

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP**

LAUDICÉIA RODRIGUES CRIVELARO

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PRÉ-
HOSPITALAR A INDIVÍDUOS COM AUTONOMIA REDUZIDA
VITIMADOS POR ATOS DE VIOLÊNCIA: DIFICULDADES E
DILEMAS ÉTICOS**

**BOTUCATU
2011**

LAUDICÉIA RODRIGUES CRIVELARO

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PRÉ-
HOSPITALAR A INDIVÍDUOS COM AUTONOMIA REDUZIDA
VITIMADOS POR ATOS DE VIOLÊNCIA: DIFICULDADES E
DILEMAS ÉTICOS**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Heloisa Wey Berti.

**BOTUCATU
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Crivelaro, Laudicéia Rodrigues.

Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violência : dificuldades e dilemas éticos / Laudicéia Rodrigues Crivelaro. – Botucatu : [s. n.], 2011

Dissertação (mestrado) Botucatu – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Heloisa Wey Berti

Capes: 40406008

1. Vitimas de crime violento. 2. Medicina de emergência. 3. Ética médica.

Palavras-chave: Emergência; Ética; Profissional de saúde; Violência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Laudicéia Rodrigues Crivelaro

Título: Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida por atos de violência: dificuldades e dilemas éticos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Heloisa Wey Berti.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Aos meus pais (in memoriam), José Baptista e Joana, pelo exemplo. Sou eternamente grata, pelo amor e generosidade.

Ao meu marido Jaasiel, companheiro, amigo, um pai exemplar, meu grande amor! Nestes anos de convívio aprendi a te admirar e respeitar. Obrigada por tudo, pelos nossos maravilhosos filhos e pela vida ao seu lado.

Aos meus filhos, Marcelo e Natália, à minha nora Milca. Obrigada por suportarem todo meu estresse e intolerância em algumas situações, pela alegria e sentido que dão a minha vida.

Ao meu irmão Claudinei, um grande guerreiro, e meu sobrinho Cristiano José, que nos deixaram este ano, que Deus os tenha.

Agradecimento Especial

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A DEUS, que nos reservou esta conquista.

À Professora Doutora Heloisa Wey Berti, minha orientadora, por acreditar em mim e me fazer acreditar; também pelo apoio, ensinamento e bom humor com que sempre me recebeu e orientou. Minha admiração pelo seu caráter e brilhantismo profissional como enfermeira e pesquisadora. Obrigada por me deixar trilhar junto com você este pedaço de minha vida, obrigada pelo ombro amigo, pela atenção, amizade, carinho, compreensão e apoio nos piores momentos que vivenciei este ano.

Muito obrigada!

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. José Fernando Casquel Monti, que como secretário municipal de saúde, me liberou para as aulas do programa e permitiu a realização deste trabalho no Departamento de Urgência e Unidades de Pronto Atendimento (DUUPA).

Aos professores do curso de mestrado do Departamento de Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos e permitirem um convívio tão agradável e enriquecedor. Conviver com vocês tem sido sempre um aprendizado.

À doutora Maria Helena Borgato e à doutora Vera Tonete pela valiosa contribuição.

Aos meus irmãos Josué, José (in memoriam), Céia Maria, Claudinei (um grande guerreiro), Elda, Ezo, Claudinéia pelo carinho, amor, amizade e compreensão em todos esses anos de nossa gostosa convivência, cunhados (as) e sobrinhos pelo apoio e incentivo e por manterem a nossa família unida.

A todos os meus amigos, em especial a Jack, Cleusa e Maria Rita, pela presença constante e amizade ao longo dessa caminhada, por ouvir minhas histórias, lamentos e desabafos e pelas frequentes reuniões, cursos, trabalhos... A todos aqueles que direta ou indiretamente foram importantes e não tenham sido citados, meus sinceros agradecimentos.

A todos os que cruzaram os meus caminhos, sendo responsáveis pela minha formação humana e profissional:

Epígrafe

“Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não veio só, nem nos deixa só; leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não deixam nada. Esta é a maior responsabilidade da vida e a prova evidente de que duas almas não se encontram por acaso”.

Antoine de Saint Exupéry

Resumo

Crivelaro LR. Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violência: dificuldades e dilemas éticos [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.

RESUMO

Trata-se de estudo sobre experiências e práticas dos profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Bauru, no atendimento às vítimas de violência com autonomia reduzida. O objetivo da pesquisa foi identificar dificuldades e dilemas éticos vivenciados por profissionais durante o atendimento. A abordagem metodológica para a ordenação e análise dos dados obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas foi a do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste processo metodológico utilizou-se o programa eletrônico “QualiQuantSoft”. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros e médicos com mais de dois anos de atuação no referido serviço. Com relação às experiências, destacaram-se a presença cotidiana da violência e a atitude dos profissionais frente à violência. Apontaram muitas dificuldades para o socorro das vítimas ligadas à necessidade de administrar conflitos no local do atendimento, prestação de cuidados em ambientes precários, falta de vagas nas instituições para receber as vítimas, salas de emergência lotadas, dentre outras. Os principais dilemas evidenciados foram: denunciar ou não a agressão sofrida pela vítima, questionar ou não o familiar da vítima sobre a causa da lesão, envolver-se ou não com a situação, atuar ou não segundo as normas estabelecidas em determinadas circunstâncias. Essa realidade do dia a dia foi citada como estressante e, também, como grave problema que afeta toda a sociedade. Sugerem estratégias para melhorar suas condições de trabalho e qualidade de vida.

Palavras-chave: Violência. Emergência. Profissional de saúde. Ética.

Abstract

Crivelaro LR. Pre-hospital urgency/emergency care to individuals victimized by violence and with reduced autonomy: difficulties and ethicals [thesis]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.

ABSTRACT

This is a study on the experiences and practices of professionals working in the Urgency Mobile Care Service (SAMU) in Bauru, assisting individuals who have been victims of violence and have reduced autonomy. It aimed at identifying the difficulties and ethical dilemmas experienced by professional during care provision. The methodological approach used for organizing and analyzing the data obtained by means of semi-structured interviews was the Collective Subject Discourse (CSD). In this methodological process, the QualiQuantSoft software was used. The research subjects were nurses and doctors who had been working in the abovementioned service for longer than two years. As regards experiences, the everyday presence of violence and professionals' attitude in face of it were noteworthy. They reported caregiving difficulties related to dealing with conflicts on the site of care provision, care provision in precarious environments, lack of beds in health care establishments, crowded emergency rooms, among others. The main reported dilemmas were: reporting or not the aggression suffered by victims, questioning or not victims' relatives about lesion cause, becoming involved or not with the situation, acting or not according to established norms in certain circumstances. This day-to-day reality was reported as stressful as well as a serious problem that affects the whole society. Strategies to improve their work conditions and quality of life are suggested.

Key words: Violence. Emergency. Health Care Professional. Bioethics.

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS – Advanced Cardiac Life Support
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APH – Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS – Advanced Trauma Life Support
ATLSN - Advanced Trauma Life Support for Nurses
BLS - Basic Life Support
BTLS - Desenvolvido por Alabama Chapter
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CID-10 - Classificação Internacional das Doenças
CFM – Conselho Federal de Medicina
CRM - Conselho Regional Medicina
CREMESC - Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina
CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRMU - Central de Regulação Médica de Urgência
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
DRS-VI - Divisão Regional de Saúde
DUUPA - Departamento de Urgência e Unidades de Pronto Atendimento
EUA - Estados Unidos da América
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
GM - Gabinete do Ministro
GM/MS - Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
Hcor – Hospital do Coração - UNIFESP
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NEU – Núcleo de Educação em Urgência

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NTLS – Trauma Life Support for Nurses
OMS - Organização Mundial da Saúde
PALS - Pediatric Advanced Life Support
PHTLS - Pre-hospital Trauma Life Support
PSMC - Pronto Socorro Municipal Central
RM - Regulação Médica
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SEM - Emergency Medical Serviço
SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SMURS - Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
SUAS - Sistema Único da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UHM - Unidades Hospitalares Móveis
SMUR – Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
UNESP - Universidade Estadual Paulista
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHO - World Health Organization

Sumário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Aspectos Históricos do APH.....	26
1.2 Violência contra indivíduos com autonomia reduzida.....	33
1.3 Aspectos éticos do atendimento pré-hospitalar.....	37
2 OBJETIVOS.....	40
3 MÉTODO.....	42
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	45
4.1 Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Bauru.....	46
4.2 Caracterização dos entrevistados.....	49
4.3 Apresentação das Ideias Centrais, dos DSCs e Análise.....	49
5 CONCLUSÃO.....	86
6 REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES E ANEXO.....	101

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Ao apresentar esta dissertação, reporto-me à minha trajetória profissional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), num primeiro momento como enfermeira intervencionista, atuando na Unidade de Suporte Avançado (USA) e, atualmente, como gestora do serviço.

Esse tipo de atendimento faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências e ajuda a organizar o atendimento na rede pública, prestando socorro à população, podendo influir na redução das taxas de morbidade e mortalidade. O resgate de vítimas na cena do evento e as primeiras intervenções são características desse tipo de assistência, além do devido transporte com aparatos que se assemelham aos encontrados em unidades hospitalares.

A natureza desta modalidade de atendimento envolve aspectos científicos, ético-legais e necessidade de tomada de decisões em circunstâncias muito peculiares, nas quais estão presentes diferentes tipos de dificuldades e/ou dilemas.

Em 2010 busquei a pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – pela possibilidade de aprofundar estudos sobre minha práxis. Durante o curso, tive a oportunidade de aproximação dos conteúdos das diversas disciplinas, especialmente da Bioética, e de conhecimentos sobre metodologia de pesquisa, os quais possibilitaram, a partir da minha inquietação, formular o problema da pesquisa e o desenvolvimento do presente estudo.

Buscamos identificar e analisar dificuldades e dilemas éticos no cotidiano dos profissionais do serviço de urgência móvel de Bauru, especialmente durante atendimento às vítimas de violência. Isto porque, em nenhum outro serviço a violência adquire tamanha visibilidade e constância como em serviços pré-hospitalares de urgência/emergência.

Ao término deste estudo novas inquietações surgiram, estas remetem à necessidade de se aprofundar reflexões acerca dos dilemas aos quais se subordinam os apontados neste trabalho pelos profissionais de saúde, em especial, os relacionados à moralidade, justiça e beneficência das políticas sociais vigentes em nosso país.

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

O homem, durante todo o seu processo evolutivo, demonstra ter como característica marcante a preocupação em melhorar suas condições de vida em sociedade, prolongando seu tempo de existência. Esse anseio constante envolve um conjunto de interesses tais como: a criação de novos serviços e mudanças nas instituições para dar respostas às suas necessidades ⁽¹⁾.

Em decorrência disto, são criadas novas tecnologias, alteradas condutas e procedimentos, dentre outras tantas modificações, nas diferentes áreas do conhecimento, incluindo-se a área da saúde. Esta área, para atender adequadamente as pessoas nas situações de urgência/emergência, necessitou realizar importantes inovações tecnológicas.

Em todo o mundo, a formação de complexos centros urbanos foi acompanhada do aumento da morbimortalidade por trauma, levando à necessidade de se implementar formas de combater este agravo. O cuidado às vítimas é um dos principais recursos no enfrentamento a esta epidemia e deve começar antes mesmo da chegada ao hospital ⁽²⁾.

De acordo com resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o atendimento às situações de urgência-emergência (resolução nº 1451/95),

Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato ⁽³⁾. p.3666

A assistência pré-hospitalar (APH) abrange um conjunto de intervenções e procedimentos técnicos prestados à vítima de acidente ou doença, no menor tempo possível, no local da ocorrência e com transporte seguro ao re-establishimento da saúde que seja mais adequado à necessidade ⁽⁴⁾.

O crescimento de serviços de APH é decorrente do aumento de vítimas de acidentes e violência, esta última representando sério problema de saúde pública na atualidade ⁽⁵⁾.

No Brasil, a introdução do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da regulação Médica (RM) à rede assistencial iniciou-se a partir da cooperação franco-brasileira, em 1995 ⁽⁶⁾.

Em Bauru S/P, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi implantado em 2004 e a Regulação Médica (RM) de toda a demanda hospitalar de urgência encontra-se em processo de estruturação com a regionalização do SAMU-192 Bauru.

A atenção inicial às urgências, tal como no modelo franco-germânico, no nosso País, é multidisciplinar, mas a sistematização do conhecimento e a das práticas assistenciais das equipes de saúde para o Suporte Avançado à Vida (SAV) tem sido baseada nos programas anglo-americanos que, dentre outros, têm o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Advanced Trauma Life Support Nurses (ATLSN)*, o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, *Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS)*, *Basic Life Support (BLS)*, *Trauma Life Support for Nurses (NTLS)* e a especialidade de emergências médicas ⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde (MS) considera APH móvel como o “[...] atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar ao sofrimento ou mesmo à morte” ⁽⁸⁾.

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) é uma modalidade de assistência especializada, fora do âmbito hospitalar, cuja finalidade é a prestação de atendimento e transporte adequados a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁹⁾.

O APH expandiu-se por todo o mundo a partir de duas modalidades de atendimento, o Suporte Básico de Vida (SBV), cuja característica principal é não realizar manobras invasivas e o Suporte Avançado de Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório. Apesar disto, há muita controvérsia a respeito do mérito real deste tipo de cuidado ⁽²⁾.

Embora existam dúvidas a respeito do APH e seu impacto sobre os resultados alcançados, é inegável sua contribuição para a diminuição do tempo de chegada até a vítima e ao hospital apropriado, bem como para a realização de intervenções iniciais adequadas à manutenção da vida ⁽²⁾. Essas premissas básicas, previstas na própria definição de atendimento pré-hospitalar, deixam claro que este componente do

sistema de saúde não pretende ser um tratamento definitivo, mas sim realizar seu papel de agente temporário de manutenção da homeostase para que seja realizado o tratamento mais indicado ⁽²⁾.

No Brasil, as mortes provocadas por acidentes ou violências, grupo denominado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como causas externas, apresentam-se na segunda posição na ordenação dos principais grupos de causas de morte ⁽¹⁰⁾.

Equipes capacitadas para este tipo de atendimento, muitas vezes, deparam-se com implicações éticas, principalmente, nos atendimentos às vítimas de violência com autonomia reduzida.

Na sociedade em que vivemos, a violência está presente em suas várias formas, dentre elas destaca-se aquela que covardemente atinge seres humanos indefesos, por se encontrarem em processo biológico de desenvolvimento, como crianças e adolescentes, ou por estarem em situação de dependência do outro: como idosos, incapazes, prisioneiros e mulheres no ambiente doméstico. Ou seja, indivíduos cuja autonomia para administrar sua própria vida encontra-se reduzida.

Considera-se que tais situações exigem, principalmente, rapidez, eficiência e segurança, colocando muitas vezes os profissionais frente a dificuldades e dilemas éticos.

Conceitua-se “dificuldade” como aquilo que é difícil ou torna difícil uma coisa, embaraço, estorvo, impedimento. Dilema é uma situação embaraçosa entre duas soluções fatais, ambas difíceis ou penosas ⁽¹¹⁾.

Durante o ano de 2010, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Bauru registrou: 3.127 chamados para trauma, 849 colisões envolvendo meios de transportes, 165 capotamentos em rodovias, 223 atropelamentos, 679 agressões físicas, 105 queimaduras, 35 abusos sexuais, 89 intoxicações exógenas, 1.874 psiquiátricos (fonte: bases de dados SAMU - Bauru).

Diante deste panorama, preocupamos-nos com os atendimentos realizados às vítimas de violência com autonomia reduzida: criança, idoso, incapaz, mulher no âmbito doméstico e presidiário.

Procurou-se, nesta pesquisa, buscar respostas ao seguinte problema: Como os profissionais estão lidando com as situações que envolvem vítimas de violência com autonomia reduzida? Quais dificuldades e dilemas que surgem no enfrentamento dessas adversidades?

O entendimento é o de que a identificação das dificuldades e dos dilemas enfrentados pelos profissionais do SAMU – Bauru poderá indicar suas respectivas causas, facilitando a busca de soluções.

Por outro lado, estudos que tratam de dilemas éticos na atenção pré-hospitalar em situação de urgência/emergência são poucos, constituindo a presente pesquisa em mais uma contribuição para aprofundamento de reflexões e melhor compreensão dos aspectos envolvidos nesse tipo de atendimento.

1.1 Aspectos Históricos do APH

A primeira tentativa de APH ocorreu no Século VI realizada pelo Imperador Maurício, quando criou um corpo de cavaleiros encarregado da remoção do ferido⁽¹²⁾. No final do século XVIII, por volta de 1792, Napoleão Bonaparte designou o Barão Dominique-Jean Larrey a desenvolver um sistema de cuidados médicos para o exército francês. O barão Larrey desenvolveu todos os preceitos do cuidado médico de emergência utilizados atualmente: 1) rápido acesso ao paciente por profissional treinado, 2) tratamento e estabilização no campo, 3) rápido transporte aos hospitais apropriados e 4) cuidados médicos durante o transporte⁽¹³⁾.

Durante a guerra da Criméia, no século XIX, nos anos de 1854 a 1856, a enfermagem teve seu marco inicial no atendimento pré-hospitalar com Florence Nightingale, que participou ativamente do atendimento aos feridos, atribuindo-se à sua atuação significativa redução das taxas de mortalidade dos soldados ingleses e dos países aliados nessa guerra^(14,15).

Em 1859, H. Dunant pleiteou o estabelecimento da convenção de Genebra da qual originou a Cruz Vermelha. A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX com a formação da Cruz Vermelha Internacional.

Em 1864, um sistema organizado de socorro à população civil - Railway Surgery - USA - foi implantado, com o objetivo de prestar cuidados médicos às vítimas de trauma durante viagens de trem. Um ano depois, em 1865, o Serviço de ambulância dos Estados Unidos da América foi instituído pelo Exército Americano⁽¹³⁾.

Em 1869 foi criado o serviço de ambulância (carruagem puxada por cavalos) em Nova York. Em 1870, há o primeiro registro de transporte aéreo médico, por meio de balão de ar quente, pelo exército prussiano em Paris. Em 1899 a primeira ambulância motorizada, operada pelo Hospital Micheal Reese, em Chicago, alcançava 30 km/hora⁽¹³⁾.

Chefe Cot, em 1924, criou o “Serviço de Emergência para os Asfixiados”, dentro do regimento de Bombeiros de Paris, que é o primeiro exemplo de posto de emergência móvel avançado, distinto dos serviços hospitalares⁽¹³⁾.

Durante a I e II Grandes Guerras Mundiais, os serviços médicos militares provaram sua eficácia no acesso e manejo precoce das pessoas feridas. Entretanto, embora o sistema militar médico tornara-se bem desenvolvido, o desenvolvimento do sistema civil estava atrasado^(13,16).

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas. Esta demora fez com que as autoridades sanitárias inicialmente delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento⁽¹⁷⁾.

Na França foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes nas transferências inter-hospitalares⁽⁶⁾.

De acordo com o autor citado acima, em Paris, no ano de 1956, foi criado pelo Professor Cara, o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação (SMUR), com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes com insuficiência respiratória séria, principalmente no momento da epidemia de poliomielite. No final dos anos 50, J. D. Farrington e outros questionaram quais lições aprendidas pelos serviços médicos militares, poderiam ser aplicadas aos civis para melhorar o cuidado civil⁽⁶⁾.

A história do SAMU da França iniciou nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes⁽¹⁸⁾.

Abre em Nancy, em 1962, idealizada pelo Professor Larcan, um serviço de emergência médico urbano⁽¹³⁾.

Outras guerras confirmaram os benefícios do atendimento precoce, sendo palco frequente de atendimentos pré-hospitalares⁽¹⁹⁾.

Assim, foi constatada a necessidade de treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando-se pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes, centrados na ventilação, respiração e circulação adequadas⁽⁶⁾.

Em 1969, a Comissão sobre Emergency Medical Service (SEM), criada pela Associação Médica Americana, promoveu um Treinamento Médico de Emergência. Para melhorar a organização e a regulação da emergência médica-cirúrgica, ao término dos anos 1970, surgiram outros cursos:

- 1) 1975 - ACLS desenvolvido pela Associação Americana de Cardiologia
- 2) 1978 - Cursos piloto de ATLS desenvolvido em Auburn, Nebraska
- 3) 1979 - Comitês de acreditação em EMT-Paramedic
- 4) 1981 - Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS)
- 5) 1981 - BTLS desenvolvido por Alabama Chapter
- 6) 1983 - Cursos piloto de PHTLS em Iowa, Connecticut, and Louisiana

No Brasil Colônia e no Brasil Império, o atendimento médico era escasso. Em 1789, no Rio de Janeiro, havia somente quatro médicos em atuação⁽²⁰⁾. O atendimento pré-hospitalar (APH) era inexistente. Em 1808, foi fundada a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, quando então iniciou o transporte e atendimento de vítimas feridas. Até então, o modelo pré-hospitalar adotado era estrangeiro, realizado por carruagens⁽²⁰⁾.

Com a proclamação da república, o atendimento foi integrado ao Estado e passou a ser coordenado ao longo do tempo por diversos serviços públicos.

No ano de 1893, o Senado da República Brasileira, aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública. Consta ainda que, em 1899 o corpo de Bombeiros da mesma localidade colocou em ação a primeira ambulância de tração animal, para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço ⁽²¹⁾.

No Rio de Janeiro, os serviços de urgência sempre contaram com grande participação dos estudantes de medicina. Existiam concorridos concursos para a função de Acadêmicos Bolsistas, estes atuavam nos Prontos Socorros e nas ambulâncias. Não eram apenas as bolsas de estudo concedidas que atraíam os acadêmicos, mas a experiência que vivenciavam e o peso curricular, por terem sido aprovados no concurso ⁽¹²⁾.

Hoje, o Rio de Janeiro, onde teve início no Brasil a primeira organização de urgência, vive uma militarização deste atendimento no que se refere ao “socorro médico de urgência na via pública”, talvez em razão do caos, tanto da rede pública e privada da saúde quanto do aumento da violência, dificultando o acesso dos civis junto às vítimas. Grande número de médicos foi incorporado à carreira do Corpo de Bombeiros ⁽²²⁾.

Na assistência médica, as ambulâncias foram consideradas, durante muito tempo, mais como um Sistema de Transporte do que como unidade de atendimento e cuidados precoces, diferentemente da utilização que teve principalmente nas guerras. Frequentemente, a gerência das frotas de ambulâncias sequer estava ligada diretamente aos Serviços de Saúde, mas aos Serviços Municipais de Transporte, quando não, diretamente aos gabinetes do Executivo ⁽¹²⁾.

Na década de 50 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Pode-se considerar do ponto de vista histórico, esta atividade como embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil, por uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências. Essa atividade foi sendo desativada progressivamente ⁽¹²⁾.

Nas décadas de 60 e 70, vários serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil.

A partir de 1975, com a Lei 6229, quando os municípios assumiram a responsabilidade do atendimento às urgências, por meio de serviços próprios, conveniados ou transferidos para localidades com mais recursos, a distribuição de

ambulâncias transformou-se em “*moeda política*”, oferecida com grande alarde, pois representavam “*outdoors*” móveis, com identificação do doador e do governante local que a havia conseguido para o município. As informações no exterior das ambulâncias eram maiores que os recursos no seu interior⁽¹²⁾.

Os veículos escolhidos, em sua grande maioria, não eram apropriados para o transporte de pacientes, pois a altura e o espaço físico não permitiam sequer que o paciente pudesse fazer uso de soro fisiológico endovenoso, ou uso de oxigênio. A função de transporte foi a que as ambulâncias cumpriram até recentemente, independente das condições de saúde do paciente, pois se contava apenas com um motorista experiente no volante⁽¹²⁾.

O surgimento do APH no Brasil, na década 80, provavelmente estimulou o desenvolvimento e a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que foi criado a partir do decreto n.º 5.055, de 27 de abril de 2004 e amparado pela Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde⁽²³⁾

Em 1981, em Brasília, o Corpo de Bombeiros criou um serviço experimental de resgate de vítimas feridas, mas ainda desprovido de um modelo concreto. Cinco anos mais tarde, após um intercâmbio de bombeiros brasileiros nos EUA (Companheiros das Américas), foi proposta uma reestruturação do sistema, com a criação de um serviço com ambulâncias equipadas e recursos humanos com treinamento específico⁽²⁴⁾.

O primeiro serviço de atendimento pré-hospitalar em Santa Catarina foi criado em 1987, sem a presença de médico. Foi implantado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, em Blumenau, em parceria com outras entidades. Após sete anos já atuava em 15 cidades catarinenses, contando apenas com a participação de socorristas, sem pessoal médico⁽²²⁾.

A discussão sobre o atendimento pré-hospitalar móvel começou a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma cooperação técnica e científica franco-brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde no Brasil e Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França. Iniciada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contou diferentemente do modelo francês, também com a participação de profissionais de enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade⁽⁸⁾.

Por meio da Cooperação SAMU de Paris e São Paulo, em 1989 esse serviço foi criado. Em 1990, começou a funcionar, na grande São Paulo, o Projeto Resgate, em 14 municípios com 38 unidades de salvamento. Contudo, o Brasil ainda não dispunha de um modelo autêntico de atendimento e legislação específica sobre APH ⁽²²⁾.

O surgimento do serviço APH no Brasil enfrentou grandes dificuldades devido à falta de legislação específica até meados da década de 90, o que contribuiu para a sustentação de várias estruturas de APH, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão Nacional a ser seguido ⁽²⁵⁾.

De acordo com Nistchke ⁽¹²⁾, foram criados os serviços:

- 1) 1990 - Projetos Pró-Trauma em Santa Catarina e início do trabalho pré-hospitalar em Florianópolis
- 2) 1991 - Início do SIATE em Curitiba
- 3) 1994 - Início do Belém 192 urgente
- 4) 1995 - Início do SAMU de Porto Alegre e início da rede 192
- 5) 1996 - Início do SAMU de Campinas
- 6) 1996 - Rede 192, transformada em Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
- 7) 1997 - Primeira resolução sobre pré-hospitalar e transportes sanitários pelo CREMESC

A partir de 1997, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina (CFM e CRM) passaram a questionar a eficácia dos serviços no APH, realizados pelos Corpos de Bombeiros, pois seus militares não possuíam embasamento legal para tal atuação ⁽²⁵⁾.

Foi o CRM de Santa Catarina (CREMESC) o primeiro que editou duas resoluções (nº 027/97 e nº 028/97) que regulamentaram o transporte de pacientes em urgências e emergências em ambulâncias e o APH no estado ⁽²⁶⁾.

Apenas no ano de 1998, o Conselho Federal de Medicina qualificou o atendimento pré-hospitalar como serviço médico, tanto na coordenação quanto na supervisão (Resolução CFM nº. 1.529/98) ⁽²⁷⁾. No ano seguinte, o Ministério da Saúde aprovou a normatização do atendimento pré-hospitalar com a Portaria nº 824, a qual foi revogada pela nº 814 de 2001, esta mais abrangente. Ainda no mesmo ano,

o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, com o intuito de reduzir a hecatombe brasileira⁽²⁸⁾.

De 1996 a 2002 foram desenvolvidos diversos SAMU no Brasil: "SOS Fortaleza", o "SAMU-RESGATE" da região metropolitana de São Paulo, e de Ribeirão Preto, Araraquara, São José do Rio Preto, Santos, região do Vale do Ribeira, Belo Horizonte, Recife, e outras⁽¹³⁾.

Em 5 de novembro de 2002, entrou em vigor a Portaria nº 2.048/GM, do Ministério da Saúde possuindo sete capítulos: Plano Estadual de atendimento às Urgências e Emergências; Regulação Médica das Urgências e Emergências; Atendimento Pré-Hospitalar Fixo; Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Atendimento Hospitalar; Transferência e Transporte Inter-Hospitalar; e Núcleo de Educação em Urgência. Este foi um grande avanço do governo brasileiro, mas ainda carente de um modelo nacional, próprio. Nesta portaria, fica clara a opção pelo modelo franco-alemão de atendimento pré-hospitalar, porém, o treinamento preconizado é baseado no modelo anglo-americano⁽⁹⁾.

Em 29 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde regulamentou duas portarias: nº 1863/GM e nº 1864/GM. A portaria nº 1863/GM definiu que a Política Nacional de urgências/emergências deve ser implantada em todas as Unidades Federativas, respeitando as três esferas de gestão. Já a portaria nº 1864/GM instituiu a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência/emergência em municípios e regiões em todo o território brasileiro^(29,30).

O APH pode ser classificado em duas modalidades de atendimento: Suporte Básico à Vida (SBV) e Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV pode ser caracterizado como uma estrutura de apoio oferecida a pacientes que necessitam de um tratamento médico imediato, no entanto, não apresentam potencial necessidade de intervenção no local ou durante o transporte. Já o SAV, utilizado para tratamento de pacientes de alto risco, possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto pré-hospitalar como inter-hospitalar⁽²⁾.

O Sistema de Atendimento Médico de Urgência atende aos preceitos básicos dos sistemas móveis de urgência, como os relacionados a seguir:

- Prestar atendimento emergencial no campo pré-hospitalar, atendimento este que responda às necessidades prementes do paciente crítico.
-

- Determinar a forma de melhor resposta à demanda solicitada, através de uma “regulação” de todos os chamados, obrigatoriamente realizada por um profissional médico⁽³¹⁾.

O SAMU, hoje, encontra-se funcionalmente constituído, conforme inicialmente idealizado, organizado da seguinte forma: Central de Regulação Médica com suas respectivas equipes de suporte básico e avançado, além das equipes essenciais de apoio.

1.2 Violência contra indivíduos com autonomia reduzida

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde - OMS, as violências são caracterizadas pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação⁽³²⁾.

Na esfera jurídica, violência significa uma espécie de coação, ou forma de constrangimento, posta em prática para vencer a capacidade de resistência de uma pessoa, ou de levá-la a executar ato violento contra sua vontade. É, igualmente, ato de força exercido contra as coisas, na intenção de violentá-las, devassá-las, ou delas se apossar⁽³³⁾.

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros. Este fenômeno é uma herança comum, historicamente, a todas as classes sociais, culturas e sociedades, gerando tanto desconforto quanto conformismo⁽³⁴⁾.

Conforme crescem as evidências sobre o impacto negativo da violência familiar no bem-estar da criança, cresce, também, o reconhecimento do papel dos serviços de educação e saúde em sua abordagem. É considerado desafio para os serviços de emergência, onde a rotina atribulada pode dificultar a detecção dos casos⁽³⁵⁾.

A rotina agitada, a falta de tempo e privacidade, a ausência de recursos, bem como o pouco treinamento dos profissionais, são algumas particularidades apontadas como responsáveis por uma possível subdetecção de casos, o que gera uma casuística

que acaba por representar apenas uma parcela do problema, o que favorece a perpetuação da violência e seu possível agravamento nos casos não identificados ⁽³⁶⁾.

No Brasil, a violência sexual contra crianças e adolescentes é um desafio para a agenda das políticas públicas de enfrentamento e prevenção. Nas duas últimas décadas a violência relacionada à infância e adolescência vem causando perplexidade e mobilizando a sociedade, tanto pela magnitude dos índices de exposição e vulnerabilidade, quanto pela transcendência do fenômeno entre os diferentes ambientes sociais ⁽³⁷⁾.

A presença de maus-tratos à criança nem sempre é tão evidente, podendo ser manifestada por contusões, fraturas, queimaduras e rupturas de órgãos e/ou por lesões permanentes que podem até levá-la à morte ⁽³⁸⁾.

Assim, muitas crianças experimentam o dissabor das agressões. Infelizmente, o uso da punição física ainda é um instrumento utilizado com frequência na educação dos filhos na sociedade contemporânea ⁽³⁹⁾.

Os pais tendem a defender essa forma de disciplina que pode favorecer a banalização e tornar crônica a violência doméstica física contra crianças e adolescentes ⁽⁴⁰⁾. Mesmo encarada como algo normal por alguns, a agressão na infância e adolescência pode acarretar problemas que muito provavelmente terão impacto por toda a vida da vítima, levando-a a repetir o comportamento violento ⁽⁴¹⁾.

A adolescência é um dos períodos em que o indivíduo mais necessita de que suas necessidades básicas sejam supridas. A violência sofrida tem o poder de cercear o processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente como pessoa, produzir a aquisição de atitudes anti-sociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras ⁽⁴²⁾.

Os maus-tratos e a violência contra a pessoa idosa são acontecimentos antigos, mas com notoriedade recente tanto na realidade brasileira quanto mundial. O idoso é vítima de diversas formas de violência por parte da família e da sociedade e esse tipo de violência é bastante comum. A violência cuja prática às vezes não é nem percebida, tem efeito devastador para o ancião ⁽⁴³⁾.

Esta constatação tornou-se mais evidente nas investigações científicas em meados da década de 70 do século passado, com pesquisas contemplando a violência. As violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos. No

primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento da população de idosos em quase todos os países do mundo ⁽⁴⁴⁾.

Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer, em relativamente poucas décadas e em uma velocidade muito maior que nos países europeus, que levaram cerca de 140 anos para envelhecer ⁽⁴⁴⁾.

Denota-se que a violência contra pessoa idosa é tida como uma das mais severas e desiguais formas de agressão, posto que com o processo de senescência, há uma desigualdade de fatores físicos e psicológicos, sem falar no constrangimento familiar e da quebra de confiança estabelecida entre o idoso (vítima) e familiar/cuidador (agressor) ^(45,46,47). Salienta-se ainda, que alguns idosos, apesar de provedores de suas famílias, são vítimas de maus-tratos de familiares.

Com relação aos prisioneiros, destaca-se que o sistema penitenciário brasileiro convive com a superpopulação carcerária, além da escassez de recursos e das péssimas condições em que se encontram as cadeias. As más condições de vida dos detentos desencadeiam problemas ligados à segurança e disciplina. O prisioneiro não tem o direito de privacidade, pois lhe é imposta a vivência comunitária, forçando-o a viver de modo massificado, em companhia de muitos outros presos, sem direito de escolhas. Ele se encontra recluso em um cubículo superlotado e sua intimidade é invadida ⁽⁴⁸⁾.

Submeter-se às regras do sistema prisional será sempre a única alternativa a ser tomada. Deste modo, todos os presos estão sujeitos a todos os tipos de violência ou agressões oriundas da prisão e por isso são facilmente perturbáveis, tornando-se propensos a agirem de acordo com as influências a que estão submetidos.

Nessa situação de confinamento e perda da liberdade, conflitos e tensões se estabelecem entre os diversos atores presentes no sistema penitenciário, impondo prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde ⁽⁴⁸⁾.

A Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei nº 7.210 de 1984 – que regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade, inclui orientações sobre como os presos são classificados por sexo, antecedentes criminais e *status* legal (condenados

ou aguardando julgamento). Também assegura alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimento médico, assistência jurídica, assistência educacional e preservação dos direitos não atingidos pela liberdade⁽⁴⁹⁾.

O acesso dessa população carcerária a ações e serviços de saúde é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988; pela Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS e pela Lei nº 8.142 de 1990^(50,51).

Oferecer atendimento médico-sanitário aos confinados é uma forma de atender ao preceito constitucional que assegura, a todos, indistintamente, uma vida digna. A dignidade humana pode ser compreendida como a expressão do reconhecimento de um valor, um princípio moral, tendo como finalidade o ser humano como pessoa, como ser individualizado⁽⁵²⁾.

Outro grupo de indivíduos com autonomia reduzida é constituído pelos incapazes, porque lhes faltam condições mentais ou físicas, temporárias ou permanentes para administrar suas vidas e tomar decisões.

De acordo com o Código Penal, art. 133, "Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono, está prevista pena de detenção, de 6(seis) meses a 3(três) anos"⁽⁵³⁾.

A violência contra as mulheres é um fenômeno que tem suas raízes nas desigualdades de gênero, traduzidas em relações assimétricas de poder e, ainda que esse poder seja relacional, a realidade tem revelado que ele muito dificilmente beneficia as mulheres, que são, majoritariamente, alvo preferencial da violência de gênero⁽⁵⁴⁾.

Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. A maior parte dos casos de violência acontece em casa, afetando, sobretudo mulheres, crianças e idosos. Entretanto, a violência doméstica pode ocasionar danos diretos ou indiretos a todas as pessoas da família, nas várias fases de suas vidas⁽⁵⁵⁾.

A violência contra a mulher entendida como conduta que se baseia no gênero, resultando em morte ou que provoque dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico é verificada tanto no espaço privado quanto no público. Dentre as várias formas, destaca-se a violência sexual por apresentar particularidades importantes que

merecem ser tratadas com relevância, já que, na maioria das vezes, se encontra seguida de outras expressões, como alterações físicas, reprodutivas, sociais e psicológicas, produzindo graves danos à saúde das mulheres ⁽⁵⁶⁾.

Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida em que o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum ^(41,57).

No Brasil, este tema ganhou maior relevância com a entrada em vigor da Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, também conhecida como “Lei Maria da Penha”, uma merecida homenagem à mulher que se tornou símbolo de resistência às sucessivas agressões de seu ex-esposo, ampliando o entendimento das formas de manifestação da violência doméstica e familiar contra a mulher, além das mais conhecidas e praticadas, tais como: a violência física, psíquica, moral, sexual, moral e patrimonial ⁽⁵⁸⁾.

A vivência cotidiana do profissional de saúde está repleta de situações em que se constata formas de violência, já que a pobreza tem alcançado índices alarmantes. São situações estressantes para esses profissionais que, com frequência, os colocam diante de angústias e dilemas éticos.

1.3 Aspectos éticos do atendimento pré-hospitalar

Debate-se, contemporaneamente, a expansão dos domínios da violência de modo paradoxal com a expansão dos direitos humanos e sociais. Da violência do próprio Estado, tal qual nos crimes de guerra, ou abusos e negligências de suas instituições, estendem-se às situações de caráter interpessoal no mundo privado ⁽⁵⁹⁾.

Prestar socorro à população em casos de urgência é a finalidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Emergência, do Ministério da Saúde. O SAMU realiza atendimento em qualquer lugar: residências, locais de trabalho ou vias públicas. O socorro é feito depois de chamada para o telefone 192. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do país.

Como o atendimento é no local do evento que deu origem ao agravo, as equipes, muitas vezes, se deparam com as diferentes formas de violência.

A inclusão dos valores, crenças e desejos do paciente na análise de sua situação clínica objetiva proteger a autonomia de cada ser humano em suas decisões e evitar abusos potenciais de julgamentos unilaterais ^(60,61).

Agir de forma ética e eficiente na assistência ao paciente em estado grave, mesmo dentro das limitações que o ambiente e a situação impõem, constitui desafio aos profissionais que atuam no serviço móvel pré-hospitalar.

Atualmente, é grande a preocupação com o enfoque bioético quando se trata de temas ligados à vida humana, particularmente em momentos considerados críticos. Essa preocupação tem abrangido também questões relacionadas à distribuição de recursos para o setor saúde ⁽⁶²⁾.

Os referenciais da bioética são bastante abordados na literatura, especialmente os referentes à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, constituindo instrumentos importantes para análise de dilemas e conflitos morais que surgem no cotidiano dos profissionais de saúde ^(62, 63).

O tipo de trabalho realizado pela equipe de saúde neste novo contexto, ou seja, no atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar, têm exigido dos profissionais uma nova forma de atuação, rompendo com um modelo de trabalho tradicional cujas tarefas, em sua maioria, são baseadas apenas no modelo de assistência biomédico, centradas em normas, rotinas e tarefas ⁽⁶⁴⁾.

Nesta nova modalidade, exige-se rápida tomada de decisão baseada em conhecimentos específicos de avaliação rápida e procedimentos de estabilização, definindo prioridades na própria situação de vulnerabilidade ⁽⁶⁴⁾.

Compete, ainda, aos profissionais do APH a tarefa de notificar o ato de violência observado durante seu atendimento. Negligências relacionadas à notificação desses casos promovem sua invisibilidade, com consequências que podem ser negativas para as vítimas, e impunidade aos agressores.

Em síntese, aspectos técnicos, éticos e legais estão sempre presentes nas atividades de atenção à saúde, especialmente, em situações-limite, cuja dramaticidade pode levar o profissional de saúde a se envolver, de tal maneira, que seus próprios valores podem não coincidir com as suas escolhas, e, suas escolhas podem não ser as mais adequadas. É muito provável que esse dilema ético faça parte do cotidiano dos profissionais que atendem pacientes em situação de urgência/emergência pré-hospitalar, pela natureza e circunstâncias desse

atendimento, particularmente, quando o paciente é um sujeito com autonomia reduzida.

Conhecer tais dilemas e dificuldades percebidas por esses profissionais é a proposta da presente pesquisa.

2. Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apreender a percepção sobre dificuldades e dilemas éticos vivenciados por profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violências.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Bauru.

Caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto à profissão, idade, sexo e tempo de trabalho no serviço móvel pré-hospitalar de urgência.

Descrever e analisar percepções dos profissionais desse serviço sobre os atendimentos realizados à: crianças e adolescentes, mulheres, idosos, incapazes e prisioneiros, vítimas de violência, sobre dificuldades e dilemas enfrentados durante sua atuação, com destaque às de cunho ético.

Identificar propostas de qualificação do atendimento prestado no serviço móvel pré-hospitalar de urgência/emergência de Bauru.

3. Método

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo, local e sujeitos

Este estudo insere-se no campo da pesquisa quali-quantitativa. Foi realizado na cidade de Bauru, nos anos de 2010 a 2011, tendo como sujeitos da pesquisa 18 profissionais de saúde que atuam no Serviço de atendimento móvel de urgência. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: atuar no serviço há mais de dois anos e concordar com sua participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas (APÊNDICE 1).

3.3 Procedimentos de análise dos dados

Para este estudo foi adotado como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que articula uma série de operações sobre os depoimentos coletados em pesquisas por meio de questões abertas, as quais, ao final do processo, resultam em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais - cada um desses depoimentos coletivos veiculando a um determinado posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso ⁽⁶⁵⁾.

O material empírico foi trabalhado para a produção do Discurso do Sujeito Coletivo. Deste modo, foram usadas três operações:

1. Idéias-centrais: fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.
2. Expressões-chave: trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo.
3. Discursos do Sujeito Coletivo (DSC): reuniões das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm idéias-centrais de sentido semelhante ou complementar ⁽⁶⁶⁾. p.97

Para esse procedimento metodológico foi usado o *software* Qualiquantisoft. O programa Qualiquantisoft é um *software* desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, na pessoa dos professores Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre, criadores da metodologia do DSC.

Tanto o programa quanto o software do DSC, destina-se a viabilizar pesquisas desenvolvidas com essa metodologia, tornando-as mais ágeis, mais práticas, aumentando, em muito, o alcance e a validade dos resultados.

3.4 Referencial Teórico

A análise e discussão dos discursos foram apoiadas por um quadro teórico sobre Violência e Atendimento de Urgência/Emergência.

3.5 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Lauro de Souza Lima e aprovado sob PROJETO Nº E-0220/10 (ANEXO 1).

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

4. Resultados e Análise

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Caracterização do Atendimento Móvel de Urgência de Bauru

Em Bauru, o serviço foi criado em 2004, sendo inaugurado em 22 de Dezembro do mesmo ano. Inicialmente foi habilitada uma Unidade de Suporte Avançado (USA), quatro Unidades de Suporte Básico (USB), e a sala regulação, nas dependências do pronto socorro central municipal (PSCM). Em 2007 mais uma USB foi habilitada e construída a base de regulação do SAMU 192. Em 2011 o serviço foi regionalizado, atendendo mais 17 cidades, possuindo, hoje, a central de regulação médica, em Bauru, mais cinco bases, nos seguintes bairros: Vila Falcão, com bombeiros, Distrito Industrial, com bombeiros, Bela Vista, na UPA Bela Vista, Mary Dota, UPA Mary Dota e Base Nações. Possui, também, mais sete bases extra-municipais nas cidades de: Agudos, Arealva, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Pederneiras e Pirajuí, contemplando aproximadamente 616.487.000 habitantes, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Distância e acesso entre os municípios envolvidos na regionalização

CIDADES	KM	População	Área abrangência territorial
Agudos	18 km	36.188	1.372,000 km ²
Arealva	41 km	7.886	506, 465 km ²
Avaí	39 km	5.174	38,21 km ²
Balbinos	73 km	4.695	90,9 km ²
Borebi	41 km	2.348	348,1 km ²
Cabrália Paulista	45 km	4.375	239,20 km ²
Duartina	38 km	12.792	264,3 km ²
Iacanga	50 km	4.732	548, 029 km ²
Lençóis Paulista	43 km	63.314	61, 432 km ²
Lucianópolis	56 km	2.446	190,9 km ²
Macatuba	46 km	16.939	226,2 km ²
Paulistânia	48 km	1.905	257,22 km ²
Pederneiras	26 km	43.245	765 km ²
Pirajuí	58 km	29.398	821,68 km ²
Piratininga	13 km	11.990	398,28 km ²
Presidente Alves	56 km	4.521	288, 570 km ²
Reginópolis	70 km	7.859	409, 914 km ²
BAURU		356.680	673,5 km ²
TOTAL		616.487.000	

Fonte: DRS. VI - Bauru S/P.

Atualmente, há três viaturas de suporte avançado, estando uma em atuação ininterrupta, a outra em esquema de sobreaviso e a terceira funcionando como reserva técnica. Estas viaturas podem ser despachadas em situações especiais (catástrofes, calamidades, transferências extra-municipais).

A estrutura do SAMU de Bauru conta com uma Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU). Nela atuam profissionais em período integral (médicos reguladores, telefonistas auxiliares, radio-operador e pessoal de apoio), atende a 617.000 habitantes através do número telefônico 192 ⁽⁶⁸⁾.

A Unidade de suporte avançado (USA) é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um médico, um enfermeiro e um motorista, que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento. Esta equipe, com sua respectiva viatura, fica de prontidão na base operacional do SAMU, aguardando determinação do médico regulador para prestar atendimento emergencial⁽⁶⁹⁾.

As unidades de suporte avançado somente são enviadas para atendimento mediante autorização do médico regulador, não respondendo a outras solicitações que não tenham sido reguladas pelos profissionais pertinentes. Compete, portanto, ao médico regulador a determinação da existência de risco imediato à vida, pois, somente nesta condição, salvo determinações excepcionais provenientes de órgãos superiores, serão despachadas as USA.

Esta determinação deverá ser baseada, exclusivamente, no grau de comprometimento de funções vitais, capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida ou a expectativa de vida, como as abaixo relacionadas.

- Comprometimento de via aérea (A),
- Comprometimento da dinâmica respiratória (B),
- Comprometimento da dinâmica circulatória (C),
- Comprometimento da função neurológica (D),
- Comprometimento funcional de extremidades (E).

Compete, portanto, à equipe de suporte avançado:

- Atendimentos a pacientes traumatizados, quaisquer que sejam as causas, uma vez que seja estabelecida pelo médico regulador que há risco imediato à vida;
- Atendimentos a pacientes portadores de patologias clínicas, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecida pelo médico regulador que há risco imediato à vida⁽³¹⁾.

A Unidade de Suporte Básico (USB) é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um (a) auxiliar/ técnico de enfermagem e um (a) motorista condutor de veículo de emergência, que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento.

Toda atividade desempenhada pela equipe é realizada em conjunto, sem que haja diferenças hierárquicas entre os elementos da equipe. Entretanto, na eventual necessidade de se fazer declarar uma autoridade local, esta deverá ser assumida pelo profissional reconhecido como hierarquicamente superior ⁽²⁾.

Atualmente no Brasil, nas grandes cidades, o conceito de ambulância deixa de ser o de Sistema de Transporte e Remoção e gradativamente se incorpora como parte do Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências. Embora alguns municípios do interior do estado continuem realizando a "ambulâncoterapia", aumentando, cada vez mais, o fluxo de pacientes das cidades menores para os grandes centros, sem regulação médica, esses municípios continuam sem oferecer atendimento básico resolutivo, complicando ainda mais a situação das unidades secundárias e terciárias de saúde ⁽⁷⁰⁾.

4.2 Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 18 profissionais de saúde, sendo: 12 médicos - 8 do sexo feminino e 4 masculino e 6 enfermeiros – 2 do sexo masculino e 4 feminino. As idades variaram entre 25 e 58 anos. Quanto ao tempo de trabalho no APH, este variou de 2 a 7 anos.

4.3 Apresentação das Ideias Centrais, dos Discursos do Sujeito Coletivo e Análise

A seguir serão apresentados temas correspondentes às questões formuladas nas entrevistas, as ideias centrais identificadas, o Discurso do Sujeito Coletivo e a análise desses discursos.

Tema 1 - Atuação no serviço pré-hospitalar quando o paciente é criança e/ou adolescente vitimados por ato de violência

Síntese das Ideias Centrais

A- Com criança e adolescente o emocional fica mais abalado

B- A prioridade é fazer uma abordagem acolhedora**C- Com criança e adolescente é difícil agir****Discurso do Sujeito Coletivo****A- Com criança e adolescente o emocional fica mais abalado (S1, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S15, S16, S17, S18)**

No atendimento de criança e adolescente há um pouco mais de comprometimento, o emocional fica mais abalado, temos uma atuação mais rigorosa em cima disso, é preciso controlar o emocional para conseguir contornar a situação. Quando é criança até rezo, não sei medicar, preciso de ajuda, tenho mais dificuldade, talvez pela inocência da vítima e ou a condição de indefeso, geralmente, quem o agrediu são os adultos que covardemente violentam a integridade física da criança, elas são vítimas de sofrimento imposto, causando graves ferimentos, externo ou interno. O adolescente é mais rebelde e às vezes, até o provocador da situação. Mas o atendimento é de urgência, procuro não questionar muito o familiar, porque pode ser o próprio o autor da violência. A violência contra a criança e o adolescente representa uma das formas mais agressivas de violência. Não dá para aceitar, fico triste, porque nossos jovens estão se perdendo de alguns tempos para cá, é bastante comum atender jovem, criança drogada, grávida e alcoolismo, é um atendimento tumultuado, às vezes precisamos acionar a polícia, isso gera mais stress, é a principal dificuldade no pré-hospitalar. A gente atende, realiza tudo certinho, mas acaba se envolvendo naturalmente, carregando aquela situação, fico triste algumas horas, dias, demoro a metabolizar, depois passa. É preciso manter a calma, pensar e agir apenas como profissional, às vezes é preciso orientação da regulação médica, essa faixa etária desestabiliza a equipe.

B- A prioridade é fazer uma abordagem acolhedora (S2)

A prioridade do atendimento é focar a criança ou adolescente agredido, e tentar fazer abordagem de uma forma acolhedora.

C- Com criança e adolescente é difícil agir (S3, S11, S13, S14)

Criança ou adolescente fica difícil de agir, precisa de acompanhante adulto ou responsável, às vezes, estão drogados, não falam coisa com coisa. Adolescente é um pouco mais difícil, há falta de limites com mudanças ocorridas nos núcleos familiares. Nessa faixa etária a pressão é sempre maior, todo pessoal envolvido mais comprometido, há maior cobrança por parte das pessoas próximas e a própria equipe não aceita falhas, por uma força instintiva de proteção que visa à perpetuação da espécie. Às vezes o causador do sofrimento está entre os familiares, e denunciar é invadir a dinâmica daquela família.

ANÁLISE

Nos discursos, os profissionais revelam o cotidiano da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, que ao assistir a criança ou o adolescente vítima de violência, sofre intensa e emocionalmente, pelo enfrentamento de dificuldades e dilemas éticos e legais.

Como dificuldades enfrentadas destacam-se: a necessidade de controle emocional, especialmente em situações mais angustiantes envolvendo adolescente grávida, ou drogada, ou alcoolizada; ter que prestar socorro à vítima e ao mesmo tempo lidar com o tumulto que ocorre em seu redor; receber muitas cobranças por parte das pessoas próximas da vítima, aumentando o estresse quando há a necessidade de acionamento de policial.

Dentre os dilemas éticos evidenciados encontra-se o relacionado ao ato de denunciar ou não denunciar a agressão, pelo entendimento de que a denúncia poderá provocar alterações na dinâmica familiar, podendo ter consequências negativas. Porém, não denunciar significa convivência com a impunidade.

Outro dilema relatado foi quanto a questionar ou não o familiar sobre a causa do ferimento da vítima. Esse questionamento pode ser importante para a conduta terapêutica, no entanto, caso o agressor seja um membro da família, isso poderá trazer problema ainda maior para a vítima.

O profissional, em tais circunstâncias, relata sentir-se emocionalmente abalado, mas ao mesmo tempo precisa agir com profissionalismo. Em algumas situações sente-se despreparado, como na frase citada “*Quando é criança até rezo, não sei medicar, preciso de ajuda...*”.

Essa realidade é percebida pelos sujeitos desta pesquisa como um problema grave e complexo que afeta a sociedade e cujo número de casos vem aumentando continuamente.

Os sentimentos de responsabilidade para com o outro, a impossibilidade de melhor atendimento e o desgaste emocional foram descritos como emoções percebidas nas situações de assistência às vítimas em risco eminente de vida, aspectos que denotam grande “peso” da profissão, presentes em seus relatos, além de sentimentos de impotência diante de situações com resolubilidade insatisfatória ⁽⁷¹⁾.

Os profissionais de saúde que atendem crianças frequentemente se deparam com situações de abuso, que lhes causam desconforto e suscitam dúvidas quanto ao manejo ⁽⁷²⁾.

A violência contra a criança e o adolescente se apresenta de forma expressiva em nossa sociedade, embora a criança e o adolescente tenham leis que os protejam e estabeleçam absoluta prioridade aos seus direitos. Dentre essas garantias está o direito de proteção à vida e à saúde. A violência contra a criança pode gerar marcas físicas e psicológicas irreversíveis, produzindo sequelas de difícil reversão, ou até mesmo a morte ⁽⁷³⁾. Reporta-se aqui à concepção de que ser ético pode não significar agir legalmente, e que agir legalmente pode não significar ser ético. No entanto, considerando-se as referências de autonomia, beneficência e justiça na singularidade dessa situação, enfatiza-se que o profissional de saúde, no exercício da sua profissão, tem o dever ético e legal de denunciar a violência contra a criança e o adolescente.

A desarticulação da rede de assistência à violência, a insegurança, a falta de profissionais capacitados e a infraestrutura inadequada são alguns fatores que dificultam o atendimento. Para os entrevistados, a violência está no seio familiar, isso faz com que se sintam inseguros para agirem, por medo de piorar a situação da vítima. Sendo assim, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar uma intervenção que possa ser prejudicial ao paciente e/ou ao seu familiar.

Os artigos 4 e 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) privilegiam o processo de desenvolvimento humano, buscando garantir alguma qualidade de vida.

Art. 04 – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte e ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único: A garantia de prioridade compreende:

1. Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
2. Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
3. Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
4. Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 05 – Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais ⁽⁷⁴⁾. p. 1

A família é resguardada pelo segredo, por mitos (como o de que qualquer família é melhor do que não ter família, e de que os pais têm o poder de vida e morte sobre os filhos) e pela ideologia do vínculo familiar ⁽⁷⁵⁾.

As sociedades desde sua existência remota têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Essa violência atinge todas as camadas sociais, e os profissionais de saúde não podem ficar indiferentes a esse *fenômeno sociocultural*. Grave é o fato de que grande parte dos casos de violência contra a criança ocorre dentro de casa, no ambiente familiar, onde deveria ocorrer a proteção.

Conforme crescem as evidências sobre o impacto negativo da violência familiar no bem-estar da criança, cresce também o reconhecimento do papel dos serviços de educação e saúde em sua abordagem. Isto é considerado um desafio para os serviços de emergência, onde a rotina atribulada pode dificultar a detecção dos casos ^(76,77).

A rotina agitada, a falta de tempo e privacidade, a ausência de recursos, bem como o pouco treinamento dos profissionais, são algumas particularidades apontadas como responsáveis por uma possível subdetecção de casos, o que gera uma casuística que acaba por representar apenas uma parcela do problema, a perpetuação da violência e seu possível agravamento nos casos não identificados ⁽³⁶⁾.

Como vítimas da violência por seu aspecto indefeso e baixo poder de luta, as crianças e os adolescentes têm se destacado. Esta situação de violência traz prejuízos para a população em geral, especialmente para os adolescentes, pela vulnerabilidade dessa faixa etária.

A adolescência é um dos períodos em que o indivíduo mais necessita de que as suas necessidades básicas sejam supridas. A violência sofrida tem o poder de cercear o processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente como pessoa, produzir a aquisição de atitudes anti-sociais e a reprodução do ciclo da violência nas gerações futuras ⁽⁴²⁾.

Embora a violência tenha se tornado uma das maiores preocupações da sociedade brasileira, como real problema de Saúde Pública, em particular, o fenômeno da violência, bem como seu enfrentamento pelos profissionais e serviços de saúde, são relativamente recentes, não estando, portanto, incorporados às práticas cotidianas nessa área. Causam sofrimento e medo aos profissionais da linha de frente e, ao mesmo tempo, os paralisa, tornando-os muitas vezes impotentes para abordá-los em sua complexidade ⁽⁷⁸⁾.

Se por um lado é, no mínimo, impróprio discutir em conjunto acidentes domésticos, homicídios e acidentes de trânsito, por outro há em muitas situações uma relação submersa entre esses eventos e as violências, o que não dimensiona adequadamente a dinâmica e a dificuldade em lidar com tais classificações ⁽³⁸⁾.

Problemas relativos à subnotificação de determinados tipos de causas já foram identificados. De modo geral, a classificação "causas externas" abarca imensa extensão de eventos, tais como: todos os tipos de acidentes, inclusive os de transporte, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios provocados por lesões acidentais ou violentas, e até mesmo complicações de assistência médica e cirúrgica ⁽³²⁾ (CID 10), dificultando discernir a especificidade de cada um desses fenômenos.

Tais fenômenos são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, pelos custos que representam e pela complexidade do atendimento que demandam ⁽⁵⁵⁾.

Os serviços de emergência são considerados como local propício à suspeição, detecção e primeira abordagem das vítimas ⁽³⁶⁾. Durante os atendimentos podem surgir oportunidades privilegiadas para observação de lesões corporais agudas, tais como escoriações e fraturas sem motivos que as justifiquem, marcas de queimaduras propositais, dentre outros sinais considerados "típicos" de atos violentos.

Os serviços de emergência oferecem assistência em plantões de 24 horas e um relativo anonimato durante o atendimento, pois pode facilitar a revelação de situações de conflito. Representam ainda o primeiro e, por vezes, o único contato das vítimas com o setor de saúde⁽⁷⁹⁾.

[...] em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. [...] é, para a maioria das vítimas de violência, a "porta de entrada" no sistema público de saúde. [...] Para muitas pessoas é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos é um dos únicos momentos em que a violência será declarada⁽⁸⁰⁾. p.94

Os profissionais, frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente, se encontram em posição privilegiada em relação à visibilidade do problema.

Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento. A falta de preparo profissional em lidar com a vítima, a decisão simplista de não se envolver com os casos e buscar os meios necessários para a resolução do problema, consiste em mais um desafio para a atuação adequada às vítimas de violência.

Tema 2 - Atuação no serviço pré-hospitalar quando o paciente é idoso vitimado por atos de violência

Síntese das Ideias Centrais

A- Com o idoso não fico tão abalado emocionalmente

B- A grande dificuldade é que ele não pode falar

C- O idoso é tão vulnerável quanto a criança

D- Tenho pena, mas muitas vezes o idoso sofre consequências daquilo que fez

E- Atender o idoso é sempre muito triste

F- Com o idoso eu não tenho muito problema, mas me envolvo emocionalmente

Discurso do Sujeito Coletivo

A- Com o idoso não fico tão abalado emocionalmente (S1, S5, S6, S8)

O emocional fica mexido, mas muito menos do que a criança e adolescente que tem uma vida toda pela frente. Não que idoso não mereça o mesmo tratamento, mas ele não nos abala. O atendimento é mais tranquilo, sempre tem algum acompanhante e quando é caso de maus-tratos tento não levar em consideração os profissionais, cuidador ou familiar. Procuro realizar o atendimento priorizando as incapacidades do idoso. Encaminho ao Pronto Socorro, comunico o serviço social. Porque maus tratos é campo policial.

B - A grande dificuldade é que ele não pode falar (S2, S3)

A grande dificuldade é que o idoso não fala, talvez pela pressão que sente, ou a situação que está vivendo, às vezes o agressor está dentro de casa, não pode falar por si próprio, a gente tem que ter mais cuidado pelo fato de ser idoso, ou devido algum problema de memória.

C - O idoso é tão vulnerável quanto a criança (S4, S11)

O idoso é tão vulnerável quanto à criança. Quando não tem alguém que o cuide, e o trate com respeito, ou quando lhe falta estrutura que possa dar um aparato, a responsabilidade sobre cai sobre o profissional.

D- Tenho pena, mas muitas vezes o idoso sofre consequências daquilo que fez (S7)

Muitas vezes os idosos são vítimas da própria vida. Não deram amor à família, agora são vítimas dos próprios filhos.

E - Atender o idoso é sempre muito triste (S9, S10, S12, S13, S14, S17, S18)

Atender o idoso é muito triste, há muitas dificuldades: nas residências eles estão sempre no pior cômodo, no pior acesso, nas casas de repouso sem nenhuma condição de higiene, falta de paciência, há intolerância, abandono ou maus-tratos de todas as formas, a violência é a que mais causa sofrimento ao idoso, fico muito triste após o atendimento porque acho que todos deveriam desfrutar de uma velhice tranquila. Afinal merecem quem trabalhou tanto merece um final de vida sem sofrimento, sem muitos problemas. Outros dilemas são a falta de vagas, ausência dos familiares, que não podem acompanhá-los e muitas vezes não podem pagar um cuidado, doente e desamparado torna-se um estorvo para os parentes.

F- Com o idoso eu não tenho muito problema, mas me envolvo emocionalmente (S8, S15)

Com idoso eu não tenho muito problema, tenho muita paciência. Sofro menos do que quando atendo ou regulo criança vítima de maus-tratos, fico triste, mas não concordo com os maus tratos, embora não mexa comigo tanto como no atendimento de criança e adolescente, acabo me envolvendo emocionalmente.

ANÁLISE

Não somente a condição imposta do envelhecimento dificulta o atendimento efetuado pelo socorrista ao idoso. Os entrevistados apontaram como sendo este um dos atendimentos mais tristes devido aos descasos, citando, inclusive, dificuldades para o atendimento pela precariedade do ambiente no qual, muitas vezes, o paciente se encontra, qual seja, no pior cômodo da casa, privado de luz, ventilação e higiene. Sobre atendimentos em casas de repouso para idosos apontam condições precárias de higiene, intolerância, maus-tratos, fato que provoca grande angústia aos socorristas.

Embora alguns entrevistados refiram não sentirem-se tão abalados como quando atendem crianças, outros ressaltam dificuldades, especialmente quando percebem situações em que o idoso omite os fatos. Entendem que essa omissão pode ocorrer porque o agressor encontra-se no interior da casa. Outras dificuldades apontadas foram: idoso com problemas de memória, não podendo lembrar-se dos fatos tal como aconteceram; falta de vagas nas instituições para receber o paciente e ausência de familiares para acompanhamento durante sua remoção.

Depreende-se da fala de um entrevistado o seguinte dilema: tenho pena, mas ele pode ter merecido a agressão como consequência de atos que praticou no passado. Parece que, deste modo, o profissional não se deixa afetar. Isto pode se configurar como estratégia defensiva para superar dificuldades no desempenho de suas tarefas. Demonstrações de insensibilidade perante o sofrimento humano por vezes são verificadas, porque o inverso poderá ser interpretado como fragilidade do profissional.

Estratégias defensivas têm a função de ajudar o trabalhador dos serviços de saúde a fugir da ansiedade, das incertezas e da realidade do seu trabalho. Porém, com isso, ele se aliena em relação à atividade que desenvolve, em relação às pessoas e em relação a si mesmo.

A história da família revela, igualmente, que conflitos com os pais, por vezes com consequências trágicas, não é fenômeno pouco comum, como atestam os achados evidenciados em estudo, tanto no contexto nacional quanto internacional⁽⁸¹⁾.

A declaração de Toronto assinada pelos países membros da ONU em 2002 define "maus-tratos ao idoso" como qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incômodo a uma pessoa idosa⁽⁸²⁾.

Sabe-se que, com o avanço das leis de proteção à pessoa idosa, a violência vem deixando de ser um tema velado para ser tratado do ponto de vista humanitário e jurídico.

O sonho de qualquer mortal é envelhecer com saúde e qualidade de vida, mas esse processo frequentemente é acompanhado do encerramento da atividade produtiva, perda de alguns papéis sociais e aquisição de outros, surgimento ou agravamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras. Essas

transformações e alterações são diferenciadas por sexo, grupo social, etnia, local de moradia etc.

Problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão, abandono e pobreza. A falta de companhia para o idoso, nos dias atuais, está diretamente ligada às transformações que se processaram no núcleo das famílias e, muitas vezes, a institucionalização é considerada como a opção mais saudável a ser adotada pela família.

A alteração da dinâmica familiar e a nossa cultura parecem contribuir para a violência contra as pessoas idosas. É a crença ainda vigente de que os idosos não têm mais utilidade nem papéis a cumprir, desconsiderando-se sua experiência e negando a possibilidade de uma vivência digna e cidadã ⁽⁸³⁾.

Apesar da existência do amparo legal ao idoso vítima de maus-tratos, devido ao fato dos agressores, em geral, serem familiares, ocorrem conflitos relacionados ao afeto e à dependência do idoso, dificultando denunciá-los aos órgãos de direitos humanos e policiais, contribuindo diretamente para a não notificação dos casos de violência contra pessoa idosa no âmbito familiar ⁽⁸⁴⁾.

Situações que representam risco elevado são comuns quando o agressor é dependente econômico do idoso, quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, ou tem outros problemas de saúde mental, ou é também um idoso ⁽⁸⁵⁾.

Os idosos são alvos fáceis de todos os tipos de violência, por sua fragilidade e dependência, por não saberem a quem recorrer e por não terem um amparo legal ativo, embora exista o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741/03) ⁽⁸⁶⁾.

Os idosos mais vulneráveis aos maus-tratos são aqueles cuja autonomia encontra-se reduzida ao extremo. São os dependentes física ou mentalmente, principalmente, aqueles que possuem déficits cognitivos, alterações de sono, incontinências, dificuldades de locomoção, necessitando cuidados em suas atividades da vida diária. E concomitantemente, as consequências dos maus-tratos provocam neles experiências de depressão, desesperança, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações de maus-tratos ⁽⁸⁷⁾.

O documento "Envelhecendo em um Brasil mais velho" alerta que a população idosa no Brasil, que hoje corresponde a 11% da população em idade ativa, em 2050, será de 49%. Em meados da década de 20, a população em idade de

trabalhar vai começar a cair, e todo o crescimento populacional brasileiro se dará pelo aumento dos idosos⁽⁸⁸⁾.

Estas constatações indicam a urgente necessidade de provisão dos recursos materiais e humanos adequados para atender dignamente a população idosa deste país.

Tema 3 - Atuação no serviço pré-hospitalar quando o paciente é incapaz

Síntese das Ideias Centrais

A- Com o incapaz tenho que controlar o emocional

B- O incapaz deve ser abordado com cuidado

C- Não fico tão envolvido com o incapaz

D- Com o incapaz tenho medo, me atrapalho

Discurso do Sujeito Coletivo

A - Com o incapaz tenho que controlar o emocional (S1, S9)

É difícil, principalmente, quando se encontra em situação de risco, são pessoas especiais, tenho que controlar o emocional para desempenhar e conduzir o atendimento.

B- O incapaz deve ser abordado com cuidado (S2, S3, S6, S11, S12, S13, S16, S17)

Incapaz é mais difícil, tenho que abordar com cuidado, porque geralmente não verbaliza, pode entrar em surto pelas alterações psiquiátricas, e partir para cima da equipe. O atendimento envolve muito cuidado, principalmente nos casos em que não se conta com uma pessoa próxima que está mais comprometida no cuidado e

acompanhamento do indivíduo. É necessário bastante tato, é uma tarefa complexa, é preciso paciência, jogo de cintura, saber abordar e conquistar sua confiança. As dificuldades são muito parecidas com a situação da criança, mas é muito tranquilo, não me assusta. São vítimas mais vulneráveis aos maus-tratos, porque são dependentes física ou mentalmente, possuem déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência ou dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

C - Não fico tão envolvido com o incapaz (S4, S5, S7, S14, S15, S18)

O incapaz geralmente tem alguém que cuida, então, não fico tão envolvido. Quando não estão acompanhados e em situação que caracterizar uma emergência acionamos os órgãos competentes, se a família aparecer, será informada para onde foi encaminhado. Atendo sem receio, não tenho nenhuma objeção, é difícil quando apresentam alteração de comportamento.

D- Com o incapaz tenho medo, me atrapalho (S8, S10)

O incapaz é um paciente que me causa medo, angústia, não consigo lidar bem com eles, me atrapalho e parece que eles percebem meu medo. Preciso fazer algo, fico nervosa com a situação, procuro não infringir a ética, mas sofro muito, procuro me amparar na equipe.

ANÁLISE

Nos DSC dos profissionais entrevistados foi possível identificar que embora alguns relatem não se envolverem emocionalmente, os profissionais têm muitas preocupações ao atender vítimas de violência que são portadoras de incapacidade mental. Estas também se encontram em situação de autonomia prejudicada e, em geral, são violentadas devido à sua condição.

Neste estudo identificaram-se, mediante os DSCs, dificuldades para o atendimento do incapaz, especialmente quando este se encontra em situação de risco. Outra dificuldade apontada como decorrente do fato de que, com frequência, o

incapaz não se comunica de modo inteligível, seu atendimento passa a requerer habilidades de comunicação, o que é percebido como uma tarefa complexa, a qual inclui a conquista da confiança desse paciente. Isto fica ainda mais difícil quando o paciente incapaz não tem uma pessoa que se responsabilize por ele.

As situações de alteração de comportamento do paciente também são apontadas como difíceis; o medo, a angústia e o não saber lidar com a situação parece constituírem-se em um dilema, pois, ao mesmo tempo em que o profissional deseja ocultar esses sentimentos, ele nota que o paciente os percebe.

Entende-se, assim, que é preciso reforçar o preparo para o agir humano nas situações de emergência, para clarificar as ações empreendidas, no sentido de que fortaleçam a dignidade dos pacientes e familiares.

O atendimento em serviços de Urgência e Emergência, sem dúvida, requer preparo, o profissional deve estar qualificado para tal atendimento e, se assim não estiver, deve ser previamente reciclado ou treinado [...]. A demora ou a inabilidade na atenção exigida pode gerar irreparáveis danos ao paciente. Exigir-se do profissional que, simplesmente pela formação médica, detenha conhecimento profundo e pleno de todos os campos medicina, é absurda⁽⁸⁹⁾. p. 15

Tema 4 - Atuação no serviço pré-hospitalar quando o paciente é prisioneiro

Síntese das Ideias Centrais

A- O prisioneiro devo atender como pessoa

B- O prisioneiro é uma caixinha de surpresa

C- O prisioneiro é priorizado no atendimento e isso me revolta

D- Com prisioneiro tem que ter um policial junto

E- Com prisioneiro a gente fica um pouco indiferente

F- Uma dificuldade é lidar com a escolta policial

G- Odeio atender esse tipo de paciente**Discurso do Sujeito Coletivo****A- O prisioneiro devo atender como pessoas (S1, S4, S7, S11, S14, S17, S18)**

Prisioneiro é um caso a parte, eles são perigosos, apesar de serem humanos. Tenho dó, muita pena, abordo-os com respeito. Geralmente são muito jovens, procuro não me envolver, apenas cuido como paciente, procuro me controlar, esses pacientes nos colocam em risco. Mas é difícil, fez maldade, não se pode deixar que isso fale mais alto no atendimento. É necessário vencer as barreiras da resistência e convencer os profissionais a tratar um individuo independente de sua historia social.

B- O prisioneiro é uma caixinha de surpresa (S2)

Apesar de usar a técnica não pode nunca bobear, ele é uma caixinha de surpresa.

C- O prisioneiro é priorizado no atendimento e isso me revolta (S3)

O prisioneiro tem atendimento priorizado em relação às pessoas com riscos de infarto ou passando mal, isso me revolta.

D- Com prisioneiro tem que ter um policial junto (S5)

Prisioneiro tem que ter um acompanhante, alguém com poder que possa tomar providência, um policial para dar segurança para equipe.

E - Com prisioneiro a gente fica um pouco indiferente (S6)

Prisioneiro, infelizmente, a gente fica um pouco indiferente.

F- Uma dificuldade é lidar com a escolta policial (S7, S8)

Outra grande dificuldade é lidar com a escolta policial que às vezes atrapalha o atendimento.

G - Odeio atender esse tipo de paciente (S8, S9, S10, S12, S13, S15, S16)

Odeio atender esse tipo de paciente ou vitima, procuro não pensar nas condições pessoais dele, prefiro vê-lo apenas como paciente ou vitima. Na verdade se pudesse escolher não atenderia, tenho rejeição, é um criminoso, praticou maldade, procuro não me envolver, já tentei me livrar deste sentimento, mas, não consigo, não gosto de atender o prisioneiro, acho que são sujeitos ruins, mau caráter, não merecem respeito, não gosto das gírias deles.

ANÁLISE

O atendimento pré-hospitalar ao prisioneiro é apontado, pelos entrevistados, como um fator a mais de responsabilidade e particularidade, porém deve ser realizado sem discriminação, como se pode observar nos DSC. É com este pensamento que o profissional, ao lidar com os apenados, estabelece uma relação permeada de valores morais, éticos e sociais.

Um dilema identificado nos DSCs tem a ver com valores morais do profissional que atende o prisioneiro. O profissional entende que se trata de pessoa perigosa, refere-se a ele como “*caixinha de surpresa*”, entende que este cometeu “*maldade*”, merece castigo, não deve ter “*prioridade*” no atendimento e, por outro lado, é citada a piedade e a necessidade de prestar os cuidados devidos. São conflitos de sentimentos ambíguos permeando a prestação de cuidados.

A população prisional é considerada como de alto risco para diferentes infecções, tais como tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), hepatite B, hepatite C e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em geral. Marginalização social, dependência de drogas ilícitas, baixo nível socioeconômico e precárias condições do sistema de saúde são fatores que facilitam a elevada disseminação dessas doenças entre presidiários⁽⁹⁰⁾.

O Sistema Penal diferencia-se da realidade externa a ele, é um cenário desigual e excludente, traz estampada a dificuldade para a assistência à saúde, tendo

como agravos: superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de camas, cobertores, roupas adequadas, dentre outras condições comuns em unidades prisionais no Brasil ⁽⁹¹⁾.

A essas condições associam-se: higiene pessoal e de nutrição inadequadas; falta de acesso à água potável; serviços médicos deficientes, etc. As condições precárias podem ainda dificultar ou mesmo impedir a implementação de respostas eficazes por parte dos profissionais penitenciários ⁽⁹²⁾.

Para o atendimento das necessidades de saúde da população carcerária, o sistema prisional dispõe de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, nas unidades hospitalares prisionais, com ambulatorios, enfermarias e leitos de observação ⁽⁹³⁾.

Não sendo suficiente para resolver toda a demanda de patologias ou agravos dos prisioneiros, é preciso transferi-los para as unidades referenciadas e pactuadas conforme proposta do SUS.

Para assegurar a essa população o atendimento de saúde, o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça vem investindo em equipes com profissionais de saúde implantadas em 188 unidades prisionais do país ⁽⁹⁴⁾.

Enquanto se estrutura o sistema prisional, a oferta de ações no sentido da prevenção, da promoção e da recuperação é insuficiente para atender as necessidades de saúde dessa população. Em situações de urgência ou de necessidade de exames, as pessoas reclusas são encaminhadas para atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal ⁽⁹⁵⁾.

Em estado grave é preciso providenciar a remoção para um hospital da rede pública, ou para um serviço pré-hospitalar fixo. Isto causa muita aflição e insegurança na equipe do APH, pois não é uma simples transferência, há necessidade de escolta policial. Essa escolta tem o compromisso de manter o preso sob custódia e os profissionais de saúde precisam garantir a privacidade da atenção. Emergem, com isso, conflitos de papéis, nem sempre explícitos, dadas as relações assimétricas de poder que ocorrem em tais situações.

Ao dar entrada nos serviços de urgência/emergência, o prisioneiro sofre, mesmo que veladamente, o preconceito. Na equipe de saúde pode haver profissionais com experiências negativas em relação a presidiários. Deste modo, surge o dilema:

atender o paciente segundo preceitos éticos da profissão, o que será muito difícil, ou segundo os valores morais oriundos da experiência vivenciada?

O apenado tem a sua autonomia bastante limitada. Para alguns profissionais não cuidar, não atender o prisioneiro é como se fosse uma punição adicional que se pretende impor em decorrência de seu comportamento antissocial⁽⁹¹⁾.

Alguns entrevistados disseram que os presos têm privilégios de atendimento. Em realidade, não se trata de privilégio, mas sim de uma estratégia adotada pelos serviços visando à proteção dos demais usuários, por entender que o preso poderá simular doença com objetivo de fuga, com a possibilidade de existir por trás disso um esquema criminoso de resgate do preso.

Assim, a garantia de assistência à saúde integral de prisioneiros não pode jamais ser compreendida como um privilégio ou um direito abusivo, mas um imperativo ético. As condições dessa assistência devem ser adaptadas às condições especiais às quais essas populações estão sujeitas⁽⁹⁵⁾.

Tema 5 - Atuação no serviço pré-hospitalar quando se trata de mulher vítima de violência doméstica

Síntese das Ideias Centrais

A- Na violência contra a mulher a gente se revolta porque ela não denuncia o companheiro

B- A mulher vítima de agressão não tem proteção

C- Procuro não tocar no assunto

D- A gente deve se controlar e deixar que a polícia apure os fatos

E- No local de atendimento de mulheres vítimas a equipe se expõe

F- Em abuso sexual a gente quer ser justiceiro

G- Fico triste após atendimento de mulher vítima de agressão**Discurso do Sujeito Coletivo****A- Na violência contra a mulher a gente se revolta porque ela não denuncia o companheiro (S1, S2, S3)**

Nas mulheres vitimas de agressão, observa-se que é o companheiro, e elas não têm coragem de denunciar o companheiro, são dependentes, então acabam acomodadas para preservar o companheiro, ou têm medo da represália no retorno ao domicílio. No momento que estamos ali atendendo, a gente dá conselhos, cuida, elas até demonstram disposição para fazer a denúncia, mas não fazem, e isso causa sentimento de revolta, mas não se pode misturar as coisas.

B - A mulher vítima de agressão não tem proteção (S4, S9)

Mulheres acometidas de agressão e ou abuso sexual é delicado e complicado, não tem nenhum tipo de assistência, não tem proteção, às vezes o agressor é da própria família, é um atendimento com implicações policiais.

C - Procuro não tocar no assunto (S5, S11, S12, S15)

Este tipo de atendimento é muito sofrido, procuro atender da melhor maneira possível, não causar mais sofrimento, não toco na causa, faço o melhor que posso. Procuro manter o foco no tratamento, deixo para lá o que causou a agressão, aviso a central de regulação para que acione a polícia para tomar providência, a situação é mais complexa trata-se de um indivíduo invadido em toda sua extensão.

D - A gente deve se controlar e deixar que a polícia apure os fatos (S6, S8, S14, S16, S17, S18)

O abuso sexual ou a violência sexual podem chegar às formas mais desumanas e cruéis contra as vítimas, que geralmente são mais frágeis, e durante o atendimento

sentem medo, vergonha, procuro amenizar o sofrimento causado pela violência. A vítima evidencia a incapacidade de individualmente defender-se... Não me envolvo, realizo meu trabalho, mas a maioria das mulheres não denuncia seu agressor ou violentador. Procuro ser ético, não falar muito sobre o fato, relato meu atendimento e comunico os órgãos competentes para que apurem os fatos.

E - No local de atendimento de mulheres vítimas a equipe se expõe (S7)

O mais difícil é no local, a equipe se expõe muito. Muitas vezes tem que deixar o local e fazer o atendimento mais adiante para se proteger.

F - Em abuso sexual a gente quer ser justiceiro (S9)

Abuso sexual é horrível, dá vontade de fazer justiça, fico impotente, revoltado, é difícil trabalhar com tudo isso.

G- Fico triste após atendimento de mulher vítima de agressão (S10)

Fico triste após atendimento, me faz pensar o porquê de tanta violência e me assusta, porque estamos também correndo risco. A população em geral está exposta à violência.

ANÁLISE

A violência contra a mulher em qualquer momento de sua vida é um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil.

Os entrevistados apontam dificuldades que enfrentam durante o atendimento a essas vítimas, destacando-se as implicações policiais e a exposição da equipe a algum tipo de risco, o que exige mudança do local de atendimento para se autoproteger. São identificados dilemas que acabam por despertar revolta no profissional de saúde, isto porque esse profissional orienta a vítima a denunciar seu companheiro agressor, mas percebe que isso não ocorrerá.

Quando a violência se dá por abuso sexual, um entrevistado fala da sua vontade de fazer justiça, sendo que seu papel é o de socorrer a vítima, a justiça deverá ser feita pelo órgão competente.

Os profissionais entrevistados falam dos sentimentos de revolta, tristeza e medo aflorados durante o atendimento à mulher vítima de violência doméstica, sentindo-se também expostos à violência.

Existem vários tipos de violência contra a mulher, tais como: lesão corporal, que é a agressão física, por socos, pontapés, bofetões, entre outros; o estupro ou violência carnal, que é todo atentado contra o pudor de pessoa de outro sexo, por meio de força física, ou grave ameaça, com a intenção de satisfazer nela desejos lascivos, ou atos de luxúria; ameaça de morte ou qualquer outro mal, feitos por gestos, palavras ou por escrito; abandono material, quando o homem não reconhece a paternidade, obrigando assim à mulher entrar com ação de investigação de paternidade, para poder receber pensão alimentar⁽⁵⁸⁾.

Mas, nem sempre são deixadas marcas físicas, como as ofensas verbais e morais, que causam dores que superam a dor física. Humilhações, torturas, abandono, etc., são considerados pequenos assassinatos diários, difíceis de superar e praticamente impossíveis de prevenir, fazendo com que as mulheres percam a referência de cidadania⁽⁹⁶⁾.

A violência contra a mulher não está restrita a certo meio, não escolhendo etnia, idade ou condição social. A grande diferença é que entre as pessoas com maior poder financeiro, as mulheres acabam se calando, talvez por medo, vergonha ou até mesmo por dependência financeira⁽⁹⁷⁾.

A violência debilita a saúde mental da mulher. As consequências psicológicas do abuso são ainda mais graves do que seus efeitos físicos. Frequentemente, a experiência do abuso destrói a autoestima da mulher e a expõe a um risco muito mais elevado de sofrer problemas mentais, incluindo-se depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias como tranquilizantes e álcool. Neste contexto, milhares de mulheres estão adoecendo silenciosamente, sem que haja identificação, abordagem e acolhimento de seus problemas⁽⁹⁸⁾.

Entretanto, observa-se que os profissionais têm pouco conhecimento acerca do que fazer nesses casos e, no desenvolvimento da atividade profissional, há uma tendência ao reducionismo biologicista e fragmentado da atenção à saúde da mulher.

Tal conduta é justificada pela falta de formação profissional adequada, já que nos currículos acadêmicos raramente se incluem conhecimentos sobre este tema; falta de suporte institucional e ausência de profissionais com outras formações, tais como o psicólogo no quadro funcional da equipe multidisciplinar do APH, dentre outras justificativas.

Tema 6 - Problemas éticos mais frequentemente envolvidos no atendimento pré-hospitalar móvel

Síntese das Ideias Centrais

A- Às vezes a gente quebra o protocolo e dá uma driblada na ética

B- A principal ética é ser discreto e evitar a exposição do paciente

C - Preservar a equipe e o paciente, cumprir os protocolos

Discurso do Sujeito Coletivo

A- Às vezes a gente quebra o protocolo e dá uma driblada na ética (S1, S14)

Todos os atendimentos envolvem varias questões éticas. É preciso romper a barreira ética, quebrar protocolo, dar uma driblada na ética para poder fazer o melhor para o paciente. A criança que não tem alguém para estar acompanhando; a mãe que não tem com quem deixar o outro filho; a vítima de violência doméstica; é muito complicado lidar com isso, tem que ter um ponderamento emocional muito seguro, para não ser antiético.

B- A principal ética é ser discreto e evitar a exposição do paciente (S2, S3,S4,S9,S11,S12)

A principal ética é ser discreto, evitar os comentários, brincadeiras ou falta de respeito com os pacientes, a exposição do paciente, não ter medo da notificação e

exposição às autoridades se necessário. O uso da linguagem do “Q” ao regulador não expõe o paciente e o médico regulador consegue saber o que está acontecendo no local, principalmente quando envolve abuso sexual. Ter respeito com pacientes e com a família, manter muito a postura profissional. Ler muito sobre os direitos dos pacientes, fazer o atendimento, observar as principais questões éticas que podem comprometer o profissional. Nem sempre a vítima pode responder por si mesma, é imprescindível ter sempre a presença de um adulto ou responsável. As questões éticas mais frequentes nestes atendimentos são, principalmente, não saber como se conduzir.

C- Preservar a equipe e o paciente, cumprir os protocolos (S5, S6, S7, S8, S10, S13, S15, S16, S17, S18)

O pré-hospitalar difere de todos os serviços de saúde, é preciso ter iniciativa e segurança, ser ético, ter conhecimento dos protocolos e conduzir os atendimentos com tranquilidade, independente do caso, mesmo perante os tumultos. O profissional do APH tem que dar os atendimentos dignos e humanos, independente da faixa etária ou condições sociais psicológicas do paciente. No dia a dia depara com as mais diversas situações que podem desestabilizar a equipe, há muita exposição na mídia. Todo atendimento deve estar respaldado no protocolo do serviço e no conselho profissional, é preciso preservar a equipe e o paciente tomar as providências necessárias, saber as competências, cumprir os protocolos, avaliar com calma e agir dentro da lei e amparado, ter postura ética, ser humano, ter conhecimento científico, equilíbrio emocional, descrição e respeito com a vítima. Mas é preocupante devido à vulnerabilidade da equipe por ter que atender exposto, no local onde ocorreu o agravo pode haver tumulto, tentativas de resgate do prisioneiro e acidentes com inocente, têm que atender atento.

ANÁLISE

Nos DSC percebe-se que os entrevistados acreditam ser necessário, muitas vezes, “driblar” os protocolos para realizar o atendimento ou para resolver um problema no local do atendimento. Os protocolos são considerados importantes

instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e, na gestão dos serviços, devem estar baseados em evidências científicas, envolver a incorporação de novas tecnologias, dando ênfase às ações técnicas e condutas assistenciais ⁽⁹⁹⁾. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a qualidade dos serviços.

Os protocolos estão legalmente amparados pela Portaria GM/MS 816, de 31/05/2005, quando o Ministério da Saúde constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde ⁽¹⁰⁰⁾. Em 2006, o Pacto pela Saúde buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizadas ⁽¹⁰¹⁾.

Para suprir as necessidades da população na área de urgências, foi implantado no Brasil, na década de 90, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de emergências, garantindo o alcance dos princípios que norteiam o SUS. Visando ao uso adequado do serviço estabeleceram-se regras e protocolos, que servem como mecanismos para que o serviço seja otimizado mediante a regulação médica das urgências.

O serviço tem proposta e missão bem definidas através das portarias regulamentadas pelo ministério da saúde, para atender aos pressupostos. Os protocolos, no cotidiano do serviço móvel de urgência, são considerados instrumentos muito importantes para o enfrentamento de diversos problemas relacionados à assistência e ao gerenciamento do serviço, quando aplicados com critério e conhecimento técnico.

Cabe ressaltar a necessidade de flexibilidade para o uso dos protocolos no campo da saúde como tentativa de aproximar o ideal dos objetivos do serviço. Assim, devem ser entendidos como eixo norteador que se guia a partir das possibilidades, podendo ser modificado diante de necessidades vigentes ou de condições individuais, ficando, assim, evidenciado que as quebras dos protocolos, como citam os profissionais, são flexibilidades para que o serviço cumpra seu papel, não se caracterizando como infração ética ⁽¹⁰²⁾.

Os protocolos devem, em sua abordagem técnica, serem maleáveis, viáveis e executáveis, conseqüentemente, precisam de permanente aprimoramento, fundamentado e alicerçado em evidências científicas e tecnológicas. Mesmo assim,

apresentam limites, portanto, não devem ser tomados para além de sua real dimensão⁽¹⁰²⁾.

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos, tratamentos e cuidados que podem ser usados por médicos e enfermeiros no dia a dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica e assistencial. Cada protocolo deve ser delineado para ser utilizado de acordo com a proposta do serviço⁽⁹⁹⁾.

Ao analisar os dados coletados a partir DSC, observou-se que a inserção dos protocolos tem contemplado o serviço, beneficiando abordagem mais ampla e acolhedora do paciente. Notou-se que, apesar de algumas resistências na fase inicial de implementação do protocolo, os entrevistados caracterizam-no como um instrumento fundamental para a padronização de todos os procedimentos e atendimentos efetuados pelo serviço móvel.

Pode-se inferir que a rotina estabelecida pelos protocolos e os procedimentos operacionais têm uma relação de segurança e confiança, constituídas de forma a produzirem subsídios para orientação das práticas.

Portanto, “[...] protocolo técnico é instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade”⁽¹⁰³⁾.

Para vários entrevistados não bastam apenas o conhecimento teórico/prático e a observância dos protocolos, o respeito e a conduta ética são fundamentais. É preciso saber entrar e sair de cada residência, tratar bem pacientes, familiares e agregados, ser gentil, atencioso, cuidadoso, evitar conflitos familiares, ser discreto, respeitar os costumes diferentes de cada família, tratar todos, independente de idade ou condição sócio-econômica.

Também é fundamental ter em mente que ali, sob cuidados, não está apenas uma pessoa doente ou vítima de violência debilitada, é alguém, talvez, muito especial para a sua família, será preciso que o profissional dê a mesma atenção ao paciente/vítima e à família.

Nos DSCs fica subentendido que a vítima de violência já está muito humilhada e que a privacidade é fundamental para evitar mais constrangimento, logo, a avaliação do paciente e o atendimento devem ser feitos com exposição mínima.

Os procedimentos técnicos muitas vezes expõem cenas que podem ser interpretadas erroneamente. Portanto, deve-se manter a privacidade na tentativa de proteger e resguardar o paciente, caracterizando-se como um gesto humano no cuidado, que corresponde ao respeito. "A violação da privacidade é um atentado à dignidade, não pelos atos em si, mas pela forma como se processa, podendo levar o paciente a sentir-se embaraçado, humilhado, invadido, enfim, despersonalizado" ⁽¹⁰⁴⁾.

No Brasil, a formação das equipes de profissionais e a forma de abordagem no atendimento às vítimas estão baseadas em modelo americano e francês de APH. São políticas públicas de saúde ligadas à atenção às urgências ainda novas e caminham para seu aprimoramento ⁽¹⁰⁵⁾.

Os sujeitos deste estudo falam, também, das suas preocupações com a segurança dos pacientes. Para estes profissionais é imprescindível manter a privacidade e a confidencialidade.

No atendimento pré-hospitalar, preservar a vida da vítima e sua segurança é condição que constitui desafio à profissão, pois a falta de conhecimento técnico, experiência, habilidade, dentre outros fatores, pode colocar a vítima/ paciente em risco.

Já a segurança da equipe envolve cenário seguro, uso de EPIs, porque o profissional de saúde está exposto a um risco maior de adquirir determinadas infecções, imunologicamente preveníveis. Sendo que o risco de adquirir infecções por lesões perfuro-cortantes constitui motivo de grande preocupação entre os trabalhadores de saúde ⁽¹⁰⁶⁾.

Dentre as recomendações feitas em treinamento, destacam-se a de não realizar procedimentos invasivos com a viatura em movimento, não manter-se no local do evento se houver risco para equipe ou para o paciente, realizar sempre o atendimento em situação de segurança para ambos ⁽¹⁰⁶⁾.

Uma vez prestado o serviço ao paciente, cabe à equipe preencher a ficha de atendimento, anotar a informação correspondente ao tratamento e intervenções feitas, em letra legível e ordem cronológica, devendo o profissional assinar essa ficha de atendimento, mencionando os demais membros da equipe.

Em todo atendimento é obrigatório: o preenchimento dos formulários e registros do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador para decisão e monitoramento do atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento ⁽⁹⁾.

Quanto ao procedimento de medicar o paciente, isto se encontra respaldado pela telemedicina. A telemedicina é basicamente medicina à distância. É uma aplicação da telemática médica. O termo “telemática” se refere à aplicação complementar de informática e telecomunicações. A telemedicina é designação mais longínqua que se prende prioritariamente à possibilidade de fazer tele consultas e tele diagnósticos à distância, baseados em resultados - imagens ou textos ou sons – observações e exames médicos realizados em tempo real ou em tempo diferido ⁽¹⁰⁷⁾.

Há a rede de telemedicina ligada ao SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) em todo o Brasil. É uma nova proposta do ministério da saúde que poderá beneficiar grande número de municípios e tem por objetivo fornecer uma segunda opinião por parte de cardiologistas da equipe do Hospital do Coração da UNIFESP (HCor) na interpretação de eletrocardiogramas realizados pela equipe do SAMU.

Além disso, os cardiologistas do HCor irão sugerir condutas baseadas em evidências para os pacientes atendidos por este serviço. Toda a tecnologia necessária para a constituição desta rede será implementada pelo HCor. Através desta Rede, profissionais do SAMU transmitem o eletrocardiograma por meio de moderna tecnologia para uma Central no HCor que os recebe e, em poucos minutos, o retorna em alta definição com laudo e com sugestão de conduta apropriada.

A telemedicina promove orientações muito importantes, mas não se pode deixar de ignorar que muitos problemas éticos e legais necessitarão ser considerados.

É imprescindível discutir, dentre outros aspectos, os relativos à segurança e confidencialidade, responsabilidade profissional, padrões técnicos no registro, armazenamento e transmissão de dados clínicos em formato digital, direitos autorais, autorização dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional e licença para atuação profissional remota.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina já estabeleceu normas para a prática da telemedicina, porém é necessário ampliar a discussão e envolver todo o setor saúde. Como vários projetos de tele-saúde estão em desenvolvimento no Brasil, é urgente o estabelecimento de protocolos e de treinamento para todos os profissionais envolvidos ⁽¹⁰⁸⁾.

Essas informações lançadas na ficha de atendimento do paciente ou gravadas na central de regulação médica, os tratamentos prescritos e seus respectivos efeitos, são fatos que indicam a necessidade de se garantir o necessário sigilo sobre esses dados.

Tema 7 - Qualidade do atendimento de urgência/emergência no serviço pré-hospitalar

Síntese das Ideias Centrais

A- O pré-hospitalar tem todo aparato para o primeiro atendimento

B- A principal dificuldade é a falta de uma estrutura mais complexa

C- A grande dificuldade é a falta de esclarecimento da população

D- É preciso embasamento técnico e bom senso

Discurso do Sujeito Coletivo

A- O pré-hospitalar tem todo aparato para o primeiro atendimento (S1, S4, S6, S8, S10)

No pré-hospitalar é possível prestar um bom atendimento, tem todo o equipamento e aparato disponível para o primeiro atendimento, tanto no SBV ou SAV, consigo realizar o suporte básico de vida e o avançado e fazer todo o papel do pré-hospitalar corretamente. O difícil é a porta de entrada para o serviço, nem sempre tem maca, vaga para os pacientes, há também falta de funcionários preparados. O uso

inadequado do serviço, realizando atendimentos eletivos, gera desgaste da equipe, das viaturas e insumos, e quando realmente é urgente a viatura e os insumos estão empenhados. O serviço tem respaldo da regulação médica, mas há riscos porque o atendimento é realizado no local onde ocorreu o evento. E quanto ao mau uso do serviço é preciso campanha de esclarecimento à população para melhor utilização do serviço.

B- A principal dificuldade é a falta de uma estrutura mais complexa (S2, S3, S4, S9, S10, S15, S16, S18)

As principais dificuldades são um conjunto estrutural mais complexo, que envolve questões diversificadas como, por exemplo, segurança, serviço social, um acompanhamento psicológico e psiquiátrico mais rápido, um suporte e segurança às vítimas nos casos de violência, e mais portas de entradas para pré-hospitalar. Outra complicação é a vítima de abuso sexual, às vezes a própria pessoa coíbe o abuso e evita até de falar por questões de vergonha, entra em depressão e não tem acompanhamento. É preciso melhorar a regulação, campanhas de conscientização da população para utilização do serviço, integração entre os serviços para apoio às vítimas após o atendimento. Treinamento sistematizado, protocolos técnicos para os atendimentos, respaldo da central de regulação. Fluxogramas bem pactuados para as vítimas de violências, porque hoje a única porta de entrada do SUS é o PS. A maior dificuldade enfrentada pelas equipes, após o primeiro atendimento, é para onde levar as vítimas, outra dificuldade é a falta de treinamento para o embasamento técnico das equipes, e apoio psicológico às equipes após os atendimentos. Devido ao stress que causa o atendimento às vítimas de violência, a equipe fica fragilizada.

C- A grande dificuldade é a falta de esclarecimento da população (S5, S6, S7, S10, S11)

A maior dificuldade é o mau uso do serviço pela população, falta uma campanha de esclarecimento para a utilização adequada. Muitos dos chamados são sociais e não

de urgência e emergência... É preciso campanha de esclarecimento à população para melhor utilização do serviço.

D- É preciso embasamento técnico e bom senso (S11, S12, S13, S14, S16, S17)

A principal dificuldade, às vezes, está no profissional por não ter tanta experiência na área, geralmente são generalistas, e nas emergências a situação é única, a qual requer uma decisão que tem de ser imediata, portanto, as pessoas que trabalham neste tipo de atendimento têm que estar preparadas, serem competentes, éticas. É preciso embasamento técnico através de muito treinamento, habilidade física, conhecimento científico, equilíbrio emocional, protocolos técnicos para os atendimentos, respaldo da central de regulação, treinamentos das equipes e assistência humanizada adequada às vítimas após o pré-atendimento, através de equipes multiprofissionais especializadas. Embasar-se, sobretudo, no código de ética médica e de enfermagem que poderá fornecer subsídios e apoio, caso venha a ter problemas futuros, e no bom senso.

ANÁLISE

Nos DSC os profissionais relatam que o pré-hospitalar tem todo o aparato para prestar o primeiro atendimento às vítimas na cena do evento e proceder às primeiras intervenções, o mais precocemente possível.

Estas são características que se destacam nesse tipo de assistência, além do devido transporte, com aparatos que se assemelham aos encontrados em unidades hospitalares. Esse transporte é feito por meio de viaturas novas e equipamentos de alta tecnologia, a exemplo do desfibrilador externo automático, aparelho moderno, capaz de diagnosticar e ajudar no socorro a pacientes com infartos. A equipe do SAMU é treinada, esta sensação de segurança se estende aos cidadãos, pois sabem que em caso de necessidade terão atendimento rápido e preciso.

A utilização de técnicas simples não invasivas, a obtenção de dados vitais e breve exame físico são de grande importância para avaliação e identificação do risco de morte no local do evento, uma vez que há possibilidade de utilização de recursos e procedimentos de maior complexidade.

Embora esta seja a lógica, nem sempre é assim que acontece. Muitas vezes depara-se com salas de emergência lotadas, não há maca para transferência do paciente, o paciente permanece na maca da viatura até que seja possível a transferência e a liberação da viatura. Essa realidade é vivenciada em todo o Brasil.

Para mudar esta realidade o governo federal baixou a Portaria GM/MS nº 2.922 de 2/12/2008 que trata da implantação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Substituída em 13 de maio do corrente ano pela portaria GM/MS nº 1.020, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, desde que o município possua SAMU habilitado^(109, 110).

Embora vários profissionais relatem ter dificuldade pela falta de estrutura mais complexa, esta realidade deve mudar com a inauguração de quatro unidades de pronto atendimento sendo duas do tipo I, uma tipo II e uma tipo III.

Na última década, houve mudanças significativas no atendimento à saúde e, dentre elas, destacam-se os serviços de urgência e emergência pela grande demanda, por atendimentos que caracterizam esses locais, transformando essa a principal porta de entrada do usuário na rede pública de saúde, transformando esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde são muitas: superlotação, alta demanda em atendimentos, falta de leitos e medicamentos. Estas são algumas das situações enfrentadas pelos profissionais que trabalham nos serviços de urgência e emergência do país.

O cenário dessas unidades de atendimento de urgência e emergência são corredores superlotados que remetem aos campos de guerra, com tantas macas e feridos e equipe de profissionais reduzidas, transformando a unidade de urgência e emergência, que deveria prestar assistência resolutiva aos pacientes em condições críticas, acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados em única porta de entrada SUS. Atende, também, pacientes que deveriam ser assistidos em nível ambulatorial. As condições de trabalho e o excesso de pacientes constituem fatores estressores aos profissionais dessa área.

A população, por não ter fluxo bem definido, ou por desconhecer-lo, procura o serviço indiscriminadamente por entender que a unidade é um meio mais rápido e alternativo, visto não haver restrição para marcação de consultas e onde exames

laboratoriais e de imagem, assim como o diagnóstico, são obtidos em um mesmo dia apesar do tempo de espera ⁽⁷⁰⁾.

Isto gera aumento da demanda, filas intermináveis, morosidade no atendimento, sobrecarregando o trabalho dos profissionais. Toda esta problemática é seguida da falta de leitos hospitalares para internações, dificultando o atendimento de casos realmente emergenciais.

Nos últimos 20 anos o SUS avançou muito e apesar das frequentes matérias veiculadas na mídia, o modelo tem servido de referência para outros países. Entretanto, o SUS está distante de duas questões importantes para que o sistema mostre a sua eficácia e importância: a estruturação de redes efetivamente integradas, tendo como base de organização o espaço social, onde as pessoas vivem e trabalham, e a questão da responsabilização do cuidado e garantia de que o paciente, de qualquer ponto que acesse o sistema receba atenção e cuidado ⁽¹¹¹⁾.

Enfim, para que um SAMU funcione de maneira satisfatória é indispensável que ele tenha à sua disposição um ou vários serviços hospitalares de atendimento imediato às urgências transportadas por ele ⁽¹¹²⁾.

Outro problema relatado pelos profissionais é a má utilização das portas de entrada aos atendimentos de alta complexidade. Com a rede básica, os pacientes acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, acabam recorrendo sistematicamente às unidades de urgência.

A falta de capacitação, o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, gerando descompromisso e desqualificação profissional progressivos e a falta de um preparo mais aprimorado em urgência e emergência são condições apontadas pelos participantes desta pesquisa.

Teoricamente, é o profissional dos centros de cuidados básicos que deveria regular o fluxo para os outros níveis e, de fato, é o médico que está na entrada dos hospitais e o médico regulador do SAMU que devem fazê-lo para todos aqueles que recusam ou que não podem seguir os pressupostos dos níveis de atenção.

Considerando-se 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 bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados

pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo Regulamento Técnico presente na Portaria GM/MS n.º 2.048/02 ⁽⁹⁾, e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto, em seu Capítulo VII.

Tema 8 - Qualidade de vida dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar.

Síntese das Ideias Centrais

A- Falta apoio psicológico, atividades físicas, treinamentos

B-O trabalho é gratificante, é preciso desenvolver a cultura de autocuidado.

Discurso do Sujeito Coletivo

A- Falta apoio psicológico, atividades físicas, treinamentos (S1, S2, S3, S4, S7, S8, S9, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18)

Há a sobrecarga dos profissionais que atuam em contato direto com a saúde dos indivíduos no pré-hospitalar, pois além de se relacionarem com a doença e com a morte atuam em condições insalubres e muitas vezes perigosas. Tais situações fazem com que o profissional se habitue, sem perceber vai adoecendo. Embora o trabalho seja fascinante, não se observa o hábito de cuidar da saúde, entre os trabalhadores há muitos fumantes, hipertensos, diabéticos e obesos, demonstrando a falta de conscientização e incentivos para exercícios físicos, baseados nos benefícios das atividades físicas e dietas adequadas. O trabalho exige capacidade física e mental, para que isso seja possível é preciso lazer, programa de apoio psicológico, política de melhores salários, convênios com pousadas, colônia de férias e academias. Outra situação ainda mais alarmante são as atividades em plantões ou regimes de trabalho noturnos/diurnos. Falta melhor integração entre os gestores e equipe, programa de motivação... A sociedade tem a expectativa, espera um serviço de ótima qualidade. São necessários grupos de discussões dos atendimentos e apoio profissional, principalmente após atendimento de vítimas de violências.

B- O trabalho é gratificante, é preciso desenvolver a cultura de autocuidado (S5, S6, S8, S10, S11)

O trabalho é muito gratificante, é especial com particularidades únicas, isso mexe com o emocional, o psicológico, mas é preciso desenvolver uma cultura de atividades físicas, o trabalho exige condicionamento físico, mais motivação para que os profissionais cuidem melhor da sua saúde, e conscientização contra o fumo. A equipe fica desestabilizada, muito abalada após atender acidentes, atos de violência, abuso sexual e outros. É preciso acompanhamento das equipes para que tudo isso não as adoça. O serviço pré-hospitalar é gratificante, mas falta maior integração entre as equipes multidisciplinares, mais capacitação para lidar com situações adversas e maior integração entre as equipes do pré-hospitalar fixo e móvel.

ANÁLISE

A falta de apoio psicológico, de atividades físicas, de treinamentos é apontada pelos entrevistados. Embora o serviço seja relativamente novo, pode ser comparado com as Unidades de Urgência / Emergência, nos quesitos relacionados à sobrecarga física e psicológica, devido à intensificação do trabalho, exposição à dor e ao sofrimento alheio e a outros fatores, tais como: quadro insuficiente de pessoal; excesso de pacientes; dupla jornada de trabalho; alta rotatividade de profissionais; trabalho nos finais de semana; esforço físico; falta de material e pessoal; salário baixo; conflitos entre equipes; competitividade; desgaste emocional; responsabilidade pela qualidade dos serviços prestados; política institucional; acrescidos da pressão psicológica em relação ao tempo resposta; restrição da autonomia profissional e de espaço para discutir sentimentos; exposição e vulnerabilidade durante o atendimento.

Outros problemas referidos pelos profissionais entrevistados foram em relação à falta de formação específica, o baixo incentivo de políticas próprias de atenção a estes setores e a falta de produção de conhecimento na área pré-hospitalar. Com isso, tem-se como resultado o comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor. Por ser uma área que requer amplos conhecimentos e específica

atuação, exige dos profissionais formações compatíveis com a realidade dos atendimentos solicitados pela população.

Os cursos são provenientes de uma realidade americana, que deve ser adaptada às condições legais e funcionais das profissões no Brasil. Consequentemente, possíveis infrações ético-legais podem ser caracterizadas pela falta ou excesso, no cumprimento do que se preconiza. Além do que, o protocolo – nestas circunstâncias, padroniza a assistência e impede uma possível flexibilidade de metodologias de tratamento médico ⁽¹¹³⁾.

Em relação à capacitação, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Urgência e Emergência - CGUE, está realizando, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HOAC, um projeto de treinamento e capacitação de profissionais do Suporte básico de vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, Rede SAMU 192 e dos profissionais das Unidades Fixas de Atendimento às Urgências Pré-Hospitalares, em todos os Estados da Federação e no Distrito Federal, com objetivo de implementar mais uma vertente da Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria 1.863 GM/MS) ⁽²⁹⁾, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde -SUS e da legislação vigente ⁽⁹⁾ (Portaria 2.048 GM/MS).

O Projeto de Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – Rede SAMU 192 e Pré-Hospitalar Fixo integram um conjunto de projetos filantrópicos que o HAOC desenvolve desde 2008, como hospital de excelência a serviço do SUS, conforme estabelecido pela Medida Provisória nº 446 de 07 de novembro de 2008.

O Projeto parte do reconhecimento de que instituições formadoras de profissionais da saúde não têm garantido o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao enfrentamento das urgências e emergências. Somente através de assistência qualificada e resolutiva é possível oferecer à população o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde preconizados pela Constituição Federal (1988). Nesta direção, há o reconhecimento da necessidade de desencadear e potencializar um processo de capacitação de profissionais de atenção às urgências e emergências com abrangência em todo território nacional.

O Projeto de Capacitação compreende também atividades para a formação de tutores, mobilizando a problematização acerca dos processos vividos, tanto no âmbito da capacitação quanto nos cenários de atuação profissional, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho no contexto do atendimento das urgências. Essa capacitação se dá por meio de oficinas e acesso à plataforma interativa.

Em relação ao apoio psicológico, não existe no momento um programa ou projeto com objetivo de atender aos profissionais do pré-hospitalar fixo ou móvel em situações de crises, catástrofes, emergências e luto, nos diferentes âmbitos de necessidade dos envolvidos, visando ação preventiva para situações de stress pós-traumático e luto traumático, embora exista um plano de atendimento a estas situações.

Em nossa experiência, observamos que o profissional de emergência tem que ter além de conhecimentos, experiência, iniciativa e equilíbrio emocional, pois se defronta, em seu cotidiano de trabalho, com situações limites. Há aqueles que não se sentem capazes de ter uma vida semelhante a que tinham antes de trabalhar nessa área. Estes acabam adoecendo.

Experiências negativas estão relacionadas às constantes mudanças de membros das equipes e ao preparo insuficiente dos profissionais recém-ingressados no APH. Também constituem experiências ruins: o despreparo das pessoas na rua, as ocorrências relacionadas às falhas na comunicação e chegada da ambulância ao local tarde demais, ou seja, quando já não há o que fazer, porque a vítima já está morta⁽¹¹⁴⁾.

O APH compreende as ações iniciais realizadas em curto espaço de tempo pela equipe de resgate no local onde ocorre o agravo à saúde, seja trauma clínico ou psíquico. A remoção das vítimas com segurança e com suporte de vida até um centro de atendimento hospitalar de referência é indispensável.

Os entrevistados apontaram, ainda, a falta de atividades físicas, entendendo sua necessidade para o trabalho que desenvolvem. Para isso, é preciso que mudanças de estilo de vida sejam feitas conscientemente. Não basta motivar os trabalhadores, é necessário envolver os gestores para que assumam compromissos, criando alternativas para que a educação permanente, o condicionamento físico e o apoio

psicológico melhorem as condições de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais do APH.

Nos DSC os entrevistados afirmam que o trabalho é gratificante, mas que é preciso desenvolver a cultura de autocuidado. Referem-se ao trabalho na perspectiva de poder salvar vidas, e isto aparece como fator de autoestima nos trabalhadores, uma sensação de heroísmo, ou de anjos salvadores, permeando seus direitos a recompensas e gratificações.

Entretanto, apontam a necessidade do autocuidado, pois para salvar vidas é preciso ter saúde e disposição para realizar atividades que envolvem situação de risco.

Por um lado, os protocolos, treinamentos e processos técnicos garantem, de forma planejada e sistematizada, o atendimento ao paciente. Por outro, os aspectos subjetivos vivenciados no cotidiano não são abordados da mesma forma, pois não fazem parte de discussões e treinamentos periódicos.

Assim, pode-se dizer que os profissionais vivenciam momentos de receios e angústias na prática cotidiana⁽¹¹⁵⁾.

5. Conclusão

5 CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível apreender as percepções dos profissionais entrevistados sobre suas dificuldades, destacando-se às relacionadas à: administração de conflitos surgidos durante o atendimento de vítimas de violência; precariedade ou inadequação dos ambientes onde se dão os atendimentos; comunicação com as vítimas; falta de vagas nas instituições para acolhimento dos pacientes atendidos e encaminhados pelo SAMU; salas de emergência lotadas, dentre outras.

Como dilemas éticos vivenciados por profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violências, foram identificados os referentes a denunciar ou não a agressão sofrida pelo paciente sob seus cuidados; questionar ou não o paciente sobre prováveis causas do ferimento constatado; cuidar do criminoso ferido com o mesmo zelo que se cuida de outras pessoas, ou não dispensar a atenção cuidadosa que todo ser humano merece; atuar segundo normas estabelecidas ou, em certas circunstâncias, infringi-las.

Em síntese, os profissionais enfrentam, com frequência, situações de conflito entre seus próprios valores e as decisões que devem ser tomadas com base em protocolos estabelecidos, tendo com isso, em certos casos, sua liberdade também reduzida, já que nem sempre poderão fazer uso da sua autonomia para inventar um novo agir. Protocolos e normas geralmente encontram-se introjetados nos profissionais, aparentando certa harmonia com os valores que estes carregam. Porém, em situações de conflitos surgidos entre atender o paciente segundo as normas estabelecidas ou atendê-lo segundo os próprios valores podem emergir sentimentos de impotência, revolta, tristeza e abalo emocional, apenas para ficar entre os mais citados neste estudo pelos entrevistados.

Tais sentimentos podem conduzi-los a atitudes positivas de luta por mudanças que se fazem necessárias à sua *práxis*. Mas, também, podem gerar certa acomodação, anulando possibilidades para um agir transformador, “deixando tudo como está”. Nesta segunda opção, os profissionais poderão sentir-se desmotivados no trabalho, alienando-se deste, como estratégia de defesa para não adoecerem em consequência da atividade profissional. Só que como isto nem sempre é possível, os profissionais acabam por adoecer.

Os entrevistados sugeriram estratégias visando à qualificação do atendimento prestado no serviço móvel pré-hospitalar de urgência/emergência de Bauru e à melhoria das suas condições de trabalho e qualidade de vida.

É preciso que tais sugestões sejam levadas em consideração pelas esferas competentes, ouvindo os profissionais, levando em conta a contribuição de cada membro da equipe, e assim subsidiar ações que possibilitem evolução e aprimoramento do SAMU em todos os seus aspectos: humanos, técnico-científicos, legais e éticos.

Referências

6 REFERÊNCIAS

- 1- Araújo RR. A Política Pública do Atendimento Pré-Hospitalar na Redução da Mortalidade por Causas Externas, no Município de Fortaleza (1988 a 2003). Universidade Estadual do Ceará – UECE. Anais da 57ª Reunião Anual da SBPC - Fortaleza, CE - Julho/2005.
 - 2- Malvestio MAA, Sousa RMC. Suporte Avançado à Vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Publica. 2002; 36(5): 584-9.
 - 3- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Definição de urgência e emergência. Resolução 1451/95, publicada no Diário Oficial da União em 17 de março de 1995- Seção 1-p. 3666.
 - 4- Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enfermagem. 2007; 60(5): 546-51.
 - 5- Pereira WAP, Lima MADS. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Rev. Esc Enfermagem. USP. 2009; 43(2): 320-327.
 - 6- Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV & Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto. 2003; 36: 498-515.
 - 7- Tannebaum RD, Arnold JL, De Negri Filho A, Spadoni VS. Emergency medicine in southern Brazil. Ann Emerg Méd. 2001; 37: 223-228.
 - 8- Brasil. Ministério da Saúde. Institui as diretrizes de regulação médica das urgências e normatiza os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Brasília (DF); 3ª ed. 2006.
 - 9- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre a Regulamentação do Atendimento de Urgência e Emergência, 2002.
 - 10- Drumond MJR, Lira MMT, Freitas MA, Shibao TMV, Nitrini K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. Rev. Saúde Pública. 1999; 33 (3): 273-280.
-

-
- 11- Weiszflog W. (org.). Michaelis Língua Portuguesa. Moderno Dicionário. São Paulo: Melhoramentos LTDA, 2004.
- 12- Nitchke CAS et al (org). Governo de Estado de Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192. Florianópolis Editora do Estado de Santa Catarina; 2003.
- 13- Nitschke CAS, et al (org). SAMU - 192. Santa Catarina: Núcleo de Educação em Urgência (NEU). Escola de Saúde Pública de Santa Catarina; 2005.
- 14- Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
- 15- Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paul Enferm.* 2000; 13(3): 59-65.
- 16- Martins PPS, Prado, ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(1): 71-75.
- 17- Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina, Ribeirão Preto.* 1999; 32: 381-387.
- 18- Abramovay M, Pinheiro LC. Violência e vulnerabilidade social. In: Fraerman, A. (Org.). *Inclusión Social y Desarrollo: presente y futuro de La Comunidad Ibero Americana.* Madri: Comunica 2003; p. 161-166.
- 19- Fontanella JM, Carli P. Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalière – Les Unités Mobiles Hospitalière des Samu. In: SFEM eds. *Collection Médecine d’Urgence SAMU*, 1992.
- 20- Salles, P. História da Medicina no Brasil. Belo Horizonte: Ed. G. Holman; 1971; p. 141-161.
- 21- Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56 (1): 71-75.
- 22- Abramovay MM, Nitchke César AS (orgs.). Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves. 2ª ed. Florianópolis: MS Brasil; 2000.
-

-
- 23- Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24 (8): 1877-1886.
- 24- Pepulim P. Atendimento Pré-hospitalar no Brasil. [On line] 2007 [acessado 2011 ago.07]. Disponível em: www.notrauma.blogspot.com
- 24- Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(3): 355-60.
- 25- Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC). Resolução n. 027 e 028. Dispõe à regulamentação a atenção pré-hospitalar no estado de Santa Catarina. Florianópolis: CREMESC. Publicada em 13 de março de 1997.
- 26- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Brasil). Manual de fiscalização - edição revisada. São Paulo: site do CREMESP, 2000.
- 27- Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34: 427-30.
- 28- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº- 1863, de 29 de Setembro de 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. Editora do Ministério da Saúde, DF 2003.
- 29- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº-1864, de 29 de Setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões de todo o território. Editora do Ministério da Saúde, DF 2003.
- 30- Soerensen AA, Murakawa MT, Robazzi R, Cruz MLC, Soerensen R. Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de Riscos ocupacionais *Rev. enfermagem. UERJ*, Rio de Janeiro. 2008; 16(2): 187-92.
- 31- Organização Mundial de Saúde (OMS) 1996. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo.
-

-
- 32- Velloso RR, Queiroz CAM. Manual operacional do policial civil: doutrina, legislação, modelos / coordenação Carlos Alberto Marchi de Queiroz - São Paulo: Delegacia Geral de Polícia, 2002.
- 33- Melo MCB, Domingues R, Rodrigues VB. Abordagem da criança e do adolescente vítima de maus-tratos. [citado 2010 fev. 22]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/spt/saped/maus_tratos.htm.
- 34- Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2005; 21(4): 1124-33.
- 35- Ziegler DS, Sammut J, Piper AC. Assessment and follow-up of suspected child abuse in preschool children with fractures seen in a general hospital emergency department. *J Pediatr Child Health*. 2005; 41: 251-55.
- 36- Costa MCO. Organização Internacional do Trabalho - OIT. Diga não à violência contra crianças e adolescentes no seu município. Esse desafio podemos enfrentar juntos!!! Feira de Santana: UEFS; 2006.
- 37- Deslandes SF, Minayo MCS, Lima MLC. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(6): 430-40.
- 38- Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatria Rio Gd Sul*. 2003; 25 (1): 9-21.
- 39- Neumann ZA. Prevenção da violência intrafamiliar: a paz começa em casa. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 472-7.
- 40- Duffy SJ, McGrath ME, Becker BM, Linakis JG. Mothers with histories of domestic violence in a pediatric emergency department. *Pediatrics* 1999; 103 (1): 1007-1013.
- 41- Souza M, Santana KB, Silva JS. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14 (2): 547-555.
-

-
- 42- Zirmerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. São Paulo: Artemed, 2005.
- 43- Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (3): 783-791.
- 44- Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores. Brasília, DF: Universal. 2002.
- 45- Gondim RMF, Costa LM. Violência contra o idoso. In D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Eds.), Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006; 169-191.
- 46- Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In E. V. Freitas LPy, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2006; p. 1152-1159.
- 47- Puggina AC, Silva MJP. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. REME-Rev Mineira de Enfermagem. 2009; 13 (4): 599-605.
- 48- Brasil. Lei nº, de 11 de julho de 1984, que institui a lei de Execução Penal. Dispõe sobre a legislação nacional e os direitos das pessoas sob custódia da justiça. São Paulo (SP): Saraiva; 2004.
- 49- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2000.
- 50- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2000.
- 51- Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e Dignidade Humana, São Paulo (SP): O Mundo da Saúde. 2006; 30 (3): 434-447.
- 52- Bitencourt CR. Manual de direito penal: parte especial. São Paulo: Saraiva; 2001.
-

-
- 53- Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(6): 974-80
- 54- Saliba O, Garbin ACS, Garbin AJI, Dossi AP. Notificação da violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 472-7.
- 55- Monteiro CFS, Araújo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006; 10(2): 273-9.
- 56- Ceccim RB, Carvalho PRA. Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vidas menos convencionais. 2 ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.
- 57- Brasil, Lei 11.340 de 07/08/2006 – "Lei Maria da Penha". Lei nº 11.340, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; 2006.
- 58- Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Saúde Pública*. 2006; 40 (supl.especial):112-120.
- 59- Correa JDV, Sgreccia E editors. The dignity of the dying person. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000.
- 60- Pessina A. Bioetica: L'uomo sperimentale. Milano: Edizione Bruno Mondadori, 1999.
- 61- Berti HW. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 1709-1718.
- 62- Spiri WC, Berti HW, Pereira MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. *O Mund da Saúde*, 2006; 30(3): 448-454.
- 63- Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. *Rev Bras Enfermagem*. 2005; 58(3): 355-60.
- 64- Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comunica Saúde Educ*. 2006; 10 (20): 517-24.
-

-
- 65- Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.
- 66- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 104 de 02 jun. 2005.
- 67- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 2004 a.
- 68- Brasil. Portaria nº 1020 de 13 de Maio de 2009. Estabelece diretriz para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- 69- Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde, análise da demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário [Tese] 2003, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.
- 71- Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica na infância e adolescência. São Paulo: Robe, 1995.
- 70- Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8(4): 22-9.
- 71- Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. Rev Eletr End. [Internet]. 2009; 11(4): 830-40.
- 72- Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado. Cury, Garrido e Marçura. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.
- 73- Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília; 2005.
-

-
- 74- Webster S, O'Toole R, O'Toole A, Lucal B. Overreporting and underreporting of child abuse: teachers' use of professional discretion. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 1281-1296.
- 75- Kenny M. Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2004; 28: 1311-1319.
- 76- Rodrigues GS, Lopes MJ, de Souza AC, Ribeiro LM: Punishment, penalty or providence? Morbidity due to external causes in basic healthcare, Porto Alegre, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008. 13(1): 111-20.
- 77- Sanders T, Cobley C. Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. *Accid Emerg Nurs.* 2005; 13: 130-136.
- 78- Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999; 4(1): 81-94.
- 81- Fundação Calouste Gulbenkian. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o envelhecimento. O tempo da vida. Cascais PT: Principia; 2009.
- 82- World Health Organization-WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva; 2002.
- 83- Porto I, Koller SH. Violência na família contra pessoas idosas. *Interações* 2006; 12: 105-142.
- 84- Sanches APRA. Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado não-publicada, Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, SP. 2006.
- 85- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF, 2005.
- 86- Estatuto do Idoso. Lei n. 10.741/2003 e transporte interestadual de passageiros. Doutrina ADCOAS, Rio de Janeiro. 2004; 7(18): 363-365.
-

-
- 87- Wolf RS. Maltrato en ancianos. In: Atención de los Ancianos: Un Desafio para los Noventa (E. Anzola-Perez, org.), Washington, DC: Pan American Health Organization. 1995; p.35-42.
- 88- Dantas F. Relatório mostra que quase metade da população brasileira será de idosos em 2050. Jornal O Estado de São Paulo. 2011. Ano XVI. Edição 970.
- 89- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Manual de diretoria clínica. São Paulo: Cremesp; 2000.
- 90- Coelho HC, Oliveira SAN, Custódio MJ, Aguiar MLO, Castro JFF, Castro PG, et al . Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. Rev. bras. epidemiol. 2011; 12 (2): 124-131.
- 91- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 92- Brasil. Anexo II, da PT Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Plano Operativo Estadual Atenção Integral à Saúde da População Prisional, 2003.
- 93- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação de Saúde) 2010.
- 94- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173).
- 95- Rego S. Debate sobre o artigo de Correia et al. Cad Saúde Pública 2007; 23(9): 2003-2004.
- 96- Teles MA, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense, 2002.
-

-
- 97- Cavalcante FG, Goldson E. Situational analysis of poverty and violence among children and youth with disabilities in the Americas an agenda proposal. *Cien Saude Colet*. 2008; 14(1): 7-20.
- 98- Oliveira EM, Jorge MSB. Violência contra a mulher; sofrimento psíquico e adoecimento mental/ Violence against woman: psychic and mental illness. *Rev Rene*. 2007; 8(2): 93-100.
- 99- Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.
- 100- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, nº 104 de 02 jun. 2005.
- 101- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; p.17.
- 102- Werneck MAF, Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.
- 103- Coren-MG, Câmara Técnica da Atenção Básica, 2006. Disponível em: www.corenmg.org.br/basica.
- 104- Selli L. Bioética na enfermagem. 2a ed. São Leopoldo (RS): UNISINOS; 2005.
- 105- Silva EAC, Tipple ACFV, Souza JTS, Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Rev Elet Inf*. 2010;12(3):571-7
- 106- Lopes ACS, Oliveira AC, Paiva MHRS. Adesão as precauções padrão por equipe de atendimento pré hospitalar. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(6): 1387-1396.
-

-
- 107- Monteiro MH. O que o Sector da Saúde em Portugal tem a ganhar com o desenvolvimento da sociedade da informação APDSI, (Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação) 2004.
- 108- Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza Cd. Ética e tele saúde reflexões para uma prática segura. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(1):58-65.
- 109- Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- 110- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº- 2.922, de 2 de Dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009.
- 111- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- 112- Aguiar AB, et al. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Eletr de Enferma/Universidade Federal de Goiás*. Goiânia. 2005; 7 (3): 319-327.
- 113- Martins PPS. Atendimento pré-hospitalar atribuições e responsabilidade de quem? Uma reflexão critica a partir do serviço do corpo de Bombeiros e das políticas de saúde o Brasil a luz da filosofia das práxis Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2004.
- 114- Romanzini EM. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(2): 204-6.
- 115- May T. Pesquisa social: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
-

Apêndices e Anexo

APÊNDICE 1**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Profissão:** _____ **Sexo:** _____ **Idade** _____

Há quantos anos trabalha no serviço pré-hospitalar móvel? _____

1. No atendimento de urgência/ emergência de pacientes vitimados por atos de violência como se dá a sua atuação no pré-hospitalar quando o paciente é criança/adolescente?
 2. No atendimento de urgência/ emergência de pacientes vitimados por atos de violência como se dá a sua atuação no pré-hospitalar quando o paciente é idoso?
 3. No atendimento de urgência/ emergência de pacientes vitimados por atos de violência como se dá a sua atuação no pré-hospitalar quando o paciente é incapaz?
 4. No atendimento de urgência/ emergência de pacientes vitimados por atos de violência como se dá a sua atuação no pré-hospitalar quando o paciente é prisioneiro?
 5. No atendimento de urgência/ emergência de pacientes vitimados por atos de violência como se dá a sua atuação no pré-hospitalar quando o paciente é mulher acometida por violência doméstica?
 6. Em sua opinião, quais questões éticas estão mais frequentemente envolvidas no atendimento pré-hospitalar móvel?
 7. Em sua opinião, o que seria necessário para melhorar a qualidade de atendimento de urgência e emergência aos indivíduos vitimados por atos de violência com autonomia reduzida no pré-hospitalar?
 8. Em sua opinião o que seria necessário para melhorar a sua qualidade de vida neste tipo de atividade?
-

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A INDIVÍDUOS COM AUTONOMIA REDUZIDA VITIMADOS POR ATOS DE VIOLÊNCIA: DIFICULDADES E DILEMAS ÉTICOS”.

O objetivo desta pesquisa é configurar as representações da situação emergência traumática e violência pela equipe socorrista às vítimas vulneráveis. Os riscos e desconfortos em consequência de sua participação no estudo eventualmente serão mínimos. Contudo os benefícios esperados são: melhor conhecimento em relação ao tema para ser possível propor melhorias no serviço

A enfermeira: Laudicéia Rodrigues Crivelaro (telefone: 14-38797027) é a autora da pesquisa e poderá ser procurada para maiores esclarecimentos caso você considere necessário, conforme consta da resolução CNS196/96..

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo. Você deverá responder a algumas perguntas que serão gravadas e depois de feita as transcrições das gravações, as fitas serão mantidas sob a responsabilidade da pesquisadora por 5 anos após a publicação dos dados, e posteriormente destruídas.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará em qualquer interferência no andamento do nosso trabalho na instituição.

Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

A sua participação nesta pesquisa não acarretará qualquer despesa.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que o estudo não acarretará nenhum problema.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim códigos.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou

livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minha profissão. A minha assinatura abaixo representa o meu aceite em participar do estudo, e está em consonância com a Resolução 196/96/CNS, que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos.

Assinatura do participante_____

Endereço:_____

Telefone contato:_____

Nome do pesquisador: Laudicéia Rodrigues Crivelaro

Fone: 14- 32263939 comercial 14-91195199 Pessoal

Bauru, ____de ____de 2010.

OBS: RECEBI UMA VIA DO PRESENTE TERMO PARA ARQUIVO PESSOAL.

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa

Instituto Lauro de Souza Lima

Caixa Postal 3021 – CEP: 17034-971 – Bauru/ SP/ Brasil

Fone: 55 14 3103-3921

Fax: 55 14 3103-5914

CT: C.E.P. nº 002/2011

Bauru, 28 de março de 2011

Ilma. Sra.
Laudicéia Rodrigues Crivelaro

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado “Atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar em situação de vulnerabilidade e violências”, protocolo E-022/10, foi apreciado neste Comitê de Ética em Pesquisa, e foi **APROVADO**.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos do mais elevado apreço.

Atenciosamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ida Maria Foschiani Dias Baptista".

Dra. Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto Lauro de Souza Lima