



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ

**DESAFIOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

CAJAZEIRAS-PB

2014

MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ

**DESAFIOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da

Prof^ª. Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira

CAJAZEIRAS- PB

2014

MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ

**DESAFIOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^aEsp. Olga Feitosa Braga Teixeira.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira
Orientadora (ETSC/CFP/UFCG)

Prof. Me. Ariele Rodrigues Nóbrega Videres
Examinadora (UAENF/CFP)

Prof. Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Examinadora (UAENF/CFP)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

D585d Diniz, Maria Aparecida Vieira

Desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. / Maria Aparecida Vieira Diniz. Cajazeiras, 2014.

55f.

Bibliografia.

Orientador(a): Olga Feitosa Braga Teixeira.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

Dedico este trabalho aos meus pais, Nivaldo Carneiro Diniz e Raimunda Vieira Diniz, por serem os melhores pais do mundo e sempre acreditaram em minha capacidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me deu o dom da vida e sempre esteve comigo dando-me coragem e discernimento pra que eu pudesse chegar ao fim dessa jornada com sucesso.

Ao meu pai Nivaldo Carneiro Diniz, homem de força e de fé que apesar de todas as provações nunca deixou se abater, sempre colocando Deus em frente ergueu nossa família há qual muito me orgulho.

A minha mãe Raimunda Vieira Diniz mulher de fibra, sempre ao lado do meu pai nos proporcionou um lar cheio de amor e compreensão e uma educação sem prejuízos dentro de suas possibilidades. Te amo muito.

Aos meus irmãos Flavio, Fabio, Francimar, Alcides, Aldeci e Adão por estarem sempre ao meu lado me apoiando e me ajudando no que fosse necessário.

Especialmente ao meu irmão Aldeci Vieira Diniz por muitas madrugadas de sono perdido para me transportar, permitindo que eu chegasse a tempo de minhas atividades em Cajazeiras.

Ao a meu namorado Eric Braga Lopes o qual dedico todo meu amor e respeito, por fazer parte de minha vida e permitir que eu faça parte da sua podendo assim dividir e vivermos momentos inesquecíveis. Espero que esse sentimento perdure o resto de nossas vidas.

Obrigado meu amor.

A minha amiga Maria Paula Vieira da Silva, esteve disposta a me ouvir nos momentos mais difíceis.

As minhas amigas e colegas de apartamento Aline Oliveira, Andreza Melo, Thanise Farias, Dinorah Oliveira, Albaniza Almeida, Luana Vieira, Lidia Holanda, o pouco tempo que convivemos nos tornamos mais que amigas e sim irmãs por escolha, jamais esquecerei de nossa convivência dividimos aflições, medos mas também muitas alegrias e momentos felizes.

Agradeço a todo corpo docente da UFCG que proporcionou a mim a oportunidade de adquirir os conhecimentos e as experiências necessárias para torna-me uma profissional capacitada e competente.

Agradeço a todos meus colegas de sala, especialmente Tales Ramon, Thayse Cristina, Fernandes Abel que além de colegas se tornaram amigos pessoais, espero nunca perder contanto.

A Professora Olga Feitosa Braga Teixeira que mesmo sem me conhecer escutou minha ideia e atendeu meu pedido sendo minha orientadora, e com muita paciência me ensinou e construiu comigo o presente trabalho. Muito obrigado!

Ao meu amigo e colaborador Tito Lívio que me ajudou nas horas de dúvida.

Ao Padre Franciarlei Duarte pelas várias caronas até Cajazeiras e acima de tudo as conversas que tínhamos ao longo da viagem, as quais me ajudaram muito.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

DINIZ, M.A.V. **Desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2014.56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2014.

RESUMO

O Atendimento Pré-hospitalar é a assistência prestada a pacientes com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica. Esse tipo de atendimento pode variar de um simples esclarecimento ou orientação médica por telefone até o envio de uma ambulância de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência. Objetivou-se analisar os desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de campo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 05 enfermeiros e 03 técnicos, componentes da equipe de enfermagem, atuantes no (SAMU) do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, realizada em agosto de 2014. A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As respostas obtidas foram agrupadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo e emergiram em seis categorias que estão descritas no corpo do trabalho, os resultados mostraram que os profissionais do serviço reconhecem os principais riscos presentes no APH. Foi identificado o atendimento caracterizado como mais estressante indicado pelos profissionais. Foram encontrados resultados referentes a disponibilização de matérias pelo serviço e os sentimentos desenvolvidos pelos profissionais atuantes no serviço. Concluiu-se que a enfermagem vivencia, diversos sentimentos e emoções no APH que permeiam as situações vivenciadas durante a assistência. Vale destacar a importância da capacitação profissional, visto que mesmo o serviço dispondo de recursos materiais suficientes, se a mão de obra não souber utilizá-los a assistência estará completamente comprometida. É perceptível também a necessidade de apoio psicológico a essa classe profissional, pois apesar de eles estarem prontos para o atendimento, possuem os sentimentos humanos que se não entendidos e trabalhados vão levar os profissionais a deixarem suas atividades por despreparo emocional.

Palavras – chave: Equipe de enfermagem; Socorro de Urgência; Atendimento pré-hospitalar.

DINIZ, M.A.V. Challenges experienced by nursing staff in the Service of Mobile Emergency. 2014.56 p. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

ABSTRACT

The Prehospital Care is the care provided to patients with clinical, traumatic or acute psychiatric nature pictures. This type of care can range from a simple clarification medical advice by phone or by sending a basic or advanced ambulance to the scene support. This study aimed to analyze the challenges experienced by nursing staff in Service Mobile Emergency. This is an exploratory, descriptive field study with a qualitative approach. The research subjects were 05 nurses and 03 technicians, components of the nursing team, working in (SAMU) of the municipality of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. The data collection instrument used was a semi-structured interview, conducted in August 2014. The research conformed to Resolution 466/12 of the National Health Council.'s Responses were grouped according to the technique of content analysis and emerged in six categories that are described in the body of the work, the results showed that service professionals recognize the major risks in the APH. Characterized the service as more stressful indicated by the professionals was identified. The provision of materials for the service and the feelings developed for professionals working in service related results were found. It was concluded that nursing experiences, different feelings and emotions that permeate the APH situations experienced during service. It is worth noting the importance of vocational training, since even the service have sufficient material resources, the manpower not know how to use them assistance will be completely compromised. It is also noticeable the need for psychological support of this professional class, because even though they are ready to meet, have human feelings that are not understood and worked will prompt professionals to cease their activities for emotional unpreparedness.

Keywords - Keywords: nursing team; Emergency Relief; Pre-hospital care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ASU	Agentes de Socorros de Urgências
CB	Corpo de Bombeiros
CFM	Conselho Nacional de Saúde
DERSA	Compania de Desenvolvimento Rodoviário S/A
EUA	Estados Unidos da América
MS	Ministério da Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PEET	Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas
PNAU	Política Nacional de Atenção as Urgências
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
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
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SP	São Paulo
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Distribuição dos entrevistados referentes ao sexo, idade, profissão.....	29
Tabela 02 – Dados referentes a tempo de serviço dos entrevistados na área de saúde e no SAMU.....	30

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR.....	18
3.3 SERVIÇO DE AYENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NOBRASIL....	20
3.4 POLITICAS PUBLICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DO APH NO BRASIL.....	22
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....	26
4.5 PROCESSAMENTO E ANALISE DOS DADOS.....	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	27
5. ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	28
5.2 EXPOSIÇÃO DE RISCOS DURANTE O ATENDIMENTO DO SAMU.....	31
5.3 ATENDIMENTO DE MAIOR ESTRESSE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU.....	32
5.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SAMU SOB A ÓTICA DOS ENTREVISTADOS.....	34
5.5 DIFICULDADES VIVENCIADAS DURANTE O ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	35
5.6 COMPORTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE A OCORRÊNCIA.....	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE.....	47
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A maioria dos acidentes e inúmeros agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar. Tal fato exige que a sociedade e os profissionais de saúde disponham dos recursos apropriados e criem condições para o atendimento ao indivíduo o mais precocemente possível e no próprio local do acidente ou no local onde se encontra a pessoa com a saúde agravada. Isso significa minimizar letalidades, sequelas e outros eventos adversos que possam decorrer tanto do próprio acidente como de uma intervenção inadequada (DOLOR, 2008).

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é definido pelo Ministério da Saúde, como a assistência prestada, em um primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que podem levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte (BRASIL, 2006a).

Esse tipo de atendimento pode variar de um simples esclarecimento ou orientação médica por telefone até o envio de uma ambulância de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, com o objetivo de garantir condições básicas de sobrevivência e minimizar possíveis sequelas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O Sistema de Saúde deve ser capaz de acolher toda a clientela com agravo a saúde fora do ambiente hospitalar prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados de tratamento. Com essa visão o Ministério da Saúde, implementou a assistência pré-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da portaria nº 1864/GM de 29/09/2003, estabelecendo assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003a).

Esse serviço surge como ordenador da assistência, enquanto forma de resposta às demandas de urgência, seja no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, ou onde o paciente vier a precisar (CAMPOS; FARIAS; RAMOS, 2009).

É notório que as vítimas que tem uma assistência no local da cena, minutos após o agravo à sua saúde, com a aplicação de condutas rápidas e efetivas por uma equipe capacitada podem se restabelecer mais rapidamente, minimizando consideravelmente os agravos.

Para atingir os objetivos do SAMU, é necessária uma equipe multiprofissional integrada e preparada para refletir positivamente sobre o paciente, uma vez que as possibilidades de sua recuperação estão diretamente relacionadas com a rapidez e eficiência dos serviços prestados no atendimento.

Essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores que devem ter, além de capacitação em urgência, disposição pessoal para a

atividade, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, equilíbrio emocional e autocontrole (CRISTINA, 2006).

A autora acima citada ressalta ainda que estes profissionais sofrem de intensa pressão pela necessidade de ter respostas rápidas em relação aos casos com que se deparam em seu dia-a-dia. Enfrentam também situações limítrofes de vida e sofrimento, e, portanto, estão num processo constante de ajustes e reajustes para alcançarem o equilíbrio.

A equipe de enfermagem que atua no SAMU deve estar preparada para trabalhar em conjunto, tomar decisões rápidas, embasadas em conhecimentos prévios e protocolos de atendimento. Em virtude disso, é necessário que estes profissionais tenham várias características e habilidades que são inerentes às funções, como: agilidade, capacidade de trabalho em equipe, destreza, atenção, atualização constante, concentração, conhecimento científico, equilíbrio emocional, iniciativa, condicionamento físico, psíquico, entre outras (DUARTE et al., 2009).

Por ser um serviço de atividades tão complexas e estressantes, que demandam um desgaste físico e emocional tão intenso, além dos inúmeros desafios vivenciados por toda a equipe de enfermagem, surge a necessidade de investigar alguns itens, tais como: Quais os principais riscos aos quais estão expostos os membros da equipe de enfermagem? Qual o atendimento mais estressante que foi realizado pelos membros da equipe? O serviço dispõe de materiais e recursos suficientes para a realização do atendimento? Quais as principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais?

O interesse pela realização desse estudo surgiu a partir da afinidade pessoal da pesquisadora com a temática abordada durante as aulas práticas na disciplina de Noções em Primeiros Socorros além do fato da mesma trabalhar em uma empresa que realiza cursos de capacitação em APH.

Este estudo torna-se importante visto que pacientes que recebem um atendimento eficiente e de qualidade no APH aumentam significativamente as chances de um bom prognóstico como também favorece a diminuição nas taxas de agravos a saúde e possíveis sequelas, portanto, é necessário que a equipe esteja apta, capacitada profissionalmente e psicologicamente para desempenhar suas ações com segurança e eficiência.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no SAMU.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Listar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar;
- Identificar os riscos que os profissionais estão expostos no APH;
- Entender como os profissionais se comportam diante o chamado para as ocorrências;
- Verificar se o serviço disponibiliza as condições de trabalho necessárias para um atendimento adequado.
- Identificar o atendimento mais estressante presentes no serviço.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência é entendida como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador precisa de assistência médica rápida e precisa (ROMANI et al., 2009).

O termo emergência médica caracteriza-se como agravos à saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo (BUENO; BERNADES, 2010).

As situações de emergência podem ser compreendidas como aquelas geradoras de danos abruptos e extensivos à vida. Essas situações podem produzir perdas públicas e privadas que são acumuladas e prejudicam a economia, a qualidade de vida, e as possibilidades de resposta a eventos adversos de maior magnitude (CRISTINA, 2006).

A autora ressalta ainda que quando tais fenômenos acontecem, as pessoas são atingidas não só fisicamente, mas também psicológica e socialmente, aumentando a exigência para o setor de saúde que deverá atender a uma grande demanda nos hospitais e serviços de emergência que respondam as necessidades dos indivíduos.

As emergências são passíveis de tratamento, sendo que a intervenção e a tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo considerado normalmente de até 24 horas, após seu início (MARTINEZ; NITSCHKE, 2001).

Os autores acima citados ressaltam que a gravidade de uma afecção, bem como seus respectivos cuidados, são ponderados pelo tempo, que é inversamente proporcional ao grau de urgência, pois quanto maior a urgência, menor o tempo disponível para o início do tratamento. O tempo é importante para a definição do diagnóstico e para que sejam colocados em prática os cuidados propostos.

O principal objetivo dos atendimentos de urgência e emergência é diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes. Para tanto, é preciso garantir os elementos necessários em um sistema de atenção de saúde considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua (AZEVEDO, 2010).

Na assistência e na avaliação do paciente em situação de emergência, a coordenação do trabalho da equipe e o tempo empregado no processo de atendimento são elementos essenciais, configurando-se a unidade de emergência como a porta de entrada o sistema

assistencial a todos aqueles agudamente enfermos. Na estruturação desta rede assistencial, é essencial uma dependência funcional entre a atenção pré-hospitalar e a hospitalar coadjuvando os esforços a fim de alcançar êxito no atendimento (CRISTINA, 2006).

3.2. ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A história revela que os primeiros atendimentos prestados no local do acidente deram-se nas frentes de batalha. A finalidade maior era reduzir baixas, recuperando o homem e permitindo o seu retorno ao combate, precocemente. Por seus resultados, as experiências com esse atendimento inicial e as condições em que os feridos eram transportados passaram a ser implementadas e desenvolvidas em outras guerras. Os conflitos serviram de palco para o desenvolvimento de um novo conceito em atendimento ao traumatizado (MARTINS, 2004).

Durante a guerra civil americana, onde eram perdidas muitas vidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato, foi identificada a necessidade de providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha. Alguns conceitos como segurança da cena (evitar tornar-se mais uma vítima, evitar a ocorrência de novas vítimas), exame primário (tratamento das lesões em risco de vida, evitar mais dano) e a própria questão do transporte rápido (para o local de tratamento definitivo), são oriundos dessa época (SILVA et al., 2010).

Tecnicamente, o marco da criação da ambulância projetada deve-se ao médico Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Larrey, necessitando estabelecer atendimento imediato, projetou Unidades de Transporte de feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras”, pois tinham como características serem leves e velozes. O aumento da velocidade deu-se pelo uso, inicialmente, de dois cavalos lado a lado e posteriormente perfilados, bem como madeira leve, rodas pequenas e teto arredondado para evitar retenção de água na madeira durante a chuva (FERRARI, 2006).

O autor acima citado ressalta ainda que com o advento da era industrial, no final do século XIX, surgiram os motores a combustão, imediatamente incorporados a modelos confortáveis e seguros.

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação

destacada nas Guerras Mundiais do século XX. Tempos depois, no mesmo século, os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento a seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha. As vítimas também recebiam os cuidados durante o transporte até o hospital de guerra (AZEVEDO, 2002).

Ainda no século XX, a enfermeira também teve sua presença registrada participando ativamente no atendimento aos feridos, na I e II Guerras Mundiais e nas Guerras do Vietnã e da Coréia (THOMAZ; LIMA, 2000).

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 submetidos a transferências inter-hospitalares. A história do SAMU da França inicia-se 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. Assim, foi constatada a necessidade de um 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 pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas (RAMOS; SANA, 2005).

No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893, quando o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo que o Rio de Janeiro, no momento, era capital do país. Consta ainda que em 1899 o Corpo de Bombeiros (CB) da então capital do país, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço. Em meados dos anos 50, no século passado, instala-se em São Paulo o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – órgão da então Secretaria Municipal de Higiene (MARTINS; PRADO, 2003).

No Estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto n.395 de 7 outubro de 1893, ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Em 1910, o Decreto n.1392, tornou obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes (DOLOR, 2008).

O autor acima citado ressalta ainda que bem mais tarde, o presidente Eurico Gaspar Dutra, pelo Decreto n°. 27.664, de 30 de dezembro de 1949, instituiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho. Esse serviço não tinha vinculação com o Corpo de Bombeiros ou qualquer outra instituição militar.

Na cidade de São Paulo era um órgão ligado a Secretaria Municipal de Higiene, e prestava assistência médica à distância, com o médico indo a residência do doente. O Decreto Lei 72, de 21 de novembro de 1966, extinguiu o SAMDU, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões que originou o Instituto de Previdência Social (INPS).

Em 1976 o governo do estado de São Paulo criou a Companhia de Desenvolvimento Rodoviário S/A, conhecida pela sigla DERSA. Esse órgão do governo desenvolveu nas rodovias de sua jurisdição um serviço de atendimento de Primeiros Socorros, com ambulâncias de profissionais de nível médio, com controle médico à distância (RAMOS; SANA, 2005).

No decorrer das décadas de 1980 e 1990, surgem diversos serviços de atendimento pré-hospitalar em inúmeras cidades brasileiras: Curitiba, Porto Alegre, Araraquara, Campinas, Ribeirão Preto, São Paulo e Vale do Ribeira. Essa multiplicação de serviços, entretanto, não tinha modo de atuação padronizado (THOMAZ; LIMA, 2000).

3.3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO BRASIL

O SAMU no Brasil foi criado tomando por base o modelo francês, em que, obrigatoriamente, há a presença de um médico e política de trabalho com equipe de suporte avançado. Teve também a influência do modelo americano, pelo modo da organização de equipes, que contam com outros profissionais não médicos, mas que atuam em unidades avançadas como apoio e nas unidades básicas como equipe específica gerenciada pelo médico regulador (MARQUES, 2013).

Até 2001, o país não contava com qualquer política pública específica que atendesse às necessidades de assistência pré-hospitalar (APH). O país contava com o atendimento realizado tradicionalmente pelo Corpo de Bombeiros, nos idos de 1988, através do chamado Projeto Resgate, chefiado por um capitão médico que tinha como central para recebimento das demandas os números 193 e 192 (CORDOBA, 2011).

O SAMU foi idealizado em 1988 dentro do Projeto Resgate ou Serviço de Atendimento Médico às Urgências, idealizado para funcionar com parceria entre Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e a da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP-SP). O projeto foi liderado por um capitão militar médico. Esse serviço procurava reproduzir um sistema semelhante ao modelo francês, apesar das influências norte-americanas, especialmente na formação de profissionais e protocolos de atendimento, guardadas às adaptações à realidade local (DOLOR, 2008).

Em 1989 inicia-se um acordo de cooperação ente o SAMU de Paris e a Secretaria de Saúde de São Paulo para introdução do Atendimento Pré-Hospitalar. Criou-se um sistema misto, ou seja, nos moldes e tecnologia do modelo norte-americano, para o Suporte Básico de Vida (SBV) e com adaptações do modelo francês, para o Suporte Avançado de Vida (SAV) (MARTINS, 2004).

A estrutura de APH nos Corpos de Bombeiros ocorreu de forma diferenciada em cada estado da Federação, porém com a característica da limitação ao Suporte Básico de Vida.

No final da década de 1990, o Conselho Federal de Medicina (CFM), passou a questionar os serviços de APH do Corpo de Bombeiros Militares operados por “socorristas”. Até então, os socorristas eram preparados tecnicamente; todavia, para o exercício das atividades, eram carentes de embasamento legal para a atuação. Assim, ocorreu a inserção da categoria médica nos serviços de APH. Segundo a Resolução nº 1.529/98 ao Corpo de Bombeiros coube, somente, a atuação breve no Suporte Básico de Vida (SBV) (VARGAS, 2006).

O autor acima citado ressalta ainda que a reestruturação do APH em nível nacional iniciou-se a partir de 1990, com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET), pelo Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo a redução da incidência e da morbimortalidade por agravos externos por meio de intervenção nos níveis de prevenção, APH, atendimento hospitalar e reabilitação.

Assim, somente o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, possuía em seu quadro os profissionais de saúde. Nos demais estados, os Corpos de Bombeiros Militares, os militares passaram a ser treinados num curso básico de socorristas e denominados de Agentes de Socorros de Urgências (ASU), baseado e equivalente ao treinamento em emergências médicas, ministrado nos EUA (PRADO; MARTINS, 2003).

O autor supracitado relata ainda que o treinamento básico dos socorristas dos Corpos de Bombeiros Militares, efetivamente, só foi realizado a primeira etapa prevista no PEET/PAPH-MS, ou seja, do Suporte Básico de Vida. Consequentemente, o atendimento era restrito ao traumatizado, visando a imobilização de fraturas e evitar o agravamento das lesões. Entretanto, no decorrer do tempo, os socorristas passaram a ser chamados para atender emergências clínicas. Justifica-se a necessidade de aperfeiçoar e implementar o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar idealizado nos moldes do SAMU.

Em 1994 e nos anos subsequentes, são ativados os Serviços de Atendimento Móvel às Urgências em várias cidades brasileiras; algumas com a denominação “SOS” (BRASIL, 2004b).

Em 1996, é formada a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, conhecida como “rede 192”, nascida a partir de um grupo de estudos após o I Simpósio Internacional de Atendimento às Urgências Pré-Hospitalares. Esta instituição, com cooperação francesa, formulou propostas levadas ao CFM e ao MS, no sentido de buscar a regulamentação do APH e transporte inter-hospitalar no Brasil (MARTINS, 2004).

Nos últimos dez anos, é notória a necessidade de melhoria e expansão do sistema de atendimento pré-hospitalar, realidade esta percebida pelos gestores da política de Saúde Pública dos estados. Trata-se de uma tendência que faz jus à evolução internacional.

3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DO APH NO BRASIL

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-20002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU; e a partir do final de 2008 – continuidades do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

No ano de 1998, através da portaria Nº 2.923 ficou instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência devido à carência de serviços e profissionais nestas áreas, a necessidade de organização e hierarquização do serviço como também a capacitação dos profissionais nas diversas áreas de atuação (BRASIL, 1998).

Reconhecendo importância dos serviços hospitalares no atendimento as urgências e emergências o então Ministro da Saúde José Serra aprovou a portaria 479/MS de 15 de abril de 1999 indicando mecanismo para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento as Urgências e Emergências ao mesmo tempo estabelecendo critérios para classificação e inclusão dos hospitais no referido programa (BRASIL, 1999a).

Em 1999 entrou em vigor também a portaria 824/MS aprovando o atendimento pré-hospitalar com a participação do profissional, médico, como também definindo o papel de cada profissional de saúde no serviço, devendo o MS possuir normas e condutas na Assistência a Saúde que possam assegurar qualidade e igualdade nas ações desenvolvidas por médicos em todo o País (BRASIL, 1999b).

Podemos observar que apesar de ser uma prática antiga o APH necessitava de organização pra se tornar um sistema que fornecesse agilidade, eficiência, qualidade e responsabilidade na assistência prestada aos pacientes.

De acordo com a portaria Nº 814/GM de 01 de junho de 2001 ficam definido os conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica nas urgências, estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência já existente, bem como dos que poderiam ser criados no País (BRASIL, 2001).

Visto que o serviço de atendimento as urgências e emergências tornava-se cada dia mais solicitado o Ministério da Saúde observou a necessidade da elaboração do plano de organização deste, foi então que no ano de 2002 através da portaria 2.048/GM de 5 de novembro que ficou instituído o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na qual estão estabelecidos os princípios e diretrizes, normas e critérios de funcionamento como também a classificação e o cadastramento dos serviços das urgências e emergências(BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) passa a existir de acordo com a Portaria Nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003 e considera a atual situação brasileira de morbimortalidade, a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada com cuidados integrais em qualquer nível de complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada unicamente pelos prontos-socorros bem como a necessidade a adequada referencia regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, precisem de acesso aos meios adicionais de atenção (BRASIL, 2003a).

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a adequação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Em sequência a Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003 institui o componente pré-hospitalar móvel como a primeira etapa da PNAU, por meio da implantação do Serviço de atendimento Móvel as Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro no âmbito do SUS(BRASIL, 2003b). Também no ano de 2003 foi estabelecido o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades através da portaria Nº 2072/GM em 30 de outubro (BRASIL, 2003b).

Diante do decreto 5.505 de 27 de abril de 2004 ficou instituído o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em municípios do território nacional estabeleceu o acesso gratuito em todo país a regulação médica através do número gratuito 192 e explica

como cada município pode fazer o requerimento do serviço ao MS (BRASIL, 2004a). Em conjunto com decreto supracitado, entrou em vigor também a Portaria GM/MS 2.420 de 9 de novembro de 2004, constitui o grupo técnico buscando avaliar e indicar estratégias do sistema único de saúde as patologias mais frequentes no serviço (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004 a Portaria Nº 2.657/GM Em 16 de dezembro veio estabelecer as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais do SAMU – 192, e recomendado as Secretárias de Atenção a Saúde em seus níveis que tomassem as devidas providências (BRASIL, 2004b).

Diante de tantas atribuições e serviços viu-se a necessidade de um programa que avaliasse e pudesse proporcionar o nível de qualidade do sistema, foi então que Portaria Nº 3.125 de 7 de dezembro de 2006 entrou em vigor e instituiu o Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no SUS, em conjunto com as diretrizes de organização de redes loco-regionais de atenção integral as urgências, esta tem como finalidade tanto as ações não hospitalares como as hospitalares (BRASIL, 2006b).

Ainda em 2003 houve a implantação e adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA e salas de estabilização – SE em locais estratégicos para conformação dessas redes, as UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar que em conjunto devem formar uma rede organizada de atenção as urgências, tudo isso foi determinado pela Portaria 2.922 de 2 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008).

Por fim no ano de 2011 de acordo com a lei 1.601 de 7 de julho de 2011 foram constituídas as diretrizes para a implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Essa medida surgiu a partir da observância à necessidade de aperfeiçoamento das condições para implementação de todos os quesitos da Política Nacional às Urgências (BRASIL, 2011).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, de campo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória constitui o primeiro passo tornar o problema mais explícito como também aprofundar o pensamento sobre o objeto de estudo, contribuindo para a formação de conceitos inovadores (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva consiste na observação, registro, análise, classificação e interpretação dos fatos, sem nenhum tipo de interferência do pesquisador. Tem como objetivo principal a descrição de determinadas populações ou fenômenos, ou estabelecimentos de relação entre variáveis (GIL, 2007).

A pesquisa de campo engloba o trabalho com fatos sociais que se dá pela observação do indivíduo no meio em que ele vive se caracterizando como uma pesquisa que envolve uma coleta de dados que pode ser realizada com entrevistas, questionários, protocolos verbais e outros (PRESTES, 2003).

A pesquisa qualitativa tem a propriedade de responder a questões particulares, no campo individual ou coletivo, abordando significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, com ênfase em um espaço mais profundo de relações (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras-PB, localizado no Alto Sertão Paraibano, a 477 km da capital João Pessoa. O referido município possui uma população de 58.446 habitantes, que residem numa extensão territorial de 565.899 Km², com densidade demográfica de 103,28 habitantes por Km² (IBGE, 2010).

O local de desenvolvimento do estudo foi a Central do SAMU Regional de Cajazeiras, situado na Rua Dr. José Moreira de Figueiredo, s/n, centro, Cajazeiras/PB. O serviço conta com 02 (duas) Unidades de Suporte Básico (UBS) e 01 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) para o atendimento das ocorrências, sendo que a corporação cobre 15 municípios da região, dentre estes: Cachoeira dos Índios, Bom Jesus, Triunfo, Santa Helena, São João do

Rio do Peixe, Divinópolis, Uiraúna, Poço Dantas, Santarém, Bernardino Batista, São José de Piranhas, Bonito de Santa Fé, Monte Horebe, Melancias e Carrapateira.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é o conjunto de elementos que possui algumas características em comum. Já a amostra é formada por uma parte da população, ou seja, um subconjunto, sendo através dele, que são estabelecidas ou estimadas as características de uma população (GIL, 2007).

O corpo de enfermagem é composto atualmente por 07 (sete) enfermeiros e 04 (quatro) técnicos de enfermagem, totalizando 11 profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional para o desenvolvimento das atividades.

A população do estudo foi composta pelos profissionais da equipe de enfermagem do SAMU, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: atuar no SAMU de Cajazeiras há 3 meses ou mais, encontrar-se na sede do SAMU no momento da entrevista, aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

A amostra foi constituída por 8 profissionais sendo 5 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), baseada num roteiro preliminar de perguntas, que aconteceram no mês de julho e agosto de 2014.

Entrevistas semi-estruturadas relacionam perguntas objetivas e subjetivas, no qual o entrevistado tem a oportunidade de relatar sobre a temática abordada. As perguntas devem ser previamente selecionadas pelo pesquisador. Durante a abordagem o entrevistador deve conduzir sua pesquisa de maneira informal, pare que o participante se sinta a vontade para discorrer sobre suas experiências (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram realizadas de forma individual, obtidas por um único pesquisador, gravadas e descritas após explicação dos objetivos e autorização dos profissionais por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

4.5. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A princípio foi solicitada uma autorização ao Coordenador do SAMU de Cajazeiras-PB, para realização da pesquisa, posteriormente levantou-se o quantitativo de profissionais que compõe a equipe de enfermagem que trabalham na instituição e se encaixem nos critérios de inclusão. Após este levantamento, o pesquisador solicitou a participação voluntária desses profissionais. Na ocasião, explicou-se os objetivos propostos e foi solicitado a assinatura no TCLE em duas vias, ficando uma com o profissional e a outra com o pesquisador. A partir desse momento, aconteceu a gravação e a anotação de observações da entrevista semiestruturada.

A análise dos dados qualitativos foi realizada tomando como referência a técnica denominada “Análise de conteúdo” de Laurence Bardin. Esta técnica conceitua-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2010).

Esta análise compreende uma técnica de pesquisa que busca compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção transparente de linguagem(CAREGNATO; MUTTI, 2006).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas desenvolvidas com seres humanos “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Não houve riscos de constrangimentos, físicos ou morais. Houve benefícios quanto ao conhecimento e discussão de tais informações para o meio acadêmico, profissional e a sociedade em geral.

O anonimato foi mantido durante toda a pesquisa e o enfermeiro poderá desistir de participar em qualquer momento, se caso desejar.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O SAMU é um programa instituído através da portaria 5.505 de 27 de abril de 2004, pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva e tem o objetivo de atender vítimas de acidentes que necessitam de atendimento rápido e especializado, o corpo profissional do serviço é composto por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que trabalham em ambulâncias denominadas USB e USA que são indicadas pelo médico regulador de acordo com a gravidade do chamado, informado pelo indivíduo por telefone através do número 192.

Após ouvir as entrevistas e, posteriormente transcrever as falas dos entrevistados, a fim de atender os objetivos da pesquisa, os dados foram agrupados em categorias de modo a torna-los mais compreensíveis, facilitando o entendimento do leitor.

As categorias que emergiram foram: Atendimento de maior estresse na percepção da equipe de enfermagem: Condições de trabalho no SAMU sob a ótica dos entrevistados, dificuldades vivenciadas durante o atendimento às emergências pelos profissionais de enfermagem: comportamento da equipe de enfermagem perante as ocorrências.

Para garantir um maior anonimato aos entrevistados, usar-se-á um pseudônimo para identifica-los. Sendo assim, os enfermeiros serão caracterizados como E01, E02,... e os técnicos de enfermagem como TE01, TE02 (...).

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram do estudo 08 profissionais sendo cinco (62,5%) enfermeiros e três (37,5%) técnicos de enfermagem. A amostra sugerida era a totalidade da equipe de enfermagem, porém com a utilização dos critérios de exclusão, dois enfermeiros se negaram a participar do estudo e um técnico de enfermagem não se encontrava na unidade no momento da entrevista.

A tabela 01 apresenta dados referentes ao sexo, idade e profissão dos entrevistados.

O estudo contou com a participação de 08 membros da equipe de enfermagem, sendo 05 do sexo feminino, totalizando 62,5% do total de entrevistados, contra apenas 37,5% participantes do sexo masculino. Isso condiz com o perfil histórico do gênero de profissionais de enfermagem, que tem em sua predominância mulheres.

Segundo Lopes; Leal (2005), a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e

aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo.

Este estudo encontrou resultados semelhantes à pesquisa realizada por Dutra (2013), intitulada Conduitas adotadas por profissionais do atendimento pré-hospitalar vítimas de acidente ocupacionais com material biológico em uma cidade do triângulo mineiro, visto que 69,2% dos participantes deste estudo eram do sexo feminino.

Tabela 01. Distribuição dos entrevistados referentes a sexo, idade, profissão.

CARACTERÍSTICAS DOS CANDIDATOS	Nº	%
SEXO		
Masculino	03	37,5%
Feminino	05	62,5%
IDADE		
23 - 27 anos	05	62,5%
28 – 32 anos	02	25%
33 - 37 anos	01	12,5%
PROFISSÃO		
Enfermeiro	05	62,5%
Técnico de Enfermagem	03	37,5%
Total	08	100

Fonte: Pesquisa Direta

Os entrevistados eram relativamente jovens, visto que a maioria se encontrava na faixa etária de 23 a 27 anos, correspondendo a 62,5% da amostra.

No estudo realizado por Gentil; Ramos e Whitaker (2008), verificava a capacitação de enfermeiros no atendimento pré-hospitalar, obteve resultado semelhante ao sexo, visto que 76% dos entrevistados eram do sexo feminino. Em relação à idade, os participantes encontravam-se na faixa etária de 40 a 44 anos (37,5%).

Foi questionado aos entrevistados há quanto tempo os mesmos atuavam na área de saúde e há quanto tempo os mesmos estavam no SAMU.

A tabela abaixo descreve os dados referentes a tempo de serviço dos entrevistados na área de saúde e no SAMU.

Tabela 02 - Dados referentes a tempo de serviço dos entrevistados na área de saúde e no SAMU.

Tempo de serviço	Na área de saúde	%	No SAMU	%
5 meses–3 anos	04	50	08	100
4 a 6 anos	03	37,5	-	-
7 a 9 anos	01	12,5	-	-
Total	08	100	08	100

Fonte: Pesquisa Direta

De acordo com o tempo de atuação profissional observou-se que quatro profissionais (50%) trabalhavam na área de saúde de 5 meses a 3 anos; , três (37,5%) de quatro a seis anos e um (12,5%) entre sete e nove anos. Já em relação ao tempo de serviço no APH contatou-se que a totalidade dos participantes trabalham a menos de três anos.

A maioria dos participantes da pesquisa iniciou sua carreira profissional no APH sem possuir experiências posteriores nesse tipo de serviço, e tiveram o ingresso imediato após o término do curso de graduação.

Para Andrade; Caetano e Soares (2000) denota o fato de que o profissional com maior tempo de formado possui um potencial maior de experiência podendo apresentar mais segurança no desempenho de suas funções.

Segundo Coutinho (2011), para que o profissional adquira a desenvoltura necessária na área de urgência e emergência é indicado que o mesmo possua no mínimo três anos de atuação na área. A falta de prática e capacitação insuficiente dos profissionais recém introduzidos no mercado de trabalho, caracteriza-se como situações negativas para o atendimento neste serviço (ROMANZINE; BOCK; 2010).

Vargas (2006) refere-se a necessidade de características e habilidades específicas do enfermeiro para sua atuação no APH móvel um fato preocupante, pois o conhecimento relativo ao APH móvel especificamente não está integrado no conteúdo das disciplinas curriculares dos cursos de enfermagem e a atenção dada à área é insuficiente.

O autor acima citado ressalta ainda que o bom funcionamento do APH móvel depende de maior atenção na formação do Enfermeiro, uma vez que a mesma, através de determinações legais, respaldadas pelos órgãos de classe é imprescindível para a prestação da assistência qualificada.

5.2. EXPOSIÇÃO DE RISCOS DURANTE O ATENDIMENTO DO SAMU

Esta categoria buscou verificar os principais riscos aos quais os profissionais estariam expostos durante o atendimento pré-hospitalar e pôde-se observar que os mesmos estão vulneráveis aos mais diversos riscos. O mais citado pelos entrevistados foi o risco biológico, presente em todos os tipos de atendimento. Relataram também os riscos físicos, psicológicos, ergonômicos, entre outros. Conforme observa-se nas falas abaixo:

“Sim, a gente é exposta a vários tipos, mais o mais comum é o biológico, devido o sangue num tem que a gente contato é, é químico e físico nem tanto mais o biológico é direto todo dia”. (E03)

“Sim, nós estamos frequentemente em risco né, é seja risco físico, biológico, o ergonômico, psicológico, estamos frequentemente se expondo, apesar que no dia a dia a gente começa a saber lidar como evitar um pouco o risco né (...) (E01)

Sim, muitos tipos de risco, somos expostos a vários riscos, como aqueles biológicos, físicos, ergonômicos, químicos, né isso? (TE 02)

Já sim, assim BR que a gente, risco de ser atropelado, por outro veículo e também de vítima também de agressão(...) o risco assim porque a gente trabalha com perfuro-cortantes e também as vezes devido o atendimento ser muito rápido ai não dá tempo você usar os equipamentos adequados, as vezes vem a ambulância em alta velocidade, você ta prestando atendimento as vítimas. (TE03).

A maioria dos profissionais soube identificar os riscos que estavam frequentemente expostos, fato importante, pois que estes sendo detentores do conhecimento podem utilizar os meios de proteção adequados para sua segurança, diminuindo os níveis de contaminação ou o a ocorrência de acidentes.

Os profissionais da saúde é uma população potencialmente vulnerável à exposição aos agentes microbiológicos devido ao contato direto e constante com opaciente, em especial a equipe de enfermagem do APH (CARVALHO; ESPÍNDOLA, 2010).

Existem riscos constantes para os profissionais do atendimento pré-hospitalar, sobretudo os acidentes biológicos devido às peculiaridades da ambulância com espaço

limitado, fechado, pouca ventilação, recirculação de ar, dinâmica dos movimentos do tráfego, trepidações como solavancos, propulsão do corpo pelas energias cinéticas decorrentes das acelerações ou desacelerações dos veículos, curvas acentuadas em alta velocidade, tipo de atendimento que envolve estresse decorrente da própria situação de emergência do quadro, necessidade de processos invasivos para manutenção da vida com muito mais rapidez, servindo todos esses vetores as lesões traumáticas e osteomusculares (SILVA, 2012).

No estudo realizado por Soerensen et al. (2009), sobre acidentes com material biológico em profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel, no interior paulista, revelou situações que contribuíram para ocorrência destes, como: emergência (46,4%), agitação do paciente (28,6%), operações de resgate (25%), distração (21,4%), estresse (17,9%) e grande volume de material biológico potencialmente contaminado (14,3%).

Em um estudo realizado por Zapparoli; Marziale (2006), intitulado Risco Ocupacional em Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergência, encontrou resultados semelhantes, visto que todos os trabalhadores da APH identificaram como fator de risco a possibilidade de adquirir infecções no trabalho. A maioria dos trabalhadores identificou a ocorrência de acidentes automobilísticos (90%), agressões morais (92,5%), agressões físicas (90%), risco de adoecimento pelo trabalho (92,5%), falta de material disponível para execução da tarefa (75%), risco de acidente com material perfuro-cortante (72,5%), temperatura ambiental elevada (67,5%), elevada carga mental dispendida (67,5%), nível de ruído elevado (62,5%) e elevada carga física dispendida (62,5%).

Dentre os riscos ergonômicos encontram-se os frequentes levantamentos de peso, tanto relativos aos pacientes quanto a equipamentos, e a postura inadequada na realização de procedimentos que exijam maior esforço e/ou flexão da coluna vertebral. Entre os psicossociais estão àqueles originados pelo contato com o sofrimento dos pacientes, com a morte, estresse e ritmo de trabalho (ROCHA; MARZIALE; ROBAZZI, 2004).

5.3. ATENDIMENTO DE MAIOR ESTRESSE NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SAMU

Foi questionado aos participantes da pesquisa qual o atendimento que os mesmos caracterizariam como mais estressante e por que. Foi observado que a parada cardiorrespiratória (PCR) foi citada quase pela totalidade dos participantes como o atendimento mais estressante e mais complicado. Foram citados também o atendimento pediátrico e os traumas como atendimento estressante para toda a equipe. Conforme observa-se nas falas abaixo:

“Os mais estressantes (...) vou dizer assim, são os traumáticos, (...) e os casos de paradas cardíacas né que é a gente tem é maior demanda, seja física questão de pensamento crítico e aquela correria né, a gente tem que atender o paciente, monitorizar, é administrar medicamento e fazer tudo naquela mesma hora naquele mesmo momento, não com pressa mais sim com agilidade(...)”. (E01)

“O mais estressante é a PCR né a parada porque tem que ser ágil, coisa rápida num tem, tem que tá tudo preparado, então (...) enquanto menor tempo você é conseguir fazer o atendimento é, (...) chance maior de, de trazer a vida tendeu do paciente”. (E03)

“Olhe eu diria que o mais estressante é uma parada cardiorrespiratória, muito mais do que um acidente até, (...) a parada é mais estressante porque você já sabe que ali o atendimento tem que ser rápido, tem que ser focado, sincronizado e não pode haver erro pra não perder tempo”. (E04)

“Pra mim é o atendimento pediátrico, principalmente se for trauma pediátrico, porque além da gente tentar acalmar e ainda ganhar a confiança da criança, a gente tem que fazer isso com o cuidador né, com a mãe ou com quem seja o responsável, então o ambiente é por ser criança, a questão emocional de quem tá ao redor é sempre mais estressante né (...)”. (E07)

A PCR caracteriza-se como uma situação de emergência com os índices para morbidade e mortalidade muito elevados, quando diagnosticada deve iniciar-se imediatamente as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), tendo em vista que quanto mais tempo o paciente passa sem o atendimento maior podem ser as consequências (BARROSet al., 2013).

Cristina (2006), afirma que a PCR é um momento de intenso estresse para os familiares das vítimas e, também, para os profissionais de saúde, sendo que a chance de sobrevivência está vinculada a uma intervenção rápida e competente, com a finalidade de retorno dos sinais vitais.

A autora acima citada ressalta ainda que a PCR é uma das situações mais temidas pelos profissionais de saúde, por se tratar de uma situação altamente estressante e que pode ocasionar pânico confusão, representando uma corrida contra o tempo.

Para atendimento eficaz e seguro os profissionais devem permanecer atentos ao diagnóstico precoce de PCR e obter o preparo e conhecimento suficientes para implementar as condutas de reanimação de maneira rápida e eficiente, visto que, que a falta de agilidade e conhecimento da equipe contribui negativamente na sobrevida e recuperação das vítimas (SILVA, 2006).

Para Tacsí; Vendruscolo (2004), no atendimento à criança, além do comprometimento físico e vital que a acomete, não se pode esquecer a carga emocional, o sofrimento e a dor dos pais, fatos que geram tensão e angústia no ambiente de atendimento.

De acordo com Netoetal. (2011), as emergências pré-hospitalares pediátricas representam pequena parte dos chamados aos serviços de emergência estando entre 5 a 10% dos atendimentos. O autor relata ainda que os principais motivos de acionamento do serviço são resultantes de acidentes, como: atropelamentos, quedas, convulsões, crises de asma, bronquites, pneumonias e outras.

Os profissionais atuantes nos serviços de saúde devem possuir conhecimentos e habilidade prática para promover adequadamente a assistência, se estes profissionais não possuem os conhecimentos científicos necessários, no momento em que são solicitados pra determinada ocorrência e não sabem desenvolver as condutas referentes ao caso, com certeza os níveis de estresse vão aumentar por conta do despreparo profissional. Principalmente quando oferecem risco iminente de morte a vítima.

5.4. CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SAMU SOB A ÓTICA DOS ENTREVISTADOS

Esta categoria buscou analisar se o serviço do SAMU dispunha de materiais e recursos suficientes para a realização de um bom atendimento e pode-se observar que a maioria dos participantes demonstra satisfação em relação aos recursos disponíveis. Conforme se observa nas falas abaixo:

“Sim, a gente é dispõe de materiais suficientes para prestar um bom atendimento, é aquilo que a gente diz é juntar o útil ao agradável, quando a gente tem um bom material e com profissionais a gente consegue ter uma assistência boa (...)” (E01).

“Na medida do possível sim, por que assim é, a gente disponibiliza aqui no serviço todos os equipamentos pra nossa proteção, no caso seria os epi's né, e assim de acordo com cada atendimento tem uma parada, a gente tem materiais suficientes pra, para esse tipo de parada, então assim de acordo com, os trabalho que a gente desenvolve aqui no SAMU é, é ele, o serviço disponibiliza sim (...)” (E02).

“É sim, porque a gente tem é materiais aqui de alta tecnologia, é quando falta algum material é rapidamente a coordenação, é, corre atrás entende? Não deixa faltar por muito tempo, por exemplo, na USA a gente tem, dispõe de todos é aparelho, ventilador, o desfibrilador, o DEA, todos os materiais para intubação, medicação a gente tem todas as medicações de parada, não, não falta” (E03).

O discurso da maioria dos enfermeiros confirma que o serviço dispõe de uma boa estrutura física e os materiais necessários para que seja oferecido aos pacientes um atendimento qualificado. Sabe-se que além do aperfeiçoamento pessoal e profissional é preciso que a equipe tenha acesso a equipamentos e medicação que favorecem a prestação de cuidados adequado seja qual for a situação.

Em um estudo realizado na cidade de Fortaleza com a equipe do SAMU, apresentou resultados contrários, visto que os participantes da pesquisa afirmam que a estrutura do atendimento APH e os recursos/materiais disponíveis são insuficientes. Porém, relataram que este fator não prejudica a prestação da assistência fornecida por parte da equipe. Dando uma ideia de contrariedade, visto que para um bom atendimento o serviço deve dispor de bons recursos materiais e humanos (SILVA et al., 2009).

Para o Ministério da Saúde, os serviços de APH devem possuir profissionais bem capacitados que sejam capazes de prestar o atendimento adequando nas diferentes situações do cotidiano. Além disso, é essencial que o serviço disponibilize estrutura física e recursos materiais suficientes favorecendo melhor prestação da assistência (BRASIL, 2002).

É indiscutível o fato de que, para um atendimento de qualidade os serviços de saúde, seja ele qual for deve oferecer a seu corpo profissional uma boa quantidade e variedade de materiais que possam ser utilizados nas mais diferentes situações, possibilitando assim uma assistência segura e eficiente.

5.5. DIFICULDADES VIVENCIADAS DURANTE O ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Esta categoria se refere às principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais durante os atendimentos de emergência. Diante dos dados obtidos, foi possível observar que uma boa parte dos entrevistados, se referiam às questões de cunho psicológico e emocional, como pode ser observado através das falas:

“(...) é a questão do psicológico que a gente sempre tenta manter o equilíbrio (...) nosso, que na hora a gente não pode demonstrar né, na hora a gente devido a adrenalina, devido a correria da hora a gente muita das vezes no paciente traumatizado, politraumatizadoas vezes a gente não reconhece na hora o paciente mais depois a gente reconhece e bate o sentimento humano, aquela toda... vivencia tudo aquilo.” (E01).

“Olha agora não, mais no inicio era a parte emocional mesmo. Porque como eu disse a tu, como tu tem que ser rápido, você as vezes deixa

passar algumas etapas que são muito importantes, ta entendendo? Então eu acho que é isso” (E04).

No cotidiano dos serviços de APH a equipe está em constante contato com situações extremas que envolvem a vida e a morte, isso pode ocasionar o aumento dos níveis de estresse psicológico, devido a carga emocional e a exigência física que a maioria dos atendimentos exigem destes profissionais (FERREIRA; BEZERRA; CASSEB, 2012).

O trabalho nos serviços de APH incluem a luta diária contra a morte, exigindo esforços e competências da equipe para que a vida vença. Neste ambiente, tudo deve acontecer harmoniosamente, tanto o processo de trabalho integrado da equipe, quanto a existência de materiais/equipamentos adequados, visando segurança e bem-estar do paciente. Quanto maior for a incerteza se determinado evento significativamente vai ocorrer ou não, maior a capacidade de gerar sentimento de ameaça aos profissionais que atuam nos referidos serviços (STUMM et al., 2008).

O cenário de urgência e emergência é caracterizado pela grande demanda de pacientes com risco iminente de morte, ocorrências de natureza imprevisível, longas jornadas de trabalho, pressão de chefia, cobrança de familiares e tempo reduzido para prestação da assistência. Em algumas situações, até a segurança da equipe é colocada à prova, por exemplo, em ocorrências de agressão física sem o apoio da Polícia Militar, gerando situações de ansiedade e crescente estresse ocupacional (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

A falta de capacitação de alguns membros, foi citado por alguns entrevistados como algo que dificultava muito o atendimento, como observa-se:

“(...) eu observo também assim a falta de capacitação de alguns membros da equipe e, é essa educação continuada devia ser, ser, ser um, um, um protocolo né, pra quem trabalha principalmente no trabalho de urgência e emergência que é o SAMU.” (E02).

“É a dificuldade é, as vezes é na equipe por que? Porque tem profissional que ainda não é capacitado entendeu? Ai eles não capacita e coloca, ai as vezes atrapalha no atendimento, tendeu? Que tem determinados atendimentos que a equipe tem que ta organizada, ai a dificuldade maior é essa.” (E03).

A capacitação é o processo de desenvolver qualidades nos recursos humanos para habilitá-los a ser mais produtivos e contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais. Tem o propósito de aumentar a produtividade dos indivíduos em seus cargos, influenciando no comportamento deles, "a fim de produzir uma mudança relativamente

permanente em um individuo e melhorar sua capacidade de desempenhar um cargo" (CHIAVENATO, 2004).

Atuar em APH requerelevada exigência em termos de performance, incluindo conhecimento específico, habilidades e destrezas na execução de técnicas, na qual o fator tempo é crucial para a assistência. Estes fatores, se associados a uma equipe com profissionais despreparados para assumir tais funções, pode interferir negativamente na assistência ao paciente (STUMM et al., 2008).

A educação continuada é indispensável no processo de formação e qualificação dos profissionais (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008). Observando-se que a área de saúde a cada dia possui a descoberta de novas teorias e técnicas é necessário que os profissionais procurem essa atualização para melhor desempenho de suas atividades.

Para Divino; Pereira e Siqueira (2009), ainda que tenha formação profissional básica voltada para a área da saúde, a otimização do atendimento depende da aquisição e do desenvolvimento de determinadas habilidades, de destreza manual, de técnicas de realização de procedimentos, mas, sobretudo, de uma preparação para o cenário que irá encontrar e para as dificuldades prováveis que surgirão. Simulações de situações são indispensáveis para que o profissional tenha uma noção mais clara daquilo com o que vai deparar e estar preparado técnica, física e psicologicamente para enfrentar as adversidades do cenário do seu cotidiano.

O autor acima citado ressalta ainda que os profissionais devem saber que as situações que vão enfrentar são diferenciadas, individualizadas, peculiares e que cada cena presenciada poderá provocar diversos efeitos psicológicos. Daí a importância de prepará-lo apresentando o que poderão encontrar e municiá-los de suporte psicológico para minimizar os efeitos nocivos que possam ser desencadeados pelo tipo de atendimento a ser prestado. Esse preparo poderá beneficiar não apenas o desempenho das funções em relação à vítima, mas, também, aumentar a qualidade de vida do próprio profissional da saúde que trabalha no APH móvel.

5.6. COMPORTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE A OCORRÊNCIA.

Foi questionado se os entrevistados percebiam alguma alteração física ou emocional durante um chamado, e observa-se que a sua totalidade sentimentos como ansiedade, estresse, medo, aumento na adrenalina, foram citados pelos mesmo, conforme observa-se:

“Sim porque nunca a gente sabe, a gente sempre vai se deparar com uma situação diferente, a gente nunca sabe o que vai se deparar, as vezes eu já fico com aquela ansiedade né, de saber o que é que vem pela frente, ai meche com o psicológico da gente.” (TE03).

“(...) eu sinto assim tipo uma ansiedade, assim como vai ser aquele atendimento com aquele paciente é tenho medo também muitas vezes porque, principalmente quando a gente vai fazer atendimento a um paciente que é no presídio, atendimento ao paciente que é que precisa da necessidade de chamar a PM tem esse medo, ai outra situação emocional é a alegria quando a gente atende que o paciente agradece muito nosso atendimento, a gente faz de tudo pra salvar o paciente, quando pega uma parada cardíaca e tem êxito, ai dá uma alegria né, ai são varias as situações que a gente passa.” (TE02).

“(...) quando é com criança, assim, normalmente a gente fica um pouco mais atenta, um pouco mais estressada, no momento que eles passam qual é, o, o, a ocorrência, a natureza da ocorrência.” (E07).

Os serviços de emergência não possuem um cotidiano, todo dia é uma nova experiência para os trabalhadores que atuam nessa área, estes estão vulneráveis a qualquer tipo de exposição já que ao saírem pra prestar o atendimento não tem a noção real do que podem encontrar ao chegar o local da ocorrência, sendo natural do ser humano possuir o medo do desconhecido.

A ansiedade mantém-se fisiologicamente presente e carrega consigo o sentimento do medo, sua sombra inseparável. Fazem parte da natureza humana certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva de sofrimento, como no caso do atendimento pré-hospitalar (CRISTINA, 2006).

O estudo realizado por Mendes; Ferreira e Martino, (2011) constatou que ocasiões cotidianas e inesperadas dos serviços de urgência podem acarretar sentimentos de medo, ansiedade, tensão ou até mesmo ameaça, ao passo que exige do profissional equilíbrio emocional, raciocínio lógico, agilidade e destreza, se caracterizando como um estressor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ministério da saúde observando o aumento do número das ocorrências de urgência e emergência do país e identificando este como sendo um problema de saúde pública, depois de inúmeras tentativas e remodelação de modelos existentes pra o atendimento as urgências no ano de 2004 de acordo com o decreto 5.505 foi instituído o SAMU em municípios do território nacional com acesso gratuito através do número 192. Esse serviço conta com transportes para a prestação de SBV e SAV, cada um composto por uma equipe de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor socorrista.

O estudo contou com a participação de 08 membros da equipe de enfermagem, sendo 05 do sexo feminino, totalizando 62,5% do total de entrevistados, contra apenas 37,5% participantes do sexo masculino. Os entrevistados eram relativamente jovens, visto que a maioria se encontrava na faixa etária de 23 a 27 anos, correspondendo a 62,5% da amostra.

Os principais riscos aos quais os profissionais estavam expostos durante o atendimento pré-hospitalar, foram o risco biológico, presente em todos os tipos de atendimento. Relataram também os riscos físicos, psicológicos, ergonômicos, risco de agressão, de acidentes, entre outros.

O atendimento considerado mais estressante pela equipe de enfermagem foi a parada cardiorespiratória, já que estas possuem risco eminente de morte, seguida pelo atendimento pediátrico e os traumas.

O discurso da maioria dos enfermeiros confirma que o serviço dispõe de uma boa estrutura física e os materiais necessários para que seja oferecido aos pacientes um atendimento qualificado.

As principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem são de cunho emocional, apresentando alto nível de ansiedade e receio por não saber do que se trata o chamado. A falta de capacitação de alguns membros da equipe também foi citada como um entrave no atendimento, prejudicando a qualidade da assistência.

Para melhoria dos conhecimentos científicos e práticos da equipe faz-se necessária a educação continuada que não está presente no estabelecimento de realização do estudo.

Concluiu-se que a enfermagem vivencia, diversos sentimentos e emoções no APH que permeiam as situações vivenciadas durante a assistência. Vale destacar a importância da capacitação profissional, visto que mesmo o serviço dispondo de recursos materiais suficientes, se a mão de obra não souber utilizá-los a assistência estará completamente comprometida. É perceptível também a necessidade de apoio psicológico a essa classe

profissional, pois apesar de eles estarem prontos para o atendimento, possuem os sentimentos humanos que se não entendidos e trabalhados vão levar os profissionais a deixarem suas atividades por despreparo emocional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.L.; CAETANO, J.A.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev. RENÉ**. Fortaleza, v.1, n.1, p. 91-97, jan/jul. 2000.

AZEVEDO, A.L.C.S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de emergência traumática**. 2010. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

AZEVEDO, T.M.V.E. **Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde**. 2002. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, A.G.; EMIDIO, S.C.D.; ESTRELA, F.R.; BATISTA, L.P.; CARMO, A.F.S. **Avaliação das condutas do enfermeiro (a) frente à parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar**, 2003. Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/119540.E8.T3542.D4AP.pdf>. Acesso em: 05 julho 2014.

BEZERRA, F.N.; SILVA, T.M.; RAMOS, V.P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**. 25(Número Especial 2):151-6. Recife, 2012

BONI, V.; QUARESMA, S.J.; Apendendo a entrevistar: como fazer entrevista em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2, n. 1, p. 68-80. Janeiro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.601, de 07 de julho de 2011**. Brasília 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em 24 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008**. Brasília 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2922.htm>. Acesso em 24 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. 3. ed. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%2oNacional.pdf>. Acesso em 22 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.125 de 7 de dezembro de 2006**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3125.htm>. Acesso em 24 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 5.055 de 27 de abril de 2004.** Brasília, 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm. Acesso em 24 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.657/GM em 16 de dezembro de 2004.** Brasília, 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2657.htm>. Acesso em 24 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA MS/GM N° 2.420, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2004.** Brasília. 2004c. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3257&tipo=PORTARIA&orgao=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20/%20Gabinete%20do%20Ministro&numero=2420&situacao=VIGENTE&data=09-11-2004>. Acesso em 24 de Julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1863/GM Em 29 de setembro de 2003.** Brasília, 2003a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. Acesso em 21 de julho 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1864/GM Em 29 de setembro de 2003.** Brasília, 2003b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>. Acesso em 23 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2072/GM EM 30 DE OUTUBRO DE 2003.** Brasília, 2003c. disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2072.htm>. Acesso em 24 de julho 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM em 5 de novembro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em 21 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 814/GM Em 01 de junho de 2001.** Brasília 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-814.htm>. Acesso em 21 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 479/MS, de 15 de abril de 1999.** Brasília, 1999a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/31ecda8047458b54951cd53fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+479-1999.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 23 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 824/GM Em, 24 de Junho de 1999.** Brasília, 1999b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0824.html>. Acesso em 21 de julho 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.923, de 9 de Junho de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2923.htm>. Acesso em 23 de julho 2014.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de uma serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 46, mar. 2010.

CAMPOS, R.M.; FARIAS, G.M.; RAMOS, C.S.; Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n,3,p. 647-57, 2009.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm.** out – dez; 15(4): 679-84. Florianópolis, 2006.

CARVALHO, M.A.; ESPÍNDULA, B.M. A importância do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH): Revisão Bibliográfica. **Revista Eletronica de enfermagem**,2010. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>>. Acesso em 26 de Ago de 2014.

CHIAVENATO I. **Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

CORDOBA, E. **SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. São Paulo: Rideel, 2011.

COUTINHO, K.C. **Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar**. Porto Alegre, 2011.

CRISTINA, J.A. **Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorespiratória**. 2006. Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CRISTINA, J.C. *et al.* **Humanização da enfermagem dentro da equipe da Unidade de Suporte Avançado (USA) durante os atendimentos de emergência e urgência**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. v.3, n. 1,. Dez. 2010.

DIVINO, E.A.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. **Rev. Min. Enferm.**13(3): 358-364, jul-Set, 2009.

DOLOR, A.L.T. **Atendimento pré-hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos-legais**. São Paulo, 2008.

DUARTE, B.R.A.; FREITAS, D.M.; SANTANA, J.C.B.; RODRIGUES, L.G.;MATOS, R.A. Atendimento Pré-Hospitalar: Percepção de docentes de enfermagem diante do atendimento com múltiplas vítimas.**RevEnferm UFPE**. 2009.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde Soc.** v.18, n.4, p. 620-626, São Paulo, 2009.

- DUTRA, C.M. **Condutas adotadas por profissionais do atendimento pré-hospitalar vítimas de acidente ocupacional com material biológico em uma cidade do triângulo mineiro**. 2013. Dissertação de mestrado (Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- FERRARI, D. História da ambulância. **Revista Intensiva**. 2006.
- FERREIRA, J.V.B.; FERREIRA, S.M.B.; CASSEB, G.B. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. **Rev. Bras. Cardiol.** 2012;25(6):464-470.
- GENTIL; R.C.; RAMOS; L.H.; WHITAKER; I.Y.; Capacitação de enfermeiros no atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; 16(2):192-197. Março-abril, 2008.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 04 de jun. de 2014.
- LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C.; **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira**. Cadernos pagu (24). p. 105-125. Porto Alegre, 2005.
- MAHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYEN, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**. v. 45, n. 3, p. 522. 2011.
- MARQUES, A.M.A.; **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. Fortaleza, 2013.
- MARTINEZ, M; NITSCHKE, C. **Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas**. In: SANTOS, J. S. (Org.). Sistema de Urgência e Emergência de Ribeirão Preto e região. Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP, 2001.
- MARTINS, P.P.S. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros e das Políticas de Saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2004.
- MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 56(1):71-75, 2003.
- MENDES, S.S.; FERREIRA, L.R.C.; MARTINO, M.M.F. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. **Estudos de Psicologia** 28(2), 199-208, abril-junho, Campinas, 2011.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1877-86, ago. 2008.

NETO, P.; PEDRO, N.; CERQUEIRA, A.; NETO, P.F.; FÉLIX, L.; BICHO, A.; URBANO, J. Emergências pediátricas pré-hospitalar: experiência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação. **Acta Pediatr Port**. 2011;42(5):215-9. 2011.

PRADO, M.L.; MARTINS, P.P.S. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.71-75, jan-fev, 2003.

PRESTES, M.L.M. **A pesquisa e a construção do conhecimento do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola a acedemia**. 2ª ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. maio-jun; 58(3):355-60, 2005.

ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Mai/jun, 2004.

ROMANI, H.M.; *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. p. 43, 2009.

ROMANZINE; E.M.; BOCK, L.F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(2):[08 telas] mar-abr, 2010.

SILVA, A.P.S.N.; **Exposição a riscos ocupacionais na visão da equipe de enfermagem do SAMU**. 2012. Monografia (Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

SILVA, E.A.C.; TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, J.T.; BRASIL, V.V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista eletrônica de Enfermagem**. 2010

SILVA, J.G; VIEIRA, L. J. E. S; PORDEUS, A. M. J; SOUZA, E. R. GONÇALVES, M. L. C. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Rev. bras. epidemiol.** vol.12 n.4 São Paulo. 2009.

SILVA, A.R. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, M.F; CONCEIÇÃO, F.A; LEITE, M.M.J; **Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem**. **O mundo da saúde**.32(1):47-55. Silva, 2008.

SOERENSEN, A.A.; MORYA, T.M.; SOERENSEN, R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Atendimento Pré-hospitalar móvel: fatores de risco ocupacionais. **Revista de Enfermagem da UFRJ**. v.17, n.2, p.234-239, abr-jun, Rio de Janeiro, 2009.

STURMM, E.M.F.; OLIVESKI, C.C.; COSTAS, C.F.L.; KIRCHER, R.M.; SILVA, L. A.A. Estressores e *coping* vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **CogitareEnferm**. 13(1):33-43. Jan-Mar, 2008.

TACSI, Y.R.C.; VENDRUSCOLO, D.M.S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**. 12(3):477-84. maio-junho, 2004.

THOMAZ, R.R.;LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré – hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enferm**. 13(3): 59-65, 2000.

VARGAS, D. Atendimento Pré-Hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de Enfermagem**. v.25 (1), p. 38-43, São Paulo, 2006.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências.**Rev Bras Enferm** . 59(1): 41-6. Jan-Fev, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURAD.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJETOS DA PESQUISA

Sexo:

Idade:

Profissão:

Há quanto tempo trabalha na área de saúde:

Há quanto tempo trabalha no SAMU:

1. Diante de um atendimento, você já foi exposto a algum tipo de risco? Fale sobre isso.
2. Diante dos atendimentos realizados, qual o que você caracterizaria como estressante? Por quê?
3. Você acredita que o serviço dispõe de matérias e recursos suficientes para realização de um bom atendimento?
4. Fale sobre as principais dificuldades vivenciadas por você no atendimento as emergências?
5. Diante de um chamado você percebe alterações físicas e ou emocionais em você? Como elas se manifestam e quais são as mais frequentes?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo de consentimento livre esclarecido tende a respeitar às exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde (MS) que regulamenta a pesquisa em seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

O senhor (a) está sendo convidado para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “**Desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O interesse pela realização desse estudo surgiu a partir da afinidade pessoal da pesquisadora com a temática abordada durante as aulas práticas na disciplina de Noções em Primeiros Socorros além do fato da mesma trabalhar em uma empresa que realiza cursos de capacitação em APH. Este estudo torna-se importante visto que pacientes que recebem um atendimento eficiente e de qualidade no APH aumentam significativamente as chances de um bom prognóstico como também favorece a diminuição nas taxas de agravos a saúde e possíveis sequelas portanto, é necessário que a equipe esteja apta capacitada profissionalmente e psicologicamente para desempenhar suas ações com segurança e eficiência. O procedimento de coleta dos dados da pesquisa se dá por meio de entrevistas realizadas através de um questionário aplicado à profissionais pertencentes a equipe de enfermagem lotados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência que estejam no serviço a pelo menos 3 meses e que demonstrarem interesse em participar da pesquisa.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Na realização dessa pesquisa não existe riscos físicos, entretanto, pode gerar desconforto em decorrência de dúvidas em relação as

atividades relacionadas ao tema. Como benefícios podemos destacar a importância de novas pesquisas acerca do tema em questão que possam subsidiar outras posteriormente, além de contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de realizar diagnóstico específico, e sim identificar fatores gerais da população estudada. Além disso, como no questionário não há dados específicos de identificação, a exemplo de nome, CPF, RG, dentre outros, não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser fornecidos apenas para o Sr.(a). Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr.(a), ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível danodecorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não há nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora **Maria Aparecida Vieira Diniz** certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante através do telefone: (83) 96340128 e e-mail: aparecida_diniz2007@hotmail.com ou a professora orientadora **Olga Feitosa Braga Teixeira**, docente Universidade Federal de Campina Grande, através do e-mail:

olgafeitosa@hotmail.com Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras – Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83)3531-2722.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

		/ /
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
		/ /

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
		/ /

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

ANEXO B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Rua: Dr. José Moreira de Figueiredo

CNPJ: 08.923.971/0001-15

DECLARAÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu Fernanda Albuquerque Pereira, Coordenadora da equipe de enfermagem do SAMU/Cajazeiras – PB autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “DESAFIOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA”, que será realizada com abordagem qualitativa, no referido Centro no período de julho a agosto de 2014, tendo como pesquisadora Maria Aparecida Vieira Diniz, portadora do RG: 50.043.262-4, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus, Cajazeiras – PB.

Cajazeiras, _____ de julho de 2014.

Fernanda Albuquerque Pereira
Coordenadora da equipe de enfermagem SAMU/Cajazeiras – PB

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – PESQUISADOR
RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)

Eu, **OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA**, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), responsabilizo-me pela orientação de **MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 27 de maio de 2014.

OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA

Pesquisador Responsável

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – PESQUISADOR
PARTICIPANTE



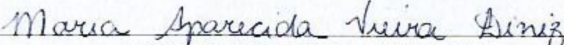
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)

Eu, **MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Esp. **OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Desafios vivenciados pela equipe de enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 26 de maio de 2014.



MARIA APARECIDA VIEIRA DINIZ
Pesquisador Participante