

FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM

RONE CARLOS CLEMENTINO

A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

PATOS DE MINAS
2009

RONE CARLOS CLEMENTINO

**A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

**Monografia apresentada a Faculdade
Patos de Minas como requisito parcial
para a conclusão do curso de
enfermagem.**

**Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando
Dall' Piaggi**

**PATOS DE MINAS
2009**

616-083.98
C626q

CLEMENTINO, Rone Carlos
A qualificação do enfermeiro no atendimento
pré-hospitalar / Rone Carlos Clementino. –
Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall’
Piaggi. Patos de
Minas: [s.n.], 200.
43 p.

Monografia de Graduação – Faculdade
Patos
Patos de Minas
Curso de Bacharel em Enfermagem.

1. Enfermeiro. 2. Atendimento pré hospitalar. 3.
Qualificação.

Fonte: Faculdade Patos de Minas - Biblioteca

RONE CARLOS CLEMENTINO

A QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Monografia aprovada em ____ de ____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientadora: _____
Prof^o.
Faculdade Patos de Minas - FPM

Examinador: _____
Prof^a
Faculdade Patos de Minas - FPM

Examinador: _____
Prof^a
Faculdade Patos de Minas – FPM

Dedico este trabalho a Deus que me concedeu a inteligência necessária para a sua execução. Sem Ele nada seria possível e nada se realizaria. Aos meus pais e aos meus irmãos. A minha esposa Kênia, pelo incentivo, carinho, amor, companhia e, acima de tudo, por entender a minha ausência. Obrigado por me ajudar a transformar meus sonhos em realidade.

AGRADECIMENTO

Expresso o meu agradecimento a todos que contribuíram de uma forma direta ou indireta para a realização desse trabalho e de forma especial a Deus pelo dom da vida, pois sem Ele esse trabalho não seria realizado.

Ao Professor Esp. Luiz Fernando Dall’Piaggi meu orientador pela competência e disponibilidade.

A meus familiares, especialmente aos meus pais e irmãos pelo apoio e compreensão.

A minha esposa pela paciência e compreensão de minha ausência.

Aos meus colegas com quem dividi alegrias e tristezas durante o curso, com certeza ficaram guardados no meu coração, Aos colegas que me acolheram nas horas de dificuldades.

A nossa professora de TCC Ms. Luciana de Araújo Mendes Silva pela competência, disponibilidade, paciência e compreensão durante todo o período de elaboração desse trabalho.

Aos componentes da banca de defesa pelas sugestões e correções enriquecedoras incorporadas ao nosso trabalho.

Muito Obrigado!

*“Foi o tempo que perdeste com a tua
rosa, que fez a tua rosa tão importante.”*

Antoine Saint Exupéry

RESUMO

O serviço de atendimento pré-hospitalar é um componente importante da assistência à saúde já que, em uma situação de urgência/emergência as pessoas nessas condições demandam respostas rápidas e adequadas às suas necessidades imediatas, permitindo atendimento de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica, obstétrica e pediátrica, possibilitando maiores chances de sobrevivência e a diminuição das seqüelas incapacitantes. Os acidentes de trânsito resultam em conseqüências para a sociedade gerando gastos provenientes tanto dos custos do atendimento pré e intra-hospitalar para recuperação e/ou reabilitação da vítima quanto do comprometimento da capacidade deste indivíduo para o trabalho. A atual pesquisa tem como objetivo mostrar a importância da qualificação, capacitação do enfermeiro para atuar no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência que é sem dúvida de muita relevância para todos, visando um atendimento de alta qualidade para minimizar possíveis seqüelas e óbitos. A pesquisa é de nível prospectivo descritivo de ordem qualitativo, desenvolvido no período de fevereiro a novembro de 2009. A metodologia adotada foi através de revisão bibliográfica, utilizando-se livros, revistas, internet e artigos, que visa analisar a qualificação do enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Identificou-se a necessidade de integração de vários profissionais de saúde especializados em atender clientes em situação de emergência, em função do ritmo frenético e constante de trabalho. As equipes de trabalho precisam ser coesas, e ter clara a noção de complementaridade. Os próprios enfermeiros que querem trabalhar ou que trabalham, no atendimento pré-hospitalar, precisam estar aptos e conscientes da necessidade de se reciclar sempre, já que seu trabalho pauta-se no fato de que suas intervenções têm importante função na manutenção da vida.

Palavras chave: Enfermeiro. Atendimento Pré-Hospitalar. Qualificação.

ABSTRACT

The pre-hospital service care is an important component of health assistance since, in an urgency/emergency situation people in these conditions demands quick and appropriate actions to their immediate necessities, allowing attendance of clinical, surgical, traumatic, psychiatric, obstetric and pediatric nature, making possible better possibilities of surviving and lowering the incapacitating sequels. The traffic accidents result in consequences for society generating expense, proceeding not only from pre-hospital and hospital care but also from the victim recovery and commitment of the capacity of this individual for working. The present study has, as objective show the importance of qualification, capacitation of nurses to work in pre-hospital care attendance of urgency and emergency, which is without a doubt of much relevance for everyone, aiming a high quality attendance to minimize possible sequels and deaths. It's a prospective, descriptive and qualitative study, developed february to november of 2009. The methodology was adopted from bibliographic review, using textbooks, internet and scientific articles, aiming the analysis of qualification of nurses that work in pre-hospital care attendance of urgency and emergency. A necessity of integration of different health professionals specialized on working with clients on emergency situation was identified, in order of the frenetic rhythm and constant work. The working teams needs to be cohesive, and to have a clear notion of complementation. Nurses, who want or work at pre-hospital care attendance, need to be capable and self known of the constant necessity of continuous education, ever since their work is based on the fact that their intervention has importance on maintaining life.

Keywords: Nursing. Pre-hospital care. Qualification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	-	Advance Cardiac Life
APH	-	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	-	Advanced Trauma Life
BLS	-	Basic Life Support (Suporte Básico de Vida)
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
CRAPS	-	Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo
MAST	-	Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma
PDIC	-	Professional Diving Instructors Corporation
PHTLS	-	Prehospital Trauma Life Support (Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado)
RCP	-	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	-	Suporte Avançado à Vida
SBV	-	Suporte Básico à Vida
SUS	-	Sistema Único de Saúde
USA	-	Unidade de Suporte Avançado
USB	-	Unidade de Suporte Básico
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 HISTORIA GERAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	13
1.1 Historia do atendimento pré-hospitalar do Brasil.....	14
1.2 Aspectos legais.....	18
2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	21
2.1 Medidas a serem tomadas no local do acidente.....	25
2.2 Cuidados no primeiro atendimento ainda no local do acidente.....	26
2.3 Perfil e formação do enfermeiro para atuar no atendimento pré-hospitalar.....	27
3 A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	30
3.1 Definição de qualidade.....	34
3.2 Percepção da qualidade.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por meta ressaltar a relevância da qualificação do enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar (APH) de urgência e emergência visando um atendimento de alta qualidade para minimizar possíveis seqüelas e óbitos.

Atendimento pré-hospitalar é toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas (LOPES; FERNANDES, 1999).

O Atendimento Pré-Hospitalar tem sido objeto de atenção da sociedade como um todo, como se pode perceber através da mídia e, particularmente junto aos profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento. Também os órgãos governamentais têm se preocupado em organizar melhor esse tipo de atenção à saúde, tornando este modelo um assunto debate constante em todos os meios (RAMOS; SANNA, 2005).

De fato, o fenômeno da violência no trânsito afeta de diversas formas a sociedade, bem como a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde. Além disto, produz um impacto sobre os indicadores de saúde e absorve recursos que poderiam ser direcionados para ações preventivas (VERONESE; OLIVEIRA; SHIMITZ, 2006).

De acordo com Rodvalho (2008) o profissional enfermeiro deve ser capaz de atuar com eficiência na assistência de alta qualidade na enfermagem de emergência, bem como ter conhecimento das condutas apropriadas para assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

A crescente incidência de vítima politraumatizada reflete uma problemática envolvendo não só fisicamente, como também sócio-economicamente e até mesmo

psicologicamente pessoas acometidas por acidentes traumáticos, que quando não socorridas imediatamente e corretamente, podem ficar com seqüelas irreversíveis, inclusive chegando ao óbito (GOMES; SILVA; SOUZA, 2002).

Nos dias de hoje, principalmente nos centros maiores, com o problema de congestionamento de tráfego, a motocicleta tem sido utilizada como um meio de transporte rápido, econômico, de custo e manutenção reduzidos, e o seu uso têm aumentado bastante em alguns ramos comerciais, principalmente de prestação de serviços, que exigem maior agilidade (SOARES; SOARES, 2003).

Trauma é definido como uma entidade caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo induzido pela troca de energia entre os tecidos e o meio. Constitui um dos principais problemas de saúde pública em todos os países, independente do desenvolvimento sócio-econômico, e corresponde à terceira causa de mortalidade no mundo, superado apenas pelas neoplasias e doenças cardiovasculares (BATISTA et al., 2006).

Segundo Rodovalho (2008) o papel do enfermeiro que atua na unidade pré-hospitalar de urgência e emergência do cliente politraumatizado consiste não só em obter a história do cliente, fazer o exame físico, executar tratamento, aconselhar, ensinar e manter a saúde orientada, mas também em aliar a fundamentação teórica e a prática do trabalho, ao discernimento, à iniciativa, à estabilidade emocional e à capacidade de liderança.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: apresentar a importância da qualificação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, tendo se em vista que, o profissional com o curso de graduação já é habilitado para prestar esse tipo de atendimento; conhecer o perfil do enfermeiro para atuar na assistência pré-hospitalar de urgência e emergência e analisar a qualificação do enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar.

A idéia de refletir sobre o assunto proposto surgiu devido ao grande número de acidentes de trânsito ocorridos, principalmente com motocicletas, levando ao óbito ou deixando seqüelas graves e muitas delas irreparáveis.

Escrever sobre este assunto é de relevância para todos; pois devido à correria do dia a dia e a facilidade de adquirir veículos juntamente com outros fatores, estando sujeitos a sofrer acidentes de trânsito. Assim sendo é importantíssimos saber noções básicas de primeiros socorros e como agir em determinadas situações de urgência e emergência.

Trata-se de um estudo prospectivo descritivo de ordem qualitativo, desenvolvido no período de fevereiro a novembro de 2009, constituindo-se numa pesquisa bibliográfica utilizando-se livros, revistas, internet e artigos, para analisar a qualificação do Enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Após leitura realizada foi feita uma análise dos dados coletados no intuito de obter uma maior compreensão do tema.

A abordagem do assunto foi feita em três capítulos: o primeiro relata sobre a história geral, do Brasil e os aspectos legais do atendimento pré-hospitalar; o segundo ressalta as medidas a serem tomadas no local do acidente, cuidados no primeiro atendimento ainda no local do acidente, atuação, o perfil e a formação do enfermeiro para atuar no atendimento pré-hospitalar; o terceiro aborda a importância da qualificação do enfermeiro para atuar no atendimento pré-hospitalar, bem como definição e percepção de qualidade. Por fim seguem as considerações finais do estudo.

1 HISTÓRIA GERAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

De acordo Ramos e Sanna (2005) o atendimento médico pré-hospitalar, criado em virtude da necessidade de se reduzirem às seqüelas e óbitos no campo pré-hospitalar, veio evoluindo lentamente, desde o período napoleônico. O atendimento às emergências/urgências no local da ocorrência caminha desde o período das grandes guerras, mais precisamente no século XVIII. Neste período, os soldados feridos em campo de batalha eram transportados em carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos, longe dos conflitos.

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).

No século XX, nas guerras do Vietnã e da Coréia, na primeira e segunda Guerra Mundial a enfermeira também teve uma participação ativa no atendimento aos feridos (THOMAZ; LIMA, 2000).

Para Ramos e Sanna (2005) experiências em guerras, neste tipo de atendimento, no local da ocorrência, conjugadas a um transporte rápido, diminuíram a morbimortalidade por causas externas; mas isto só ficaria evidenciado décadas depois.

Segundo Bau (2007) em 1792 foi colocada em prática a primeira tentativa de organização de auxílio médico de urgência, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, que praticava os cuidados iniciais aos pacientes vítimas nas guerras do período napoleônico. Se Larrey pudesse ver os serviços de APH (Atendimento Pré-Hospitalar) no Brasil, hoje, certamente se espantaria. E o seu espanto, infelizmente, seria pela falta de desenvolvimento do serviço no país, tendo em vista os mais de

200 anos que separam Larrey da época em que vivemos. Muita coisa foi aprimorada, certamente, põem, nem tanto quanto poderíamos supor. Continuamos praticando o bem sem olhar a quem, sem a devida capacitação para tal. A população permanece clamando por heróis e anjos-da-guarda, acionando diversas centrais sem nenhum critério: 190,193,192...Espera-se passiva e, desesperadamente, pela chegada da ambulância. E o serviço que chega até a população, provavelmente, não é aquele que vemos nas novelas.

Contudo a atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil sempre foi muito diversificada; vários Estados, ao longo dos anos, desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergências de caráter público e/ou privado (RAMOS; SANNA, 2005).

1.1 História do atendimento pré-hospitalar do Brasil

Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar seqüelas ou até mesmo a morte (BRASIL, 2003).

O APH caracteriza-se como o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à vítima, podendo ser básico ou avançado, estabelecendo-se padrão vital que mais se assemelhe à normalidade, tendo como conceito supremo não agravar lesões já existentes ou gerar lesões que não existiam (iatrogenias), bem como transportar a vítima\paciente\ cliente para o centro hospitalar terciário apropriado ou centro de trauma credenciado (CARVALHO, 2004).

No Brasil, a idéia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, que era a capital do país. Consta ainda que, em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação deste serviço (MARTINS, 2003).

Percebe-se que o atendimento Pré-Hospitalar tem sido objeto de atenção da sociedade como um todo, através da mídia e, particularmente junto os profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento. Também os órgãos governamentais tem se preocupado em organizar melhor esse tipo de atenção à saúde, tornando este modelo um assunto de debate constante em todos os meios (RAMOS; SANNA, 2005).

O Ministério da Saúde implantou em 2003, a Política Nacional de atenção às urgências, portanto foi dado um importante passo para a resolução de dos maiores entraves da saúde no país. Profissionais da saúde como médicos enfermeiros e outros afins da área das urgências já vêm buscando há algum tempo o atendimento integral onde se possa, posteriormente, avaliar, monitorizar e, finalmente, propor soluções, fornecendo á população acesso e resolução de seus agravos em seu momento de maior fragilidade que é a urgência (DALCIN, 2008).

Segundo Lopes e Fernandes (1999) no Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente dos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil).

Para o Ministério da Saúde o SAMU, no Brasil, propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Nesse sistema, há uma normalização para a composição das equipes de socorro, segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos. Há protocolos para atendimento de múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares (mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade; grade de referência e contra-referência dos serviços interligados de urgência do município ou região; lista de todos os telefones; mapas para capacidade instalada dos serviços de urgência e viária e mapas de risco) (BRASIL, 2004).

De acordo com Dalcin (2008) os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados SAMU, foram normatizados no Brasil a partir de 2003 caracterizando-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e um acesso ao Sistema de Saúde.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o SAMU/192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (BRITO, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde ambulâncias (veículo terrestre, aéreo ou aquaviário que se destina exclusivamente a transporte de pacientes) podem ser do tipo A (próprias para remoções simples de caráter eletivo), B (adequadas ao suporte básico de vida para paciente com risco de morte em transporte inter-hospitalar e paciente do pré-hospitalar com risco de morte desconhecido), C (próprias para resgate, atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou que estejam em locais de difícil acesso, com equipamento de salvamento) e D (visando ao suporte avançado de vida de paciente com alto risco e de transporte inter-hospitalar para os que necessitam de cuidados médicos intensivos e uso de equipamentos). É considerada do tipo E a aeronave de asa fixa ou rotativa para transporte inter-hospitalar e de resgate de paciente. Do tipo F é a embarcação para transporte em via marítima ou fluvial. Há, ainda, a previsão de meios de intervenção rápida, utilizando veículos leves para transporte de médicos com equipamentos para suporte avançado de vida e outros veículos adaptados para transporte de pacientes de baixo risco (BRASIL, 2004).

De acordo com Brito (2005) o SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito depois de chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o

paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

O SAMU preconiza os seguintes parâmetros demográficos para seus serviços: uma equipe de suporte básico de vida para cada 100/150 mil habitantes (um motorista, um auxiliar/técnico de enfermagem e uma ambulância tipo B); uma equipe de suporte avançado de vida para cada 400/450 mil habitantes (um motorista, um médico e um enfermeiro e uma ambulância tipo D); um médico regulador para cada central e um Núcleo de Educação em Urgência em cada capital (BRASIL, 2004).

Em capítulo próprio de atendimento pré-hospitalar móvel, fica claro o importante papel do Samu como observatório das urgências, já que pode identificar as falhas no sistema, pois no momento que é acionado para atendimento em via pública, domicílio ou unidade de saúde, presencia situações em que o paciente está sofrendo agudamente, por causa de um acidente de trânsito ou dor torácica, por exemplo, este problema pode ter sido uma consequência de uma situação prévia como alta velocidade, alcoolismo ou hipertensão. Esta observação sendo tratada como dado epidemiológico pode trazer benefícios e melhorias à própria população. (DALCIN, 2008, p.33).

Apesar do acordo com a França, a realidade brasileira não permitia a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos; havendo necessidade de adaptações à nossa realidade, daí a explicação para mescla dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar em todo Brasil (RAMOS; SANNA, 2005).

De acordo com Lopes e Fernandes (1999) nos últimos dez anos, vem se sentindo a necessidade de melhoria e expansão do sistema de atendimento pré-hospitalar, realidade esta percebida pelos gestores da política de Saúde Pública dos estados. Várias cidades já contam com o SAMU ou estão em fase de implantação do mesmo, incluindo Porto Alegre, Recife, Curitiba, Araraquara, Marília, Fortaleza, Belo Horizonte, Campinas, dentre outras. Cada localidade possui um sistema próprio, o que deixa claro que não há sistemas perfeitos.

Como se pode perceber são vários os lugares e tentativas de se estruturar o atendimento pré-hospitalar no Brasil, cada qual com suas peculiaridades, evidenciando necessidades sociais semelhantes e soluções técnico-políticas diferentes. Esta situação causou preocupação nos órgãos fiscalizadores do exercício da Medicina e da Enfermagem, inaugurando uma nova era para o APH e convocando o Ministério da Saúde a mediar essas relações (RAMOS; SANNA, 2005).

Para a maioria dos gestores e profissionais que atuam na oferta de serviços pré-hospitalares às vítimas de lesões e traumas por acidentes e violências, o SAMU é hoje um bem que o setor saúde oferece à sociedade brasileira. Esse tipo de serviço veio oficializar, padronizar e regular um subsistema fundamental para salvar vidas, tendo já sido comprovada sua eficácia em vários países do mundo. Portanto, é preciso que os administradores do Sistema Único de Saúde (SUS) invistam na sua continuidade, no aperfeiçoamento de sua implantação e implementação e no seu monitoramento, buscando excelência e integração com todo o sistema de urgência e emergência (MINAYO; DESLANDES, 2008).

1.2 Aspectos legais

Segundo Lopes e Fernandes (1999) no Brasil, não existem, ainda, normas claras e precisas sobre o atendimento pré-hospitalar, seja ele médico ou não. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério da Saúde, através de seu núcleo de vigilância sanitária, vêm desenvolvendo ações de forma independente, ou conjunta, no sentido de normatizar o assunto, existindo muitas lacunas que permitem o funcionamento de sistemas inadequados e mal-estruturados.

Atualmente, contamos com a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, entidade não oficial, que se destina ao estudo das urgências/emergências no País, e a Rede de Cooperação em Urgências do Mercosul, com a participação da Argentina, Paraguai, Uruguai, Brasil e, por último, o Chile, visando o desenvolvimento da assistência às urgências, determinando um processo de ajuda mútua, que permita uma socialização de conhecimentos capazes de gerar um alto nível operatividade nos serviços

envolvidos e impulsionar a criação de serviços de atendimento pré-hospitalar de urgências. Estas entidades atuam como uma congregação de interesses, discutindo amplamente o assunto e auxiliando na elaboração de normas e regras gerais, no sentido de uniformizar os serviços de atendimento médico pré-hospitalar já existentes e auxiliar na implantação de novos centros (LOPES; FERNANDES, 1999).

Para Ribeiro (2007 apud BAU, 2007) ainda não se tem uma lei referente ao atendimento pré-hospitalar no país, o que existe são portarias ministeriais que são embasadas na Constituição de 1988, dentro do capítulo referente ao SUS, Dentre essas normatizações, a Portaria nº2.048/2002, que regula as urgências e emergências, foi considerada uma das normatizações mais completa do mundo.

Estruturar o atendimento pré-hospitalar no Brasil, cada qual com suas peculiaridades, evidenciando necessidades sociais semelhantes e soluções técnico-políticas diferentes. Esta situação causou preocupação nos órgãos fiscalizadores do exercício da Medicina e da Enfermagem, inaugurando uma nova era para o APH e convocando o Ministério da Saúde a mediar essas relações (RAMOS; SANNA, 2005).

De acordo com Ramos e Sanna (2005) uma das maiores dificuldades que o atendimento pré-hospitalar enfrentou em nosso país foi a falta de legislação específica. Isto foi uma das causas que contribuiu para a sustentação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão nacional a ser seguido, após uma recuperação cronológica, encontrou-se várias Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções do CFM, que aparece predominantemente, além do Conselho Federal de Enfermagem.

Segundo o Ministério da Saúde regulação médica das urgências; a n. 2048/GM de Cinco de novembro de 2002, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências; a n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e a n. 1864/GM também de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em Municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192.(BRASIL, 2003).

No âmbito da Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu Resoluções a fim de amparar legalmente a atuação da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Na Resolução n. 225 de 28 de fevereiro de 2000, dispôs sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, tornando legal, para os profissionais da enfermagem, a prática de cumprir prescrições médicas via rádio ou telefone em casos de urgência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000).

Ressalta-se que os profissionais de enfermagem podem atuar legalmente no atendimento pré-hospitalar sem maiores problemas, conduzindo buscando prestar um atendimento de qualidade e com eficiência satisfatória para as pessoas que estão em situação de urgência ou emergência, visando um atendimento de alta qualidade para minimizar possíveis seqüelas e óbitos, no entanto é necessário que o profissional que atua no atendimento pré-hospitalar tenha a consciência da importância da necessidade de se reciclar através de cursos, especializações e educação continuada.

2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O Trabalho desenvolvido pela equipe no atendimento pré-hospitalar é de suma importância para a manutenção dos sinais vitais e estabilização da vítima antes do transporte para um hospital de referência.

Segundo Thomaz e Lima (2000) no Brasil, a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar, na assistência direta vem desenvolvendo-se a partir da década de 90, com início das unidades de suporte avançado. A partir de então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assumem em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada as vítimas. Atua onde há restrição de espaço físico e em ambientes diversos, em situações limite de tempo, da vítima e da cena e, portanto são necessárias decisões imediatas, baseadas em conhecimento e rápida avaliação.

O enfermeiro participa da previsão de necessidade da vítima, definindo prioridades necessárias para sua estabilização antes do transporte ao hospital. De acordo com Thomaz e Lima (2000) para que esta estabilização seja obtida de forma rápida e eficiente é fundamental contar com pessoal qualificado e devidamente treinado, meio de transporte rápido, e eficaz e, devidamente equipado para esta finalidade, hospitais de referência para um atendimento adequado às demandas de assistência da vítima aquele tipo de paciente e, portanto, e um meio de comunicação direto entre o veículo de transporte e o hospital.

Para agir em situação crítica, isto é, ter capacidade de avaliar e prestar um atendimento de emergência adequado demanda conhecimento profundo, treinamento intensivo e habilidade.

No Brasil, a atuação do enfermeiro e a sua capacitação estão em atraso, se comparados com outros países como, por exemplo, Estados Unidos e França, que possuem um sistema de APH mais desenvolvido, nos quais os enfermeiros têm sua função consolidada e reconhecida em seus sistemas de atendimento. Mas, mesmo nos países desenvolvidos, a função do enfermeiro é constantemente repensada (RAMOS; SANNA, 2005).

Todavia a atuação do enfermeiro não se restringe à assistência direta. Ao longo dos últimos anos, tenho participado de vários cursos de capacitação técnica e capacitação pedagógica, já que o enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência e fora do ambiente hospitalar, também desenvolve atividades educativas como instrutor. Como parte da equipe técnica, participo na revisão dos protocolos de atendimentos, elaboração do material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções. (AZEVEDO, 2002).

Segundo Malvestio (2000 apud, RAMOS; SANNA, 2005) atualmente, no Brasil, o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV) e o Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, em que o atendimento é realizado por pessoas treinadas em primeiros socorros e atuam sob supervisão médica. Já o SAV tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro. Assim, a atuação do enfermeiro está justamente relacionada à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte.

Para Lopes e Fernandes (1999) funcionalmente, o SAMU encontra-se organizado da forma mencionada a seguir: Equipe de suporte avançado; Cada Unidade de Suporte Avançado (USA) é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a) e um (a) motorista (a), que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento; fazem atendimentos a pacientes traumatizados, quaisquer que sejam as causas, atendimentos a pacientes portadores de patologias clínicas, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador que há risco imediato à vida; Equipe de suporte básico; Cada Unidade de Suporte Básico (USB) é constituída por uma tripulação exclusiva, formada por um (a) auxiliar de enfermagem e um (a) motorista, que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento. Compete à equipe de suporte básico: atendimentos a pacientes traumatizados, quaisquer que sejam as etiologias; atendimentos a pacientes portadores de patologias clínicas, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador que não há risco imediato à vida.

Thomaz e Lima (2000) informa que a *Emergency Nurses Association* propõe que o grau de dependência ou independência nas intervenções do enfermeiro esteja relacionado com as ações práticas da enfermagem e com uma política institucional e educacional. Entre as proposições daquela entidade está o desenvolvimento de protocolos de atendimento ao trauma, que têm possibilitado, ao enfermeiro, atuar com um grau maior de independência, conservando o aspecto de interdependência das atividades da equipe de atendimento ao prover os cuidados aos pacientes vítimas de trauma. Em relação aos protocolos é importante registrar que, no Brasil, são utilizadas referências internacionais, com adaptações à realidade nacional.

Os protocolos devem ser organizados de forma a garantir uma avaliação rápida e eficaz, para manter estabilização respiratória, ventilatórias e hemodinâmicas da vítima, possibilitando ao enfermeiro e a equipe menor tempo gasto para o atendimento, eficiência, menor possibilidade de erros e maior eficácia na assistência no atendimento prestado.

De acordo Ramos e Sanna (2005) a questão da atuação de profissionais não-médicos com treinamento específico e a atuação de médicos e enfermeiros, que possuem maior grau de conhecimento e especificidade para prestar atendimento às vítimas, é discutida e questionada em todos os países que possuem sistemas de atendimento pré-hospitalar. A problemática se iguala: se por um lado fica a dúvida - até que ponto profissionais não-médicos pode ser treinados e se tornarem capazes de realizarem procedimentos médicos, por delegação do mesmo, por outro lado, fica a restrição de sustentar um sistema exclusivamente por médicos e enfermeiros, cuja remuneração é mais alta do que os para-profissionais.

Segundo Thomaz e Lima (2000) os Serviços se referenciam em padrões internacionais que atuam em atendimento pré hospitalar, mas com necessidade de transposição para realidade brasileira. Encontramos diferenças significativas, desde a composição das equipes de atendimento, legislação profissional vigente, até a formação dos profissionais.

Na França, os governantes partiram do seguinte princípio: nenhum treinamento pode substituir o currículo das escolas médicas e de enfermagem que ensinam, durante anos, a reconhecer as doenças, a indicar e a realizar o seu tratamento. Contudo, eles enfrentam alguns problemas, como a falta de recursos para manter o sistema, que tem custo muito elevado, e a falta de médicos para manter o sistema ativo (MARTINS, 2003).

Já para os norte-americanos, que se baseia em pesquisas quantitativas, o paramédico bem treinado é capaz de oferecer os mesmos cuidados de emergência que um médico, desde que as condutas médicas de emergência sejam sistematizadas. No entanto, o paramédico deve estar em contato com a central de comunicação recebendo instruções do médico responsável (FERREIRA, 1999).

Desde a inserção do enfermeiro no APH pode-se identificar mudanças e ampliação de sua atuação, na maior parte, ainda vinculadas estritamente aos aspectos assistenciais. Apesar desse reconhecimento ser um fator importante por admitir que ela é um membro da equipe que possui maior grau de conhecimentos, habilidades e atitudes para o bom desempenho da função, sua presença ainda está restrita ao Suporte Avançado à Vida, juntamente com o médico. Há que se indagar sobre a progressão dessa expansão também para as atividades gerenciais de sua competência (RAMOS; SANNA, 2005).

Conforme Ferreira (1999) no Brasil, a antiga Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS), propôs um sistema de atendimento pré-hospitalar realizado exclusivamente por médicos, mas o fator econômico inviabilizou essa proposta, ficando a participação dos médicos e enfermeiras limitada a casos de maior gravidade, para os quais são previstas duas ambulâncias mais equipadas os veículos de "suporte avançado", ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel, e um helicóptero.

É importante que as pessoas tenham uma noção de atendimento de urgência, para que possam auxiliar no atendimento dessas vítimas. Infelizmente, um grande número de vítimas morre no local, devido a lesões fatais, outra parte acaba morrendo horas depois do acidente, muitas vezes por atendimento inadequado de quem está socorrendo (SANTOS, 2005).

De acordo com Maria e Partamian (2008) a disciplina de primeiros socorros é de suma importância não apenas do ponto de vista da vítima, mas também do socorrista. São técnicas que para serem empregadas necessitam de habilidade técnica, controle emocional e conhecimento de quem as empregam. Segundo o Professional Diving Instructors Corporation (PDIC), o termo 'primeiros socorros' significa a diferença entre: vida e morte, recuperação rápida e hospitalização longa, e invalidez temporária ou permanente. É o atendimento imediato.

A avaliação é a pedra fundamental para o melhor tratamento do doente. Para o doente traumatizado, bem como outros doentes de emergência, a avaliação é a

base para todas as decisões de atendimento e transporte. A primeira meta na avaliação é determinar a condição atual do doente. Desenvolver-se uma impressão geral dos valores basais para o estado respiratório, circulatório e neurológico do doente (PHTLS, 2004).

É muito difícil avaliar o trauma sofrido por acidentes de trânsito, mas o principal é estar seguro das suas atividades, não se envolver com “os curiosos” no local nem realizar manobras e/ou procedimentos que não esteja apto a fazer, isto é, os quais não sejam de competência (SANTOS, 2005).

As principais preocupações para avaliação e atendimento do doente traumatizado são as seguintes, em ordem de importância: (1) via aérea, (2) ventilação, (3) oxigenação, (4) controle de hemorragia, e (5) perfusão. Esta seqüência protege a habilidade de o organismo ser oxigenado e a habilidade das hemácias em levar oxigênio para os tecidos (PHTLS, 2004).

O profissional de enfermagem aplica técnicas de primeiros socorros em sua prática assistencial diária, seja contendo uma hemorragia, seja atendendo um paciente em parada cardiorrespiratória, além de inúmeras outras situações. Por isso, independentemente do local de atuação, todos precisam deter o conhecimento dos primeiros socorros (MARIA; PARTAMIAN, 2008).

O Dr.R. Adms Cowley, em Maryland, desenvolveu o conceito da “hora de ouro” no trauma. Ele acreditava que é crucial o tempo decorrido entre a ocorrência do trauma e o tratamento definitivo (PHTLS, 2004).

Percebe-se que o tempo é essencial para a manutenção dos sinais vitais, estabilização da vítima e não agravamento de possíveis seqüelas já existente. Entretanto é de fundamental importância as medidas a serem tomadas ainda no local do acidente ocorrido antes do transporte definitivo da vítima a um hospital adequado.

2.1 Medidas a serem tomadas no local do acidente

Sinalizar o local para evitar novos acidentes, fazer a sinalização com “triângulos” próprios, troncos ou galhos de árvores, coisas do gênero, chamar o socorro médico, verificar e analisar as condições em que se encontra a vítima, se houve mais de uma vítima, fazer uma rápida análise e priorizar quem precisa de

atendimento mais urgente, tentar afastar os curiosos, pedir ajuda a alguns deles e mantê-los em seu comando, é importante que haja apenas uma voz de comando, atender a vítima de acordo com a gravidade das lesões e as condições gerais dela, uma vítima que apresenta sangramento, às vezes, não é tão grave quanto uma vítima que não tem lesão aparente, pois pode ter algum trauma fechado, que acaba sendo mais importante que o sangramento, às vezes somente superficial.

Observação: algumas dessas orientações devem ser realizadas por pessoal com conhecimento de pré-hospitalar. Não é aconselhável que leigos se envolvam em socorro de vítimas politraumatizadas sem qualquer conhecimento (SANTOS, 2005).

2.2 Cuidados no primeiro atendimento ainda no local do acidente

Após ter agido com a seqüência anterior, dar continuidade ao atendimento na seguinte ordem: Avaliar a parte respiratória, concomitantemente, avaliar o nível de consciência, as vítimas conscientes podem responder onde há lesão, ou onde estão feridas, partindo daí, mantê-las afastadas do local em que houve o acidente, e deitadas, as vítimas inconscientes devem ser também afastadas do local e mantidas deitadas, lateralizadas, evitando aspiração, se houver vômito, manter as vias aéreas sempre livres e ficar atento a esta condição, tomar cuidado ao remover a vítima do local, proteger a coluna cervical a fim de evitar dano maior, no caso de vítimas inconscientes e idosas, verificar se faz uso de próteses, e retirá-las rapidamente, evitando o risco de sufocamento ou engasgamento, o mesmo com crianças que fazem uso de aparelhos ortodônticos, retirá-los imediatamente, se necessário, se houver certeza de que a vítima se encontra em parada respiratória ou cardiorrespiratória, proceder à ressuscitação cardiopulmonar (R.C.P.), iniciar imediatamente a massagem cardíaca (torácica) e respiração artificial (boca a boca) (SANTOS, 2005).

Assim, para desempenhar sua função plenamente, o profissional enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar, demanda um perfil, formação e legislação específica.

2.3 Perfil e formação do enfermeiro para atuar no atendimento pré-hospitalar

Os profissionais da saúde trabalham diretamente com momentos de forte componente emocional, por isso estes profissionais têm que ser tecnicamente capacitados e sensíveis, motivados em oferecer o melhor aos seus clientes/pacientes (BRITO, 2005).

Como em qualquer outra área de atuação o enfermeiro demanda, também, conhecimento científico sempre atualizado, habilidades para realizações dos procedimentos e outras tantas características.

Para atuar no atendimento pré-hospitalar o profissional enfermeiro precisa gostar do que faz ter motivação, dedicação, com paixão ao ser humano, respeitar a vida do outro e acima de tudo alguns requisitos gerais como: Disposição pessoal para a atividade; Equilíbrio emocional e autocontrole; Capacidade física e mental para a atividade; Disposição para cumprir ações orientadas; Experiências profissionais prévias em serviço de saúde voltada ao atendimento de urgência e emergência; Iniciativa e facilidade de comunicação; Condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; Disponibilidade para capacitação (RODOVALHO, 2008).

A forma de seleção desses enfermeiros para atuar no APH parece não diferir das outras áreas, baseada em entrevista com a coordenação do serviço e análise curricular. No que se refere às dificuldades encontradas por esses enfermeiros no início de carreira, as mesmas estão relacionadas, dentre outras, à falta de experiência na nova área de atuação, falta de conhecimento específico e à adaptação a um novo e diferente ambiente de trabalho (VARGAS, 2006).

De acordo com Thomaz e Lima (2000) no atendimento pré-hospitalar, hoje são requeridas características gerais como em outras especialidades de formação, experiência profissional e habilidade. Outras características específicas são de fácil definição e identificação para atuação no atendimento pré-hospitalar. Entre as características mais óbvias estão: formação, experiência profissional, habilidade e capacidade física. Outras tão importantes são: capacidade física, de lidar com o estresse, de tomada de decisões imediata, de definição de prioridades e de trabalho em equipe como, por exemplo, necessidade de atuação com profissionais de outras

áreas: policiais, companhia de energia elétrica, de saneamento básico e ambiental, trânsito e outros.

Segundo Vargas (2006) pode-se inferir então que há algumas lacunas no que se refere à formação de enfermeiros para atuação no APH, pois, de um lado tem-se a legislação apontando a necessidade de um profissional de APH especialista em sua área de atuação com experiência e competência; e de outro lado há formação de enfermeiros generalistas, oriundos de universidades que procuram atender as exigências de um modelo integralista de assistência. Talvez esse cenário, se constitua hoje num grande desafio na formação de enfermeiros para atuarem no APH.

Atualmente, algumas especializações como pronto socorro, Unidade de Terapia Intensiva e Trauma fornecem ao enfermeiro uma base de conhecimento e treinamento de técnicas que são utilizadas na atividade pré-hospitalar, posto que não está disponível uma especialização desta área (THOMAZ; LIMA, 2000).

Para Thomaz e Lima (2000) estas atividades são ainda muito recentes e muitas vezes de difícil acesso para o enfermeiro já integrado no mercado de trabalho, a experiência profissional pode ser uma forma de rastrear o perfil adequado.

A participação do enfermeiro na estruturação dos serviços, desenvolvimento de ações educativas e gerenciamento desta modalidade de atenção ainda requerem um esforço organizado para sua ampliação. É necessário expandir a atuação do enfermeiro, não se restringindo puramente à prestação da assistência; mas estender-se à organização e gerenciamento do atendimento como o Suporta Básico à Vida, acrescentando um novo olhar aos serviços de APH e propondo nova distribuição de autoridade e responsabilidade para todos os envolvidos no funcionamento do APH (RAMOS; SANNA, 2005).

Segundo Thomaz e Lima (2000) para tentar reverter o que envolve o inusitado, estão atualmente disponíveis vários tipos de cursos que tem o objetivo de colocar o enfermeiro frente a situações inesperadas, onde exige-se um alto nível de resolutividade para o cuidado do paciente. Dentre eles estão o Advance Cardiac Life (ACLS), Advanced Trauma Life (ATLS), Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), Basic Life Support (BLS), MAST (Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma), entre outros. Ainda sim, alguns destes cursos refletem a realidade de uma sala de pronto-socorro, onde existe o suporte de equipamento, material, exames

subsidiários, recursos humanos que não retratam a realidade do ambiente pré-hospitalar. Entretanto só consegue ser vivenciada esta realidade através da atividade propriamente dita na qual o enfermeiro depara-se com varias situações.

De acordo com Thomaz e Lima (2000) o enfermeiro depara-se com diversas situações no seu dia a dia de trabalho tais como: Vítimas presas em ferragens; Soterramentos e desabamentos; Tentativas de suicídios; Atendimentos na residência da vítima; Falta de luminosidade (atendimentos noturnos ou em espaços fechados); excesso de ruído e vibração no ambiente (aumentando também o estresse), que dificulta a realização de técnicas; Situações adversas: como risco de explosão ambiental, tiroteios, etc.; Atendimentos á múltiplas vítimas; Emoções exacerbadas dos circundantes, que vão da emoção de familiares até de trausentes presentes na cena; Risco de acidentes no trânsito para chegar ao local da solicitação em um menor tempo possível; Estas e tantas outras situações aumentam o estresse do profissional que atua nesta atividade.

De acordo com Vargas (2006) percebe-se a exigência de características e habilidades específicas do enfermeiro para atuar em APH. Esse fato é preocupante principalmente quando se verifica que o conhecimento relativo ao APH especificamente, não esta integrado no conteúdo das disciplinas curriculares dos cursos de enfermagem.

Entretanto percebe-se que é necessária uma revisão da grade curricular por partes das faculdades e universidades para uma melhor qualificação destes profissionais.

3 A IMPORTÂNCIA DA QUALIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A capacitação dos profissionais que atuam em unidades de emergências no Brasil tornou-se aspecto relevante somente a partir da década 80, entretanto, a escassez de estudos de enfermagem na literatura nacional determina a necessidade de investigações (RODOVALHO, 2008).

Nas faculdades, ainda não existem disciplinas que preparem os enfermeiros para este tipo de atendimento e conseqüentemente o aprendizado vai se fazendo, no dia-a-dia, sem orientação adequada. Estes profissionais contam principalmente com o seu esforço pessoal. Porém, devemos ter uma visão e ação desapaixonada em certos momentos, e tomarmos consciência através do conhecimento sobre tudo o que nos envolve no APH (BRAZ; CHAVES; WERNECK, 2008).

Para Brito (2005) o acelerado avanço tecnológico em diversas áreas do conhecimento humano, especialmente na área médica, tem proporcionado a realização de diagnósticos e tratamentos mais eficientes do ponto de vista médico e mais humano do ponto de vista do paciente. Esta evolução vem trazendo, a cada dia, uma crescente necessidade de metodologias para garantir um alto nível da qualidade dos serviços de assistência a saúde da população.

De acordo com Vargas (2006) frente ao exposto, percebe-se a exigência de características e habilidades específicas do enfermeiro para atuar em APH. Esse fato é preocupante principalmente quando se verifica que o conhecimento relativo ao APH especificamente, não está integrado no conteúdo das disciplinas curriculares dos cursos de enfermagem.

Apesar de existirem no mercado hoje vários cursos que visam desenvolver as técnicas utilizadas no APH, e ainda colocar o enfermeiro frente a situações inesperadas, tais como o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Préhospital Trauma Life Support (PHTLS)*, *Basic Life Support (BLS)*, *MAST (Manobras Avançadas De Suporte Ao Trauma)*, alguns destes cursos não suprem a necessidade de formação específica do profissional para o Atendimento Pré-Hospitalar, pois, na maioria das vezes, desenvolvemos conteúdos

em salas de pronto-socorro, onde existe o suporte tecnológico para o atendimento como equipamentos, profissionais treinados, materiais específicos, exames subsidiários, o que nem sempre retrata a realidade do ambiente pré-hospitalar (THOMAZ; LIMA, 2000).

A Qualidade das Instituições de Saúde, por serem organizações prestadoras de serviços, está indiscutivelmente nas pessoas que lá trabalham e que têm o contato direto com o cliente. É através deles que o cliente forma o conceito de Qualidade daquela Instituição, para isso é necessário capacitar estas pessoas no sentido de lhes proporcionar maior autonomia e capacidade de decisão. Os profissionais da saúde trabalham diretamente com momentos de forte componente emocional, por isso estes profissionais têm que ser tecnicamente capacitados e sensíveis, motivados em oferecer o melhor aos seus clientes/ pacientes (BRITO, 2005).

De acordo com Vargas (2006) uma pesquisa realizada com seis enfermeiros, desses, 84% era do sexo feminino com idade entre 25 e 35 anos e procedentes, em sua maioria, de escolas públicas 67%, o tempo de atuação desses profissionais em APH variou entre um e cinco anos. A porcentagem de profissionais que relatam ter recebido formação em urgência e emergência durante a graduação foi de 66,6%, cabendo ressaltar que a maioria desses enfermeiros era oriunda de escolas privadas e, segundo eles, tal formação referiu-se especificamente a urgências no intra-hospitalar e foram dadas através de palestras e aulas expositivas durante a graduação. Com relação à formação específica do enfermeiro para atuação em APH, nenhum sujeito da amostra afirmou ter recebido tal preparo durante a graduação, confirmando, de certa forma, o pressuposto inicial desse estudo.

Segundo Oguisso (2000 apud VARGAS, 2006) a pouca atenção dada à formação do enfermeiro para atuar em urgências e emergências talvez seja reflexo do próprio sistema de ensino de enfermagem no Brasil, que adota um modelo de ensino e pesquisa de influência norte americana, o qual segue uma visão integralista. Voltado para as políticas de extensão de cobertura e de atenção primária em saúde, nesse contexto, a formação do enfermeiro generalista centra o ensino nas competências das diversas áreas de atuação do profissional, ou seja, capacita o enfermeiro para a assistência individual e coletiva dirigida à criança, mulher e adulto, nas áreas de enfermagem clínica cirúrgica-obstétrica, ginecológica, pediátrica, psiquiátrica e administração hospitalar e dos outros serviços básicos.

Para Rodovalho (2008) compreende-se, desta forma, que o profissional enfermeiro que atua em emergência deve possuir uma formação além da acadêmica, que o qualifique como especialista, creditando ao mesmo a capacidade para estabelecer as prioridades e monitorizar o atendimento em situações de risco.

Segundo Vargas (2006) a forma de seleção desses enfermeiros para atuar no APH parece não diferir das outras áreas, baseada em entrevista com a coordenação do serviço e análise curricular. No que se refere às dificuldades encontradas por esses enfermeiros no início de carreira, as mesmas estão relacionadas, dentre outras, à falta de experiência na nova área de atuação, falta de conhecimento específico e à adaptação a um novo e diferente ambiente de trabalho.

De acordo com o Cofen (2001 apud VARGAS, 2006) apesar de a Resolução do COREN nº 260/2001 assegurar ao enfermeiro a participação no APH, essa nova área de atuação parece não ter sido totalmente incorporada pelas escolas de enfermagem do país, o que acarreta a não atenção por parte das instituições formadoras para o preparo dos futuros enfermeiros para a área de urgência e emergência e em especial em Atendimento Pré-Hospitalar. Nessa última, no que se refere ao preparo, talvez seja o reflexo da própria dificuldade de se ensinar APH na Escola, uma vez que esse tipo de serviço possui características que nem sempre são possíveis de adaptação em laboratórios como, por exemplo, o atendimento em locais de difícil acesso e a assistência em veículos, o que certamente dificulta o preparo do aluno em tal especialidade.

Devido à competição global e às inovações tecnológicas, estamos vivendo uma época de grandes mudanças. Com isto as pessoas/clientes estão se tornando cada vez mais esclarecidas e participativas, exigindo bons serviços, que atendam as suas necessidades (BRITO, 2005). Colocada a dificuldade, talvez seja pertinente que, durante a graduação, se estabeleçam convênios com serviços de APH, no sentido de fornecer base de conhecimentos mínimos que facilitem a adaptação do egresso caso venha a tornar-se um profissional dessa área (VARGAS, 2006).

Conforme Rodovalho (2008) o papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste não só em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhar, ensinar e manter a saúde orientada, mas também em aliar a fundamentação teórica e a prática do trabalho, ao discernimento, à iniciativa, à habilidade de ensino, à capacidade de liderança.

Para Vargas (2006) existe a necessidade de maior atenção na formação do enfermeiro para atuação no APH, pois, devido a determinações legais respaldadas pelos órgãos de classe como os Conselhos de Enfermagem, esse profissional é imprescindível para o bom andamento de tais serviços, pois ao enfermeiro compete garantir assistência de qualidade onde quer que esteja atuando, quer no intra ou no pré-hospitalar. Para isso, sugere-se que sejam oferecidas experiências em APH durante a graduação como estratégia para minimizar as dificuldades apontadas neste estudo.

Segundo Rodvalho (2008) por isso a constante atualização destes profissionais é necessária, pois, através dela, desenvolvem, com a equipe médica e de enfermagem, habilidades para que possam atuar em situações inesperadas na qual estão inseridos, de forma objetiva e sincrônica. Assim o enfermeiro deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente a sua frente. Este profissional deve ser preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes, necessitando, para isso, de conhecimento científico e competência clínica

De acordo com Vargas (2006) Isso não quer dizer que a universidade deva desviar seu foco. O que se procura é conhecer o contexto de trabalho no qual se encontra o enfermeiro de APH, tendo como referência o seu preparo para a atuação, frente ao conhecimento sobre APH recebido durante a sua formação profissional.

Conforme Brito (2005) sabe-se que, um número cada vez maior de empresas está descobrindo que a excelência não pode limitar-se aos números do balanço. Impõe-se estendê-la à qualidade de vida oferecida aos funcionários. O que se cristaliza no mundo dos negócios é a convicção de que, daqui por diante, a qualidade de vida terá importância cada vez maior para as empresas interessadas em atrair e reter talentos.

Conduto a qualidade nos serviços de saúde está diretamente relacionada ao desempenho individual do profissional da saúde e no atendimento personalizado ao paciente.

3.1 Definição de qualidade

Sabe-se que, um número cada vez maior de empresas está descobrindo que a excelência não pode limitar-se aos números do balanço. Impõe-se estendê-la à qualidade de vida oferecida aos funcionários. O que se cristaliza no mundo dos negócios é a convicção de que, daqui por diante, a qualidade de vida terá importância cada vez maior para as empresas interessadas em atrair e reter talentos (BRITO, 2005).

Sete características básicas da qualidade total, segundo Chiavenato (apud BRITO, 2005, p.90):

- I. Qualidade total é organizacionalmente ampla e passa através das áreas funcionais;
- II. Qualidade total focaliza a qualidade dos processos que levam ao produto ou serviço;
- III. Qualidade total é um processo de melhoria contínua;
- IV. Qualidade total requer total apoio da alta administração e o envolvimento de todas as pessoas no esforço pela qualidade;
- V. Qualidade total focaliza o cliente, o consumidor;
- VI. Qualidade total repousa sobre a solução de problemas e sobre o empowerment (proporcione aos empregados as habilidades e autoridade para tomar decisões que tradicionalmente eram dadas aos gerentes) da força de trabalho;
- VII. Qualidade total envolve uma abordagem de equipes.

Tabela 1: Tabela comparativa da definição de qualidade segundo os autores.

Autores	Definição de Qualidade
CHIAVENATO	"A qualidade total deve ser aplicada a todas as áreas e começar no topo da empresa. O comprometimento da alta administração é indispensável, pois há profunda mudança da cultura da empresa. A qualidade total é dirigida pelo usuário e não imposta pela organização".
BERWICK, GODDFREY e ROESSNER	"A moderna teoria da qualidade é centralizada no cliente. Administrar a qualidade significa tentar melhorar a capacidade e a confiabilidade dos processos para satisfazer às necessidades daqueles que são atendidos pelos processos".
CARLZON	"A qualidade está nas pessoas, para uma organização passar a ser orientada para o cliente, grandes mudanças deverão ser exigidas do pessoal que opera na linha de frente. Cabe ao principal executivo criar um ambiente em que os empregados sejam capazes de aceitar e exercer suas responsabilidades com confiança e habilidade".
JURAN	"A qualidade tem vários significados: desempenho do produto, ausência de deficiências", adequação ao uso ", porém existem vários usos e usuários, por isso devem se adequar às necessidades daquele cliente, naquele momento".
LOBOS	"A qualidade está nas pessoas, mas em doses diferentes. Conclui-se então, que nem todos os membros de uma organização possuem qualidade à altura do que esta precisa para atender seus clientes a contento".

Fonte: Brito 2005, p.91

Todos os seres humanos têm a consciência de que a saúde é um bem valioso, que permite uma melhor Qualidade de Vida. Desta forma, quando a saúde não vai bem, procura-se um profissional ou instituição de saúde, que esteja pronto a ajudar, pessoas tecnicamente capacitadas e sensíveis, empenhadas em oferecer o melhor aos seus pacientes; pessoas motivadas e contentes, que tratem o paciente como pessoa e não como mais uma doença e que, ao final de cada dia, se sintam recompensadas. Para tanto é necessário que as instituições de saúde se reestruturem para a administração e o gerenciamento de serviços pela Qualidade Total, procurando garantir as expectativas e necessidades de seus clientes. (BRITO, 2005).

3.2 Percepção da qualidade

Dentre as inúmeras possibilidades de destaque para o desenvolvimento de um estudo complexo e, que comporta muitas variáveis, como por exemplo, razões da não inclusão desta temática na grade curricular da graduação em enfermagem que atua com esta clientela, dentre outras. No entanto optou-se por contemplar aspectos que dão ênfase ao conhecimento que atuam no APH sobre instrumentos normativos (BRAZ; CHAVES; WERNECK, 2008).

De acordo com Rodovalho (2008) em estudo sobre qualificação, perfil e ética profissional do enfermeiro em emergência identificou a percepção deste profissional, em relação às atividades executadas diariamente. Percebe-se que, mesmo amparado pelo COREN e COFEN, os enfermeiros não se consideram preparados para atuarem na emergência, classificando sua qualificação como regular em relação ao atendimento prestado por eles nas unidades de emergência.

O trabalho, com base na administração científica, atende às necessidades básicas do indivíduo, mas, oferece poucas oportunidades de satisfação das necessidades egoístas, as quais englobam a auto-estima, como auto-respeito e confiança, autonomia, realização, competência e conhecimento, e a própria reputação, como o status, reconhecimento e aprovação, principalmente para as pessoas situadas nos níveis inferiores da hierarquia (BRITO, 2005).

Segundo Rodovalho (2008) o atendimento em situações de emergência requer que tanto a unidade seja equipada para amparar o paciente na sua necessidade emergente, quanto à equipe profissional esteja capacitada para atuar interdependente, porém, sistematicamente organizada nas técnicas e realizações de cada procedimento. Para tanto, é imprescindível melhorar a conduta ou diminuir a possibilidade de erros no sistema de atendimento.

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

De acordo com Brito (2005) a não oportunidade de satisfação das necessidades egoístas tem graves conseqüências comportamentais. O indivíduo no trabalho atende, na administração tradicional, apenas as suas necessidades básicas, ficando as necessidades egoístas a serem atendidas fora do local de trabalho. Assim, para muitos assalariados o trabalho é uma forma de punição, o preço a ser pago pelos vários tipos de satisfação obtida fora do trabalho. Logo a organização não cria uma estrutura para que o indivíduo tenha um bom nível de Qualidade de Vida no Trabalho. Isso faz com que ele comporte-se no trabalho com indolência, passividade, má vontade, em aceitar responsabilidades, resistência à mudança e exigências exageradas de benefícios econômicos.

Esse estudo sobre qualificação, perfil e ética profissional do enfermeiro em emergência identificou a percepção deste profissional, em relação às atividades executadas diariamente. Percebe-se que, mesmo amparado pelo COREN e COFEN, os enfermeiros não se consideram preparados para atuarem na emergência, classificando sua qualificação como regular em relação ao atendimento prestado por eles nas unidades de emergência. Na pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados 12 enfermeiros de APH de uma cidade brasileira no período de 29 de julho de 2006, ao se questionar sobre como a qualificação do profissional enfermeiro que atua em emergência é vista hoje, 50% dos entrevistados responderam que ela é regular, 33% a acharam boa e 17,2% afirmaram que ela é ruim. De acordo com o COFEM (2002), Artigo 11º, Alínea "1", cabe ao enfermeiro cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida. Percebe-se, portanto, que, apesar do enfermeiro se legalmente capaz de prestar cuidados a pacientes com risco de vida apenas 33,3% considera que a qualificação do profissional enfermeiro que atua em emergência é boa (RODOVALHO, 2008, p.40).

Conforme Brito (2005) a motivação, atualmente, não está mais ligada somente ao vil “dinheiro”, mas a outras recompensas resultantes do trabalho, como reconhecimento e prestígio. Sabe-se que a qualidade está ligada diretamente à satisfação dos clientes. Estes esperam ser tratados como indivíduos, para isso é importante contarmos com funcionários altamente motivados e satisfeitos no trabalho.

Segundo Rodovalho (2008) no sentido de aprofundar o conhecimento desse tema, sugerem-se estudos como fontes primárias, principalmente, para elucidar o motivo do alto índice de mortes provenientes do trauma, tanto no pré-hospitalar, como no intra-hospitalar. Estudos revelam que promovendo atendimento pré-hospitalar correto e a tempo, o número de óbitos pode ser reduzido em 20% a 50%, além de diminuir as seqüelas temporárias ou definitivas. Essa pesquisa defende maior exigência para contratação de profissionais que atuam na emergência, pois, de acordo com os resultados dos questionários, identifica-se que a maioria dos enfermeiros que atuam nas unidades de emergências necessita urgentemente de reciclagem e capacitação.

A qualidade nos serviços de saúde está diretamente relacionada ao desempenho individual do profissional da saúde e no atendimento personalizado ao paciente; vai muito além de selos e diplomas, é necessário avaliar vários parâmetros, tais como: a excelência do corpo clínico, a disponibilidade de recursos, a atenção dos profissionais para com o paciente e seus familiares, que naquele momento, estão passando por uma situação de forte componente emocional (BRITO, 2005).

De acordo com Rodovalho (2008) ao serem questionados sobre o atendimento nas unidades de emergência, 67,7% dos entrevistados disseram que o atendimento realizado atualmente é insatisfatório e outros 33,3% discordaram disso. Essa pesquisa concorda com os entrevistados porque nas unidades de emergência falta capacitação, treinamento específico e educação continuada. O desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores que associados às condições de trabalho do enfermeiro refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente.

Entretanto pretendem-se introduzir uma reflexão sobre a problemática do atendimento pré-hospitalar, situando os profissionais que atuam neste tipo de

serviço, já que a competência profissional depende do conhecimento, segurança e habilidades adquiridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por finalidade responder às questões ligadas ao atendimento pré-hospitalar, identificando os aspectos legais, história geral e do Brasil no atendimento de urgência e emergência e a qualificação do profissional enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar. Enfocando os aspectos legais, percebe-se que no Brasil, não existem, ainda, normas claras e precisas sobre o atendimento pré-hospitalar, o que existe são portarias ministeriais que são embasadas na Constituição de 1988, dentro do capítulo referente ao SUS, Dentre essas normatizações, a Portaria nº2.048/2002, que regula as urgências e emergências, foi considerada uma das normatizações mais completa do mundo.

O Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil foi amplamente discutido e redirecionado por várias esferas do governo, ao longo dos anos; estando ainda, este novo paradigma proposto pelo Ministério da Saúde, em fase de implantação.

Os dados do presente estudo demonstram que a maioria dos profissionais enfermeiros que atua no atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência relata que não estão preparados como deviam para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes/clientes que necessitam dos seus serviços.

Identificou-se ser necessária a integração de vários profissionais de saúde especializados em atender pacientes/clientes em situação de emergência, em função do ritmo frenético e constante de trabalho. As equipes de trabalho precisam ser coesas, e ter clara a noção de complementaridade. Os próprios enfermeiros que querem trabalhar ou que trabalham, no atendimento pré-hospitalar, precisam estar aptos e conscientes da necessidade de se reciclar sempre, já que seu trabalho pauta-se no fato de que suas intervenções têm importante função na manutenção da vida.

Aponta-se a necessidade de maior atenção na formação e qualificação do enfermeiro para atuação no atendimento pré-hospitalar, e sugere-se que sejam oferecidas durante a graduação experiências nessa área.

Conclui-se que o enfermeiro é um profissional que vive sob condições estressantes de trabalho. No atendimento pré-hospitalar, o enfermeiro deve obter condição mínima de recursos humanos e materiais para que possa dedicar à prestação de uma assistência efetiva e eficaz diante das intercorrências, muito comuns num serviço de atendimento pré- hospitalar, que por sua vez deve estar preparado para prestar um atendimento de responsabilidade.

Cabe ressaltar ainda que devido às limitações desse estudo, não se pode generalizar seus resultados a que outros estudos dessa natureza sejam realizados na busca de evidências e maior conhecimento a respeito da formação do enfermeiro em APH.

REFERÊNCIAS

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. 51 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

BATISTA, S.E.A.; et al. A. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva – SP. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 6-10, jan.-fev. 2006.

BAU, L.N. Sem Padrões no AP. **Revista Emergência**, São Paulo, n. 4, p. 19 – 26, Jun/ 2007.

BRAZ, M.R.; CHAVES, R.R.; WERNECK, L.R. Instrumentos Normativos no Atendimento Pré-Hospitalar: Enfermagem e Legislação. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, ano 3, maio. 2008. Disponível em:<[hptt://www.unifoa.edu.br/pesquisa/cadernos/especiais/pos-graduacao/01/59.pdf](http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/cadernos/especiais/pos-graduacao/01/59.pdf)>. Acesso: 12 nov 2009.

BRITO, M.C. **A satisfação do cliente no atendimento móvel de urgência-SAMU/192**, São Paulo, 2005. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sma/usu_doc/circe_de_oliveira_alcantara_franca._tcc.pdf Acesso em: 20/10/2009

BRASIL Ministério da Saúde (BR). **Instituição a política nacional de atenção às urgências Portaria** n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003: Brasília, 2003. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm>. Acesso: 12 ago 2009.

Carvalho, M.G. **Atendimento pré-hospitalar para enfermagem: suporte básico e avançado de vida**. São Paulo: Itália, 2004.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 225/2000: Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância. Rio de Janeiro, 26 jun. 2000.

DALCIN, R. Observatório de urgências. **Revista Emergência**, São Paulo, n. 8, p. 33 - 35, abr. 2008.

FERREIRA CSW. Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré hospitalar, 1999, 102 f. Dissertação (Mestrado). - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.

GOMES, F. R.; SILVA, D. P.; SOUZA, P. A. S. **O perfil das vítimas politraumatizadas e a atuação do serviço de atendimento municipal de urgência em Aracajú 2002-03**. [s.n.], Aracajú, 2003. Disponível em: <www.cbccenf.com.br/anaiscofen/anais7.asp?edicao=7> Acesso em: 10 maio de

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

MARIA, C. F. S .Z.; PARTAMIAN, R. **Saberes e Práticas**, 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, V. 56, n. 1, 2003.

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

PHTLS: **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado, Básico e Avançado**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RAMOS, V. O.; SANNA M. C. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-60 maio-jun, 2005.

RODOVALHO, R. L. Levantando um perfil. **Revista Emergência**, São Paulo, n. 8, p. 37-41, 2008.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e Emergência para a Enfermagem**, 2. ed. São Paulo: Látria, 2005.

SOARES, D. F. P.; SOARES, D. A. Motociclistas vítimas de acidentes de trânsito em município da região Sul do Brasil. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 87-94, 2003.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 59-65, set/dez, 2000.

VARGAS, D. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início da Carreira, **Rev Paul Enf** São Paulo, jun, n. 1, v. 25, 46-51, 2006.

VERONESE, A .M.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; SHIMITZ, T. S. D. Caracterização de motociclistas internados no Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 379-85, set. 20