entendido como uma atribuição da área da saúde, estando vinculado a uma central de regulação, tendo equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população, levando em consideração, entre outros, seus aspectos demográficos e populacionais de um município ou região.

O componente pré-hospitalar móvel, sendo composto pelos Serviços de Atendimento Móveis às Urgências – SAMU 192, foi eleito pelo governo federal, como a primeira ação para o enfrentamento às urgências, isto em virtude ao seu alto impacto na preservação da vida, possuindo o papel de observatório do sistema e da saúde da população tendo a capacidade de intervenção nos direcionamentos e

fluxos dos pacientes que se encontram em caráter de urgência em todos os níveis de atenção do sistema, sendo realizado pela regulação médica (BRASIL, 2003).

Este serviço dispõe de viaturas de suporte básico e avançado. O suporte básico de vida (SBV) é definido como a estrutura de apoio oferecido a pacientes com risco de morte desconhecidos, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas; já o Suporte Avançado de Vida (SAV) corresponde à estrutura de apoio oferecida a pacientes em risco de morte, promovida por profissionais médicos por intermédio de medidas não-invasivas (BERNADES et al., 2009, p. 79,80).

Os profissionais envolvidos no APHM são classificados em duas categorias: os profissionais oriundos do serviço saúde (Médicos Reguladores, Médicos Intervencionistas, Enfermeiros Assistenciais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem) e não oriundos do serviço de saúde (Telefonista Auxiliar de Regulação Médica – TARM, Rádio- Operador, Condutor de Veículo de urgência – terrestre, aéreo e aquático, profissionais responsáveis pela segurança e Bombeiros Militares); Todos ligados a uma central de regulação médica (BRASIL, 2003).

A regulação médica, realizada pelo Médico Regulador (MR), de acordo com Campos (2005), é um neologismo criado para uma nova função e um novo conceito no que diz respeito à gestão dos fluxos de oferta de cuidados médicos, sendo um elemento ordenador e orientador do APH, fazendo um enlace com o nível hospitalar, incluindo duas dimensões de fundamental competência: a decisão técnica em torno das solicitações de socorro da população e a decisão gestora dos meios disponíveis. É um ponto novo e essencial da garantia de agilidade, qualidade, de observatório da realidade de saúde, do pacto entre os serviços de saúde, públicos, universitários, filantrópicos e privados.

A regulação médica, sendo abordada dentro do contexto das emergências deve ser entendida como o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar, estando articulada aos demais serviços de saúde.

A fim de situar o papel do enfermeiro no APHM, se faz necessário conhecer com detalhes a função dos demais profissionais oriundos da saúde que atuam neste, dentre eles citamos, o Médico Regulador (MR), o Técnico/ Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiros Assistências.

Ao fazer referência a esta equipe, abordando a qualidade do atendimento, Campos (2005), informa que para o APH seja realizado com qualidade se faz

necessário a existência de profissionais escolhidos de forma minuciosa e com alto nível de capacitação em atendimento pré-hospitalar, atendimento de urgência, radiocomunicação, abordagem sobre o sistema de saúde local, bem como as rotinas do serviço pertinentes ao serviço.

O MR é um profissional de nível Superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, este atua nas áreas da regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias. Este deve possuir equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, com boa capacidade física e mental pertinente a atividade (BRASIL, 2003).

Campos (2005), relata que o MR ao abordar uma solicitação, ele deve considerar inicialmente a origem da chamada, se provem de via pública, domicílio, serviço de saúde, bem como identificar a natureza do solicitante, qual seu nível de conhecimento de saúde, enviando a seguir o recurso mais adequado se a solicitação for pertinente.

O técnico de enfermagem, de acordo com a Portaria 2.048/GM, deve ser um profissional maior de dezoito anos, com disposição pessoal, capacidade física e mental para a atividade, possuir equilíbrio emocional e autocontrole. Este deverá exercer atividades de nível técnico, sendo necessária à habilitação para o APM, tendo a supervisão do enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação e experiência profissional prévia na área de urgências (BRASIL, 2003).

Campos (2005), ao fazer referência a atuação deste profissional afirma que:

[...] eles devem auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem, prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação, ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina, realizar manobras de extração manual de vítimas (CAMPOS, 2005, p. 19).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico; tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de

doenças e a contínua educação aos prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações (OMS, 2010).

Com relação à atuação do enfermeiro no APM, especificamente no SAMU 192, este é responsável pelas atividades de Enfermagem tanto na Assistência direta ao paciente, sendo responsável pelo atendimento necessário a reanimação e estabilização do paciente e atuando também na supervisão imediata dos auxiliares e técnicos de enfermagem (BRAZ; CHAVES; WERNWICK, 2008).

5.3 HISTÓRICO SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO APH MÓVEL

A atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil espelha-se nas práticas desenvolvidas pela enfermagem em outros países, com destaque para a Europa, na figura de Florence Nightingale, sendo considerada a introdutora e criadora da enfermagem moderna. Na Alemanha, conviveu com as diaconisas de *Kaiserwerth*, participou de estágios em hospitais da França e ofereceu-se, e participou como voluntária na guerra da Criméia (1853-1856) (OGUISSO, 2005).

A enfermeira brasileira, Ana Justina Ferreira Neri, quando voluntária na guerra do Paraguai (1864 – 1870), desenvolveu técnicas de APH junto aos soldados e demais feridos que se encontravam no hospital de campanha (OGUISSO, 2005).

Em 1914, ano de início I Guerra Mundial, algumas damas da sociedade brasileira criaram no Brasil uma comissão chamada Damas da Cruz Vermelha do Brasil, que tinha por finalidade prestar cuidados a feridos e doentes no período das guerras ou em casos de calamidades nacionais (DOLOR, 2008).

De 1930 a 1945, o Brasil, vivendo no regime de ditadura do governo de Vargas, participou do conflito da segunda Guerra Mundial, onde na oportunidade foram para a Itália, entre outros profissionais de saúde, sessenta e sete enfermeiras pioneiras do Exército, entre elas seis especializadas em transporte aéreo, que foram antes capacitadas, obrigatoriamente pelo Curso de Emergência de Enfermeiras da Reserva do Exército (CEERE), atuando no transporte de feridos no então recém-criado Serviço de Transporte Aéreo, tendo esta capacitação ocorrida na cidade de Parnamirim, no estado do Rio Grande do Norte (BERNADES; LOPES, 2007), o que muitos anos depois vieram a ser normatizado através da portaria 2.048/02 GM

(2002), sendo classificado como transporte de aeronaves de asas fixas, sendo considerados como suporte avançado de vida.

A forma e a dinâmica da assistência prestada pela equipe de enfermagem no APH são consideradas uma prática nova para os padrões da enfermagem moderna, merecendo uma maior atenção do que buscam atuar nesta área.

De acordo com Braz; Chaves; Werneck (2008) o APH é uma especialidade da Enfermagem, que surge junto com um crescente número de serviços de emergência pré-hospitalar móvel em todo o Brasil, através de empresas de concessões rodoviárias, prefeituras municipais e grupos privados.

Segundo Thomas; Lima (2000), no Brasil, a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar, na assistência direta, vem desenvolvendo-se a partir da década de 90, com o início das unidades de suporte avançado.

Braz; Chaves; Werneck (2008), dizem ter:

... neste final de século o cuidado está mais para ser executado como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, atendimento que procura chegar ambientes hospitalares (...) parece ser uma Enfermagem de e na rua, aquela enfermagem para um cliente especial – que está em risco de vida entre viver e morrer (BITENCOURT; FIGUEREDO 2001 apud BRAZ; CHAVES; WERNECK, 2008, p. 48)

Quando se fala em Unidade de Suporte Avançado, faz-se referência as modalidades na qual estar estruturado o APH móvel no Brasil. Estas modalidades são o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV) (BRASIL, 2002).

O SBV consiste na preservação da vida, sem uso de manobras invasivas, onde o atendimento é realizado por profissionais, técnicos ou auxiliares de enfermagem treinados e que atuam sob regulação e orientação médica e supervisão direta e indireta do enfermeiro (RAMOS; SANNA, 2005).

No SAV, caracteriza-se por necessidade de uso de manobras invasivas, de maior complexidade, tendo a necessidade exclusiva da presença da figura do médico e do enfermeiro. Isso remete que a atuação do enfermeiro caracteriza um atendimento onde a assistência é sempre prestada diretamente ao paciente grave, em risco eminente de morte (RAMOS; SANNA, 2005). Nesse sentido, Tanji et al., (2005), enfatiza que:

Na enfermagem, assim como em outras profissões, exige-se um conjunto de conhecimentos próprios e específicos, habilidades técnico-científicas e um complexo *saber-e-fazer* relacionados às práticas éticas e legais, que devem ser consideradas primordiais no desenvolvimento de suas atividades Profissionais (TANJI et al., 2005, p. 24).

O enfermeiro no exercício da sua função deve sempre respeitar as leis que regulamentam a sua profissão, a exemplo o Código dos Profissionais de enfermagem, a Lei do Exercício Profissional de enfermagem e outros instrumentos legais e éticos.

A este respeito, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), na DIR 01/ 2001, dispõe sobre a regulamentação da Assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar, sendo regulamentada a nível nacional pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 300/2005, que determina no seu artigo 1º que o APH e o atendimento Inter hospitalar de Suporte Básico e de Suporte Avançado de vida, os procedimentos de enfermagem previstos em lei sejam privativamente desenvolvidos pela equipe de enfermagem de acordo com a complexidade, antecedida da avaliação do enfermeiro (COFEN, 2005).

No parágrafo único, ainda desta resolução, ela determina que toda Assistência de Enfermagem em atendimento em Unidades Móveis de (UTI) Unidade de Terapia Intensiva e Suporte Avançado de Vida (terrestre, aérea ou aquática) tem que ser prestada pelo Enfermeiro (COFEN, 2005). Esta resolução também orienta que a Assistência de Enfermagem Pré-Hospitalar, tem que estar alicerçados em Protocolos Técnicos específicos, devidamente assinados pelo Diretor Técnico e pelo Enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem da Instituição ou empresa.

5.4 FORMAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO APH MÓVEL

De acordo com a Portaria nº 2.048/GM (2002), o profissional Enfermeiro é um profissional de nível superior, titular do diploma de enfermeiro, com registro no Conselho Regional (COREN) da sua área de atuação e habilitado para ações de enfermagem no APH Móvel, devendo também prestar serviços administrativos e operacionais em sistema de atendimento pré-hospitalar.

Com relação às situações encontradas no APH, de acordo com Stumm et al., (2008), as inúmeras situações pode dificultar a dinâmica do atendimento em ambiente pré-hospitalar, o que faz exigir da equipe, além do conhecimento científico, habilidades, capacidade de improviso e preparo físico, sendo necessário a permanência do mesmo muitas vezes no local da ocorrência promovendo a estabilização inicial da vítima e, posteriormente transportá-la a um hospital de referência.

Pereira; Alves (2006), fazendo referência à atuação do enfermeiro no APHM mostram que este profissional é um participante ativo, assumindo responsabilidade pela assistência prestada ao paciente, tendo a capacidade e de presumir as suas necessidades, estabelecendo prioridades no atendimento, estando habilitado a realizar intervenções no local do sinistro e promover o encaminhamento da vítima para uma unidade hospitalar onde possa receber um tratamento definitivo.

De acordo com Braz, Chaves e Werneck (2008), o enfermeiro que atua no APHM é o profissional responsável pelas atividades de Enfermagem e enfermeiro assistente, prestando atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte, mantendo também a responsabilidade da supervisão imediata aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A portaria GM Nº 2048 de 5 de novembro de 2002, que revogou a de Nº 814, de 1º de junho de 2001, a qual estabelecia a Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência, define o perfil e as competências dentre outros profissionais, a do Enfermeiro habilitado para o atendimento de urgência. Tais descrevem-se:

ENFERMEIRO

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviços de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe.

Competências/ Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacitados de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a

parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento pessoal em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas (BRASIL, 2004, p. 88).

Com base nestas atribuições e competências, Campos (2005), acrescenta que o enfermeiro que irá atuar no APM deve ter comprometimento com o serviço e com as diretrizes do SUS, além de criatividade, responsabilidade, bom senso e habilidade nas suas ações.

A habilitação deste enfermeiro para atuar no APH Móvel foi um dos motivos de preocupação para elaboração deste, uma vez que muitas das instituições de nível superior ainda não atentaram para a importância de uma reforma curricular, que de certa forma abordasse os assuntos pertinentes à formação deste de acordo com orientações do Ministério da Saúde.

De acordo com Fernandes (2007), é preciso que as universidades também estejam integradas e sensibilizadas com relação à formação dos graduandos, criando disciplinas que abordem individualmente o tema, objetivando que mais profissionais enfermeiros sejam formados com esses conhecimentos e com a consciência de que estão habilitados a intervir de forma imediata as vítimas politraumatizados e clinicamente instáveis, minimizando assim os riscos.

Segundo Braz, Chaves e Werneck (2008), nas faculdades, especificamente na graduação dos cursos de enfermagem, não existem disciplinas que preparem os enfermeiros para o APM, e conseqüentemente o aprendizado vai se fazendo, no dia- dia, sem orientação adequada. Estes profissionais contam principalmente com o seu interesse e esforço pessoal. Eles ainda afirmam que:

Várias medidas foram apresentadas por organizações competentes e representantes da área de saúde, através de portarias de governo, diretrizes e resoluções de entidades de classes, com objetivo de nortear o APH. Os instrumentos normativos fornecem informações para a prática, os aspectos legais, ético e profissional que acrescentados à assistência torna a Enfermagem melhor capacitada para função (BRAZ; CHAVES; WERNECK, 2008, p. 60).

De acordo com Fischer; Azevedo; Fernandes (2006), as características básicas para o profissional que atua no APH Móvel perpassa pela adequação física e emocional, em virtude das situações insalubres nas quais são prestados alguns destes cuidados, existindo a necessidade de medidas de avaliação e manutenção do condicionamento físico do funcionário, bem como ações de apoio psicológico, visando trabalhar o sofrimento ao qual o funcionário se expõe quando seu atendimento não proporcionou a resposta esperada.

Segundo a Portaria 2.048, citada anteriormente, o profissional Enfermeiro para atuar no APHM deve ter conhecimento e habilitação em conteúdo que podem chegar até uma carga horária de 130h, onde os temas que deve ser abordados são: Sistema de Saúde e rede regionalizada de assistência; Urgências clínicas no paciente adulto (sofrimento respiratório agudo, doenças circulatórias, doenças metabólicas e intoxicações exógenas); Urgências clínicas na criança (sofrimento respiratório agudo); Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança (atendimento inicial do paciente politraumatizado, Trauma Raquimedular (TRM), Traumatismo Craniano Cefálico (TCE), Trauma abdominal, Trauma de Extremidades, choque e hemorragias, trauma de face, queimaduras, afogamento, trauma na gestante, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos); Urgências psiquiátricas (psicoses, tentativa de suicídio, depressão e síndromes cerebrais orgânicas); Urgências obstétricas (trabalho de parto normal, apresentação distócicas, hipertensão na gestação e suas complicações, hemorragias, abortamento e cesárea *pós-morte*); Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2004).

Essa mesma portaria afirma que dentro da carga horária determinada para todos estes assuntos, existe um tempo específico de 7h aula para aplicação de avaliações a serem distribuídas durante o curso, além de uma prática de 24h de estágio em ambulância, com o intuito de observar a familiarização do profissional com a rotina de serviço e participação de atendimento de vítimas em situações reais. Para os profissionais que irão atuar com atividades de salvamento, se faz necessário participar da capacitação no módulo de salvamento que abordará os conceitos e técnicas de salvamento terrestre, em alturas e aquáticos, além de conhecimento de materiais e equipamentos específicos (BRASIL, 2004).

De toda carga horária determinada na formação (130h), cerca de 77% correspondem a parte prática dos módulos (BRASIL, 2004).

É preciso apontar, de acordo com Divino; Pereira; Siqueira (2009), que a falta de formação profissional bem como a ausência de programas de educação continuada para com os trabalhadores das urgências, são fatos resultantes no comprometimento da qualidade na assistência e na gestão setorial.

De acordo com Stumm et al., (2008), no ambiente pré-hospitalar, pela sua complexidade, não se consegue prever os acontecimentos, o que aumenta a necessidade da tomada de decisão rápida e eficaz.

Sobre esta capacitação, Divino; Pereira; Siqueira (2009), orientam que:

Antes de iniciar o trabalho no APH, o ideal é que haja uma preparação específica do trabalhador em relação ao atendimento inicial à vítima, uma vez que a segurança que o profissional prestador desse atendimento adquire está diretamente relacionada com o aprendizado. Nesse sentido, a capacitação prévia se mostra o ponto chave/norteador para o desenvolvimento das habilidades e competências exigidas ao profissional que atua neste serviço (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009, p. 367).

Diante desta dificuldade e da insuficiência os conteúdos curriculares das instituições formadoras na qualificação de profissional que atuem nas emergências, principalmente no APHM e considerando a falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor foi que o governo federal criou em 2002 os Núcleos de Educação em Urgências (NEU) como forma de resgatar o processo de capacitação e educação continuada e promover a habilitação formal e obrigatória para o exercício profissional no APHM (BRASIL, 2002).

Na prática os NEU ainda realizam um trabalho muito longe do que estar proposto pelo Ministério da Saúde, isto por dificuldades que vão desde a falta de profissionais comprometidos com o ensino até a carência de recursos financeiros, tornando a sua atuação de forma pontual.

No Brasil, mais de sete anos após a implantação do APHM, ainda não existe protocolos gerais estabelecidos de atendimento a trauma, parte das ocorrências mais comuns no APH. Atualmente o método mais utilizado é o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), sendo este desenvolvido pelo Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons*), uma grande ferramenta

que deve ser conhecida e usada pela enfermagem, pois além de abranger os conhecimentos pertinentes à cinemática do trauma, guia o enfermeiro para a prática do cuidado diante dos riscos e lesões produzidas pelo trauma (FERNANDES, 2007).

Na complexidade dos atendimentos e ausência de determinados protocolos, Vieira (2006) afirma que:

Devido à complexidade das situações, da evolução dos conhecimentos e da utilização de recursos, torna-se necessário que os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar (re) pensem e criem novos modelos e práticas de cuidados emergenciais, não se limitando apenas às doenças agudas, mas também ao ser humano doente em todas as suas dimensões (biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais) (VIEIRA, 2006, p. 82).

E responsabilidade de todos, inclusive dos enfermeiros, criar e desenvolver sistemas efetivos e eficazes para a assistência aos pacientes que necessitam do APHM, correspondendo assim com as expectativas e anseios da população, fazendo valer os princípios e diretrizes norteadores do SUS, especificamente o princípio da equidade, prestando assistência com ações e serviços priorizados em função das necessidades individuais de cada grupo; e a diretriz da integralidade, oferecendo ações e serviços de saúde das mais variadas naturezas e grau de complexidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) é implantado no Brasil a fim de ordenar os Serviços de Urgência existente, direcionando uma nova política de atenção às urgências e emergências. Conhecer a origem deste serviço nos garante respaldo para lutar por novas conquistas, sempre trilhando o caminho do crescimento, embasado em verdades históricas e legais.

Embora o APHM seja um serviço ainda novo no Brasil, vem deixando ótimos resultados na assistência a pacientes vítimas de sinistros diversos fora do ambiente hospitalar. Vítimas estas, que antes da implantação da política de atenção às urgências e emergências, eram socorridas de forma empírica e sem nenhuma ferramenta técnica, o que aumentava em muito o potencial de complicações das lesões pré-existentes.

Com o intuito de esclarecer a importância da atuação do enfermeiro neste serviço foi que se iniciou esta pesquisa. É importante considerar que, apesar do pouco material bibliográfico disponível, os objetivos propostos foram alcançados, conforme os resultados apresentados neste trabalho.

Os resultados mostraram que a participação da enfermagem no APHM vem se constituindo um grande avanço para o surgimento desta especialidade, garantido mediante leis federais, portarias e resoluções, contando com respaldo do Conselho de classe, COREN/ COFEN e entidades de saúde diversas.

Atuar no APHM é muito mais que prestar assistência direta a paciente em estado grave em risco de morte, é poder vencer limites, prestando assistência em locais de difícil acesso, lidar com o indivíduo no seu momento iminente de dor. É chegar primeiro e procurar dar a melhor resposta possível a fim de evitar a morte deste, e muitas das vezes ver que todo o esforço não foi capaz de produzir a resposta desejada, mantendo o equilíbrio emocional.

A atuação do enfermeiro no APHM o faz trilhar o caminho de um eterno pesquisador e assumir a função de facilitador do conhecimento junto à equipe de enfermagem que esteja sobre sua responsabilidade, não estando atrelado somente a assistência. É necessário sair de dentro das unidades móveis (ambulâncias), ativar os NEU's e criar pensamentos prevencionistas, atuando na capacitação da população, fazendo desta uma parceira no atendimento as urgências e emergências, havendo incentivo a pesquisa dos agravos atendidos pelos serviços

de APH, e que estas sirvam de base para a formulação de projetos de prevenção junto a população.

Ressalta-se a necessidade da participação das escolas de enfermagem, em todos os níveis de formação, especificamente nos curso de graduação e pós-graduação, em elaborar uma proposta curricular incluindo o APH, uma vez que embora o mercado de trabalho já seja uma realidade, estas instituições ainda não despertaram para a importância da abordagem destes assuntos que são fundamentais para a vida profissional e social dos acadêmicos.

Sugere-se a criação de fórum de discussão sobre a política de atendimento as urgências/ emergências, bem como congressos que abordem temas que tratem das leis que regulamentam este serviço, tornando os estudantes conhecedores dos respaldos legais que englobam a sua profissão relacionada à sua atuação no APHM.

É importante que se realize um planejamento de educação continuada, inserindo instrumentos normativos à prática de enfermagem no APH na abrangência educacional a técnicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros envolvidos neste tipo de atendimento.

Assim, se faz necessário que instituições de nível superior incluam em seus currículos disciplinas que abordem o tema de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Fixo, além de criar uma política de capacitação e educação permanente e presencial aos profissionais que atuam neste serviço, bem como investir na criação de uma escola de formação para profissionais que sentem desejo de atuar nesta área, obedecendo às determinações das leis reguladoras vigentes.

REFERÊNCIAS

Atendimento Pré-Hospitalar no Mundo. Disponível em:
<<http://samublu.blogspot.com>> Acesso em 04 março 2010.

BERNARDES, M.M.R; LOPES, G.T. Enfermeiras do Exército Brasileiro no transporte aéreo de feridos: um desafio enfrentado na 2ª Guerra Mundial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília v.60 n. 5 janeiro/fevereiro 2007. p.68-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências/Ministério da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 256p.(Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 2.048/GM de 05/11/2002. Dispõe sobre a organização do Atendimento Móvel de Urgência. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Samu 192.** Disponível em:
<www.saude.gov.br/samu>. Acesso em 13 nov. 2010.

BRAZ, Márcia R; CHAVES, Reginaldo Rosa; WERNECK, Luíza Rosa. Instrumentos Normativos no Atendimento Pré-Hospitalar: Enfermagem e Legislação. **Cardernos UniFOA**, a Volta Redonda, ano 3, Edição Especial, maio 2008. Disponível em
<<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/cardeno/especiais/pos-graduação/01/59.pdf>>
Acesso em 13 nov. 2010.

CAMPOS, R.M. **Satisfação da equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho.** Natal 2005.127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – **Resolução COFEN Nº 300/2000: Dispõe sobre a atuação do profissional de Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.cofen.org.br/resoluções>> acesso em 28 set. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – **Resolução COFEN Nº 225/2000: Dispõe sobre o comprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica a distância.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resoluções>> Acesso em 28 set. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1529/98: **Normatização do Atendimento pré-hospitalar.** Brasília, DF. 1998. Disponível em: <<http://www.aph.com.br/legislação>> Acesso em 10 set. 2010.

DIVINO, Eveline do Amor; PEREIRA, Queli Lisiane Castro; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. A capacitação da equipe que atua no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. **Revista Mineira de Enfermagem.** Minas Gerais v. 13 n. 3 julho/setembro 2009. p. 365 – 371.

DOLOR, A.L.T. **Atendimento Pré-Hospitalar: Histórico da inserção do enfermeiro e os desafios ético-legais.** São Paulo 2008. 118f..Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

FERNANDES, Ronald T. P. A Cinemática do Trauma Como Ferramenta para a Atuação do Enfermeiro de Emergência. **Enfermagem Atual.** São Paulo, ano 7, n.37, janeiro/fevereiro 2007.

FISCHER, V.M.R; AZEVEDO, T.M.V.E; FERNANDES, M.F.P. O enfermeiro diante do Atendimento Pré-Hospitalar: Uma abordagem sobre o modo de cuidar ético. **Revista Mineira de Enfermagem.** Minas Gerais v. 10 n. 3 julho/setembro 2006. p. 253 – 258.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KLINGER JÚNIOR, Fontinele; SARQUIS, Sávio Ignácio J.S. **Urgência e Emergência em Enfermagem.** Goiânia: AB, 2004. p. 8.

LOPES, S.L.B; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**. Ribeirão Preto v. 32 outubro/dezembro 1999. p.381-387.

MARTINS, P.P.S. **Atendimento Pré-Hospitalar**: Atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço de corpo de Bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da Filosofia da Práxis. Florianópolis 2004. 264f..Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

MINAYO M.C.S. (org). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 25 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MIR, Luiz. **Guerra Cível**: estado e trauma. São Paulo: Geração Editorial, 2004. p. 760 -761.

OGUISSO,T. As origens da prática do cuidar. In: OGUISSO, Taka (org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole; 2005.

OMS,**Telemedicina**. Disponível em: <<http://www.who.org>> acesso em 29 set de 2010.

PERSEGONA, Karin Rosa; et. al. O Conhecimento Político na Atuação do Enfermeiro. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro v. 13 n. 3 jul/set 2009. P 645-650.

PISPICO, Agnaldo. A importância do Atendimento Pré-Hospitalar e integração com o Pronto Socorro dos Hospitais. **Revista Emergência**. v.12, n.4, 2008.

RAMOS, V.O; SANNA, M.C. A inserção da Enfermeira no Atendimento Pré-Hospitalar: Histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília v.58 n. 3 maio/junho 2005. p.355-360.

REZENDE NETO, João Batista de; et. al. Registro de trauma: uma necessidade nos prontos-socorros do Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais v. 19 n. 3 julho/setembro 2009. p. 248 – 252.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes et. al. Estressores e *coping* vivenciados por enfermeiros em um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília v.58 n. 3 jan/mar 2008. p.355-360.

TANJI, Suzelaine et. al. Legalidade em situações de emergências: o dever e o respaldo do profissional. **Enfermagem Atual**. São Paulo, ano 5, n.27, maio/junho 2005.

THOMAS, R.R; LIMA, F.V. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar na Cidade de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.3, 2000.
VARGAS, D. Atendimento Pré-Hospitalar: a formação Específica do Enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 15, n.1, 2006.

VELLOSO, Isabel Silva Cândia; ALVES, Marília; SENA, Roseni Rosângela de. Atendimento Móvel de Urgência como política pública de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.12, n.4, 2008.

VIEIRA, Ana Paula Brambilo Menegasso; TEIXEIRA, Milene. Enfermagem em Emergência. in MURTA, Genilda Ferreira (org) **Saberes e práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 2 ed. v. 4. São Caetano do Sul: Difusão, 2006.