



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TONI ADRIANO MARTINS

**O CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR MÓVEL MEDIANTE USO DE PROTOCOLOS**

**RIO DE JANEIRO
2019**

TONI ADRIANO MARTINS

**O CONFORTO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR MÓVEL MEDIANTE USO DE PROTOCOLOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientador: CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA

**RIO DE JANEIRO
2019**

MARTINS, Toni Adriano. **O Conforto na Perspectiva dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Mediante uso de Protocolos**, 2019, 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Aprovada em ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Pós-Drº Carlos Roberto Lyra da Silva - UNIRIO
Presidente

Prof. Drº Thiago Quinellato Louro
1º Examinador

Profª. Drª Eva Maria Costa
2ª Examinadora

RIO DE JANEIRO

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra e glória, pois “*Feliz o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento; É árvore de vida para os que a alcançam, e felizes são todos os que a retêm*”. *Bíblia Sagrada, (Pv. 3:13 e 18)*.

Nestas linhas, expresso a minha gratidão a quem não me deixou só nesse período em que se alternaram entre ausências, presenças, conversas corridas, cafés compartilhados, tensões, limitações, ansiedades, inseguranças, planos e risos.

A minha esposa Taciana que sempre apoiou o meu crescimento profissional e acadêmico. Quando penso como a minha vida era antes de você... Te amo!

A minha família que formam a base de todas as minhas conquistas, em especial meus filhos Vinícius e Caroline, meus sogros Ireno e Cleuma, meus irmãos Luciana e Washington.

A minha mãe Onofra (*in memoriam*) por ser a principal responsável pela minha maior formação que é ser pessoa.

Ao meu Orientador Prof. Carlos Roberto Lyra, sobretudo pela amizade, mas também pela oportunidade de me aceitar enquanto orientando e compartilhar parte do seu vasto conhecimento, me direcionando a desbravar esse caminho da forma menos árdua possível.

A banca examinadora, pelas contribuições e a todo o corpo docente deste Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem.

Aos participantes da pesquisa, FAMÍLIA SAMU, meu agradecimento especial pelo aceite e confiança nesta investigação. Obrigado por estarem sempre de prontidão e dispostos para o salvamento de vidas, não importando a hora nem o local.

Aos queridos amigos que fiz nesta caminhada do mestrado, obrigado por compartilhar comigo perspectivas, sonhos, alguns momentos difíceis, mas outros muito divertidos e prazerosos.

Ao CISDESTTE, por oportunizar o campo de pesquisa.

MISSÃO DO SAMU-192

Problemas a ser enfrentados:

Diversos

*Empenho da equipe para
solucionar as dificuldades:*

Sem medida

Amizades feitas:

Incontáveis

Saudade que sentiremos:

Eterna

*Pacientes graves atendidos e
transferidos para outros hospitais:*

Muitos

*Pacientes socorridos quase mortos e que
melhoraram durante o APH e o transporte:*

Quase todos

Óbitos:

Nenhum

Valores monetários recebidos pela missão:

Simbólicos

*Valores obtidos sob forma de experiência
profissional, cidadania, amor ao próximo,
capacidade de improvisação, amadurecimento
para lidar com situações de crises e
enriquecimento espiritual:*

Incalculável

Gratidão a Deus e aos amigos pelo suporte:

Profunda

*Tempo que aguentaremos esperando
pela próxima missão:*

Muito pouco

(Dr. Renato Gama CRM-MT 4217)

A meus filhos, Vinícius (o primogênito) e Caroline (a princesa), como exemplo de que o caminho do conhecimento é excelente.

MARTINS, Toni Adriano. **Comfort in the Perspective of Mobile Prehospital Care Professionals Using Protocols**, 2019, 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva

Linha de pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado

RESUMO

O presente estudo versa sobre sentimentos e percepções de conforto por parte dos profissionais de APH móvel (SAMU) experimentados a partir da utilização de protocolos institucionais especificamente de intervenção. O SAMU é um serviço vinculado a área da saúde que busca a chegada precoce ao local de atendimento tendo como meta prioritária a contenção e a diminuição de agravos advindos de acidentes e/ou outra situação de urgência e emergência. Foi eleito como **objeto de estudo** o conforto na perspectiva de profissionais do SAMU. Os **objetivos** foram identificar uma possível aproximação entre a utilização de protocolos de intervenção e a percepção de conforto por parte dos profissionais do SAMU; Identificar a percepção de conforto dos profissionais do SAMU nos contextos físicos, psicoespiritual, social e ambiental conforme proposto na teoria de Kolcaba e identificar na perspectiva de profissionais do SAMU, ações para incorporação e/ou otimização do conforto mediante o uso dos protocolos em suas intervenções de atendimento pré-hospitalar. Trata-se de um **estudo** descritivo e de natureza qualitativa. O **cenário** foi uma base descentralizada do SAMU integrante de um consórcio intermunicipal de saúde. Os **sujeitos** foram os 24 profissionais do SAMU que trabalham e integram as equipes de Suporte Básico e Avançado de Vida. A **coleta dos dados** foi a entrevista com a utilização de roteiro estruturado contendo perguntas abertas. Para **análise de dados** foi utilizado como método a técnica de análise de conteúdo, tratados à luz da estatística descritiva com auxílio do software Iramuteq versão Alpha 7.2, os resultados obtidos revelaram que os protocolos de intervenção constituem-se como uma ferramenta de grande valia e, portanto indispensável como promotor de qualidade no trabalho dos profissionais do SAMU, sem que causasse restrição ou perda da autonomia. Outro ponto revelado foi que os protocolos em conjunto com outros elementos, são determinantes do conforto nos contextos: físico, ambiental, psicoespiritual e ainda no social, este último com menor expressão. Como **consideração final** facultou-se afirmar que os protocolos de intervenção constituem-se como uma ferramenta de grande valia e, portanto indispensável como promotor de qualidade no trabalho dos profissionais do SAMU, sem que causasse restrição ou perda da autonomia.

Palavras-chave: Atendimento Pré-hospitalar; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Conforto do Profissional; Tecnologias em Saúde; Protocolos.

MARTINS, Toni Adriano. **The Comfort in the Perspective of the Mobile Prehospital Care Professionals through Intervention Protocols**, 2019, 106f. Thesis (Master) - School of Nursing Alfredo Pinto, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

ABSTRACT

The present study deals with feelings and perceptions of comfort on the part of mobile APH professionals (SAMU) experienced from the use of institutional protocols specifically for intervention. SAMU is a service linked to the health area that seeks the early arrival at the place of care, having as a priority goal the containment and reduction of injuries resulting from accidents and / or other emergency and emergency situations. It was chosen as object of study comfort from the perspective of SAMU professionals. The objectives were to identify a possible approximation between the use of intervention protocols and the perception of comfort by the professionals of the SAMU; To identify the comfort perception of SAMU professionals in the physical, psycho-spiritual, social and environmental contexts as proposed in Kolcaba's theory and to identify, in the perspective of SAMU professionals, actions for incorporation and / or optimization of comfort through the use of protocols in their interventions of prehospital care. This is a descriptive and qualitative study. The scenario was a decentralized basis of the SAMU that is part of an inter-municipal health consortium. The subjects were the 24 SAMU professionals who work and integrate the Basic and Advanced Life Support teams. The data collection was the interview with the use of a structured script containing open questions. The data analysis technique was used as a method of content analysis, treated in the light of descriptive statistics using the software Iramuteq version Alpha 7.2, the results obtained revealed that the intervention protocols constitute a valuable tool and, therefore indispensable as promoter of quality in the work of the professionals of the SAMU, without causing restriction or loss of autonomy. Another point revealed was that the protocols together with other elements, are determinants of comfort in the contexts: physical, environmental, psycho-spiritual and even social, the latter with less expression. As a final consideration, it is possible to affirm that the intervention protocols constitute a valuable tool and therefore indispensable as a promoter of quality in the work of the SAMU professionals, without causing restriction or loss of autonomy.

Keywords: Prehospital Care; Emergency mobile care service; Professional Comfort; Health Technologies; Protocols.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por Unidade Federativa. Brasil, anos 2010 e 2015.....	34
Figura 2. Estrutura conceitual da Teoria do Conforto.....	43
Figura 3. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual.	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo e profissão.....	3446
Gráfico 2. Distribuição dos participantes da pesquisa conforme realização de cursos	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais Regulamentações das Urgências e Emergências	29
Tabela 2. Classe 3 – corpus textual 1. Relevância do conforto na visão dos entrevistados. SAMU, 2019.....	48
Tabela 3. Classe 2 – corpus textual 1. Condições de trabalho e sua relação com o conforto. SAMU, 2019.....	50
Tabela 4. Classe 1 – corpus textual 1. O conforto nos contextos da teoria de Kolcaba. SAMU, 2019.....	51
Tabela 5. Classe 4 – corpus textual 1. O conforto no contexto dos protocolos. SAMU, 2019.....	53
Tabela 6. Classe 5 – corpus textual 1. A qualificação profissional a partir da realização de cursos. SAMU, 2019.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
APH	Atendimento Pré-hospitalar
Art	Artigo
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD-ROM	Compact Disc Read-Only Memory
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Chi2	Characteristic function of the central chi-squared distribution
CISDESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da America
GM	Gabinete do Ministro da Saúde
IRAMUTEQ	Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Text e set de Questionnaires
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
RJ	Rio de Janeiro
RO	Radio Operadores
RST	Reagrupamento de segmentos de texto
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviços de Emergências
ST	Segmento do Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Técnico Auxiliar de Regulação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
X²	qui-quadrado

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2. INTRODUÇÃO	15
2.1. O objeto de estudo no contexto de sua problematização	15
2.2. Questões-norteadoras	19
2.3. Objetivos do estudo	19
2.4. Justificativa e relevância do estudo	20
3. METODOLOGIA	21
3.1. Sistematizando a pesquisa	21
3.2. O cenário	21
3.3. Os sujeitos da pesquisa	22
3.4. Considerações éticas	22
3.5. A coleta de dados	23
3.6. A análise de dados	24
4. REVISÃO LITERÁRIA	29
4.1. O Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência no Brasil	29
4.2. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	32
4.3. Os protocolos e a incorporação tecnológica na saúde	35
4.4. A Teoria do conforto	38
4.4.1. Biografia de Katharine Kolcaba	39
4.4.2. Desenvolvimento da teoria do conforto	40
4.4.3. Representação gráfica da Teoria de Kolcaba	43
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa	44
5.2. Análise do corpus textual	47
5.3. Perspectivas originadas a partir do objeto estudado	47
5.4. O conforto dos profissionais de APH	56
5.5. Os protocolos de intervenção do SAMU	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	65

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICE B. ROTEIRO PARA ENTREVISTA	72
APÊNDICE C. CORPUS TEXTUAL COMPLETO	74
ANEXO A. TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO	86
ANEXO B. TERMO DE ANUÊNCIA	87
ANEXO C. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	88
ANEXO D. SUMARIO DOS PROTOCOLOS DE SBV E SAV	89

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O eixo norteador deste estudo deriva do universo do atendimento pré-hospitalar móvel o qual me foi apresentado de forma incipiente, porém, marcante no período de graduação do curso de Enfermagem realizado no Centro Universitário de Barra Mansa-RJ, produzindo um grande interesse e desejo pela atuação nesta área, fato que veio se consolidar anos mais tarde a partir do ingresso no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A vivência e a problematização a partir de discussões técnicas sobre o processo de trabalho no Atendimento Pré-hospitalar Móvel (APH móvel) produziu um incessante desejo de buscar a luz da literatura uma maior compreensão de fatores relacionados ao conforto no campo do cuidado voltado a profissionais do APH móvel. Contudo, o material encontrado não apresentava respostas com a devida profundidade e especificidade almejada, o qual coloca este estudo na condição de experiência primeira.

A partir do ingresso no curso de mestrado acadêmico em Enfermagem do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO houve a real possibilidade de aprofundar o conhecimento acerca do tema cuidado e APH móvel.

Destarte, entendo que pesquisar o conforto no campo do cuidado voltado a profissionais de saúde à luz da literatura tem influenciado e proporcionado desafios aos trabalhadores e organizações de saúde produzindo novos conhecimentos que permeiam obstáculos e conceitos tidos como verdades absolutas ou outros que ainda não foram objetos de estudos mais aprofundados.

Desta maneira, esta pesquisa versa sobre sentimentos e percepções de conforto por parte dos profissionais de APH móvel (SAMU) experimentados a partir da utilização de protocolos institucionais especificamente de intervenção.

Diante do exposto, espero que este estudo possa ser capaz de subsidiar novas pesquisas, bem como, transformar o processo de trabalho no APH móvel.

2. INTRODUÇÃO

2.1. O objeto de estudo no contexto de sua problematização

A incorporação de protocolos, linhas-guias e manuais técnicos nos processos de trabalho em saúde tem se tornado cada vez mais comum nos setores de saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência, pois estes se caracterizam por exigir respostas rápidas e eficazes.

Os protocolos se destacam nestes serviços por subsidiar e padronizar as condutas dos profissionais envolvidos estabelecendo um método que diminui o viés de subjetividade e orienta a tomada de decisão pelos profissionais que o utilizam, podendo ainda, contribuir com a otimização do tempo de atendimento no desempenho da equipe e conseqüentemente com a sobrevivência do paciente.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis para o cuidado (PIMENTA, 2015).

Nesse contexto, o uso de protocolos tem avançado para além das estruturas intra-hospitalares, sendo também utilizado pelos serviços de Atendimento Pré-hospitalar Fixo (APH Fixo) como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ambulatórios especializados etc, e ainda, nos serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (APH Móvel) representados pelo SAMU, bombeiros entre outros. David & Harrington (2011) pontuam que, embora os sistemas pré-hospitalares variem em alguns aspectos, seu principal objetivo é o de salvar vidas de forma segura e rápida.

Outra importante consideração é que, apesar dos conceitos de tecnologias no campo da saúde estarem voltados, em sua maioria, para equipamentos eletromédicos no cuidado dos pacientes, Nietzsche (2000), amplia o entendimento de tecnologia para além deste, considerando-a como a apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos que proporcionem aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do processo.

Contudo, a incorporação dessas inovações tecnológicas na prestação de assistência em saúde, não exclui a necessidade de se prover uma adequada e

contínua reestruturação de recursos físicos, materiais e humanos, bem como, da gestão eficiente desses recursos.

A tecnologia, quando associada às relações humanas interpessoais, aprimora a construção de um novo saber, contribuindo com um “novo olhar” sobre o fazer, apontando na direção de um novo paradigma (PAES, 2011).

Bidô (2016), ao discorrer sobre as tecnologias em saúde afirma que as mesmas devem ser analisadas tanto como um saber, quanto por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. Demonstrando ser fundamental a ampliação de análises sobre o uso de tecnologias em saúde como, por exemplo, dos protocolos para além do âmbito organizativo- institucional, buscando considerar aspectos como a autonomia, o senso crítico individual e ainda o conforto do profissional.

Merhy (2005) classifica as tecnologias incorporadas ao campo da saúde como sendo leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações, as leve-duras são as dos saberes estruturados como os protocolos e teorias, e as duras são as dos recursos materiais e equipamentos.

Nesta perspectiva, o caráter subjetivo que envolve o conforto do profissional de APH Móvel pode apresentar relação de interdependência com diversos fatores, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. É comumente aceitável a idéia de que profissionais que trabalham diretamente na assistência dos serviços de APH Móvel possuem intenso embate físico e psicológico e menores condições de conforto.

O cotidiano desses profissionais se dá em face da execução de procedimentos em ambientes desconhecidos, com pacientes apresentando quadros clínicos graves e variados, tendo, portanto, um alto desgaste emocional devido às tomadas de decisões que, a priori, necessitam ser rápidas e eficazes na estabilização das condições clínicas das vítimas. Essas condições podem ser agravadas com a ausência de medidas e/ou instrumentos que valorizam o conforto do trabalhador.

A pesquisa do conforto em ambientes tecnológicos é indubitavelmente realizada com maior frequência sob o aspecto do paciente, talvez, por este ser o sujeito principal pelo qual se desenvolve todo o sistema de cuidados em saúde.

No entanto, para Kolcaba (2003), teórica do conforto, o olhar e a aplicação de medidas de conforto deve ser expandido a estudantes, prisioneiros, idosos, trabalhadores, comunidades, instituições e não apenas a pacientes.

Esta teórica aponta ainda que o conforto é uma experiência imediata e holística a qual é fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Portanto, refletir sobre conforto, a instrumentalização do trabalho em saúde e os fatores determinantes dos aspectos no qual o profissional está inserido, faz com que haja possibilidades de transformação e melhoria da qualidade de vida profissional, repercutindo substancialmente na prática profissional.

Por este aspecto, o questionamento sobre a influência da utilização de tecnologias leve-duras (protocolos) para além do cuidado ao paciente, neste caso, para com o conforto do profissional de Atendimento Pré-hospitalar Móvel ganha significativa relevância.

Corroborando com o conceito ampliado de tecnologia, Houaiss (2015), registra: Tecnologia é o conjunto de conhecimentos científicos, dos processos e métodos usados na criação e utilização de bens de serviços. Sendo assim, tecnologia é muito mais do que equipamentos e materiais.

No que se refere ao sistema regulatório, Brasil (2006), relata que os sistemas de Atendimento Pré-hospitalar Móvel tiveram uma maior ascensão no início da década de 90, período no qual foi estabelecida uma cooperação técnica e científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, sendo implementada uma concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel baseada na central de regulação médica.

Atualmente, a principal diretriz normatizadora é a Portaria GM/MS 2048 de 05 de novembro de 2002, que estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, regulação médica das urgências e emergências, entre outros.

Mediante a necessidade de estruturar o componente pré-hospitalar móvel desse novo sistema de atenção às urgências e emergências, bem como, da Política Nacional de Atenção às Urgências, foi instituído o SAMU-192 através da Portaria GM/MS nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, a qual foi posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1.010 de 21 de maio de 2012 que postula: Esses serviços constituem um importante avanço na organização do sistema de saúde do país, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências (BRASIL, 2006).

O SAMU é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário por meio de acesso telefônico gratuito pelo número 192 solicita atendimento para situações de urgência e emergência. Esse sistema possui um componente regulador (Central de Regulação) e um componente assistencial (as equipes das ambulâncias). O TAR (Telefonista Auxiliar de Regulação) atende ao telefone e faz a identificação e localização do paciente, todas as etapas do atendimento são registradas no computador e gravadas em áudio.

Os médicos reguladores avaliam cada pedido de atendimento e registram sua presunção diagnóstica, conduta e destino dos pacientes, deliberando na sequência sobre qual tipo de ambulância prestará o atendimento.

A Unidade de Suporte Básico (USB) opera com um técnico de enfermagem e um condutor tendo recursos tecnológicos mais simples. A Unidade de Suporte Avançado (USA) conta com um profissional médico, enfermeiro e condutor, além de melhores recursos tecnológicos. Os Rádio Operadores (RO) são responsáveis pelo contato com as equipes nas ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento (O'DWYER & MATTOS, 2012).

Embora haja uma busca contínua pela eficiência a partir da inserção de novas tecnologias desde a sua criação, a elaboração de protocolos a nível nacional para as equipes do SAMU ocorreu somente no ano de 2015, após 12 anos de sua regulamentação no país. Foram elaborados protocolos de suporte básico e avançado de vida, notadamente com a finalidade de instruir os profissionais na execução de condutas técnicas, não demonstrando de forma

clara se foram considerados em sua construção, métodos que valorizavam as medidas de conforto para os profissionais.

Vale ressaltar que as intervenções elencadas nestes protocolos, são executadas em locais habitualmente providos de pouco ou nenhum conforto ambiental, tais como, vias públicas, rodovias, interior da ambulância, residências entre outros, o que pode eventualmente interferir de forma significativa na percepção de conforto pelos profissionais.

Abbagnano (2007) refere que percepção é a interpretação dos estímulos, o reencontro ou a construção do significado deles.

Nesta perspectiva e a partir das possibilidades de percepção de conforto proposto por Kolcaba (2003), esta proposição busca evidenciar as relações entre os protocolos e a percepção de conforto pelos profissionais de APH Móvel (SAMU), fazendo emergir como objeto de investigação, o conforto na perspectiva de profissionais do SAMU.

2.2. Questões-norteadoras

Diante do exposto, emergem duas questões norteadoras que poderão contribuir para uma melhor compreensão sobre a temática conforto no atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU:

- A utilização de protocolos no processo de trabalho é um fator determinante para o conforto dos profissionais do SAMU no APH móvel?
- Quais ações poderiam ser implementadas junto aos protocolos, a fim de permitir e/ou otimizar o conforto desses profissionais no processo de trabalho?

2.3. Objetivos do estudo

Quanto aos objetivos, o presente estudo propõe:

- Identificar uma possível aproximação entre a utilização de protocolos de intervenção utilizados no processo de trabalho e a percepção de conforto por parte dos profissionais do SAMU;
- Identificar a percepção de conforto dos profissionais do SAMU nos contextos físicos, psicoespiritual, social e ambiental conforme proposto na teoria de Kolcaba.

- Identificar na perspectiva de profissionais do SAMU, ações para incorporação e/ou otimização do conforto mediante o uso dos protocolos em suas intervenções de atendimento pré-hospitalar.

2.4. Justificativa e relevância do estudo

Diante do contexto supracitado, o presente estudo justifica-se no âmbito da assistência por apresentar possibilidades de colaborar com a autorreflexão sobre o conforto e sua possível relação com a execução de práticas assistenciais por parte dos profissionais do SAMU, possibilitando ainda a intervenção e a reorientação de condutas mediante análises e discussões dos resultados obtidos.

Em relação à pesquisa, o estudo buscou ofertar subsídios a fim de estabelecer o conforto como uma premissa no desenvolvimento de novos protocolos assistenciais aplicados ao SAMU, bem como, ser capaz de produzir referencial teórico que contribua para alinhar o uso de tecnologias leves-duras já existentes às condições de conforto.

No campo do ensino, almeja-se contribuir substancialmente para a incorporação de conhecimentos acerca dos fatores determinantes de conforto dos profissionais do SAMU, visando à organização de ideias e conceitos emanados desta pesquisa que servirão para discussão e produção de novos conhecimentos. Possui também, forte relevância por ampliar a visão sobre o uso de protocolos como tecnologia capaz de se inter-relacionar com o conforto em seus diversos aspectos seja psicoespiritual, sociocultural e/ou ambiental.

A relevância da presente pesquisa se assenta ainda na possibilidade de contribuir para fortalecimento da instituição SAMU como uma estratégia estruturante e integrada aos demais componentes da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS.

3. METODOLOGIA

Nesta pesquisa, buscou-se através da eleição de um caminho metodológico, compreender a realidade mediante a concreta aproximação do objeto de estudo.

Moscovici (2015), afirma que não é possível sair de uma pesquisa ileso ou sem ter mudanças. Você pode sair dela transformado e verá, a seguir, coisas e pessoas de outra maneira.

Desta forma, é possível afirmar que ao mesmo tempo em que se observa o objeto de estudo, o mesmo é capaz de produzir alguma transformação no observador.

3.1. Sistematizando a pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Considerando a concepção de Minayo (2014), a qual afirma que "a metodologia de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes". Pode-se afirmar que o presente estudo foi movido através deste caminho metodológico, na busca dos objetivos propostos.

Minayo (2014), ao descrever sobre pesquisa qualitativa define que são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

3.2. O cenário

Na abordagem desta pesquisa, foi utilizado como cenário uma das bases descentralizadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU integrante de um conjunto de bases descentralizadas do Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISDESTES com sede em Juiz de Fora/MG.

O SAMU, instituído pela Portaria MS nº 1.864/GM de 29 de setembro de 2003, é considerado ser uma relevante força de trabalho do SUS em relação ao atendimento as urgências e emergências no pré-hospitalar.

Esta base (cenário) foi implantada em 2014, e destina-se a servir de alojamento e abrigo aos profissionais enquanto aguardam eventuais chamados

para atendimento e também como garagem para os veículos, sendo: 01 Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) e 01 Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA).

3.3. Os sujeitos da pesquisa

Foram considerados para critério de inclusão e participação nesta pesquisa todos profissionais do SAMU que trabalham e integram as equipes de Suporte Básico e Avançado de Vida, totalizando vinte e sete (27) profissionais, a saber, enfermeiros (07), médicos (07), técnicos de enfermagem (04) e Condutores Socorristas (09). Todos os participantes (27) que se enquadraram neste critério de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa de forma voluntária.

Como critério de exclusão foi utilizado unicamente o desejo manifesto de forma verbal pela não participação. Por motivos pessoais houve 03 abstenções (02 condutores e 01 técnico de enfermagem) de participar desta pesquisa que de imediato foram respeitadas, sendo considerado, portanto, 24 participantes.

Com a finalidade de preservar a identificação dos entrevistados, os nomes foram devidamente substituídos por números de forma sequencial de 1 a 24 conforme ex: (n_1).

3.4. Considerações éticas

Em observância a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, o qual foi aprovado em 26 de fevereiro de 2018 sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 79432417.0.0000.5285 conforme Anexo III.

À instituição responsável pelo cenário da pesquisa foi encaminhado o formulário de autorização para pesquisa aqui apresentado sob o título de Termo de Anuência (anexo II) sendo devidamente autorizado e assinado pelo diretor executivo da instituição.

Ao entrevistado buscou-se a aprovação e a formalização da participação mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A), os quais foram individualmente lidos e assinados pelos participantes.

Os participantes receberam ainda informações referentes à pesquisa, bem como, das medidas que lhes garantem a liberdade de participação, a integridade, a preservação dos dados, assim como, a privacidade, o sigilo e confidencialidade e direito de desistência a qualquer momento em qualquer etapa do estudo conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

Os participantes também foram notificados de que, como voluntários, não haveria custo ou benefício financeiro e que sua participação contribuirá para o conhecimento científico sobre o objeto de estudo. Quanto aos riscos foram informados sobre a possibilidade de riscos mínimos, como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional mediante algum questionamento, sensação de perda de tempo e de privacidade. Assim, foi esclarecido a cada participante quanto à opção de não responder quaisquer perguntas que o fizessem se sentir incomodados e que, caso ocorresse, haveria possibilidade de não se colocarem à disposição para o estudo a qualquer momento. Tais informações constam no TCLE (Apêndice A).

A pesquisa foi desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos, todas as despesas foram custeadas pelo pesquisador. *A priori*, espera-se que os resultados da pesquisa contribua para a compreensão e o entendimento mais abrangente acerca do conforto dos profissionais do SAMU e dos aspectos relacionados.

3.5. A coleta de dados

Nesta fase considerada exploratória, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro com questões referentes à problemática conforto (Apêndice B). Este questionário possuía em sua primeira parte variáveis sócio demográficas e na segunda 05 questões específicas relacionadas ao objeto de estudo proposto.

As entrevistas ocorreram no período entre junho e julho de 2018, após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO (anexo III), assinatura do Termo de Anuência pela instituição do SAMU

(anexo II) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), foram aplicadas individualmente, em local e horário previamente combinado, em ambiente reservado nas dependências do estabelecimento eleito para realização da pesquisa, foi utilizado um gravador de voz digital do tipo MP3 como recurso tecnológico para fidelização e registro dos áudios.

A modalidade de entrevista semi estruturada difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) refere que ainda que o guia de entrevista deva conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

Os áudios e impressos da entrevista após a transcrição foram arquivados em CD-ROM, compondo assim, o banco de dados, o qual poderá ser utilizado, exclusivamente, para fins acadêmicos, conforme assegurado no Termo de Confidencialidade (Apêndice A).

3.6. A análise de dados

Quanto a análise dos dados coletados, Santos (2012), explica que inicialmente o objetivo é organizar sistematicamente os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema de investigação.

Neste sentido, os dados coletados foram transcritos obtendo uma experiência exaustiva e ao mesmo tempo reveladora.

Desta maneira, os dados foram categorizados e analisados a fim de compreender a realidade e alcançar os objetivos propostos utilizando como método a técnica de análise de conteúdo.

Minayo (2014) refere que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise e exploração interpretativa, visando obter, por procedimentos sistemáticos e através da descrição de conteúdo coletados, como os indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência e extração de conhecimentos dessas mensagens.

É uma técnica que pela leitura e acepção do conteúdo das entrevistas, permite análises que levam a descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas

das comunicações, promovendo o entendimento do sentido e significado atribuídos ao enfoque da problemática (MINAYO, 2014 *apud* BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo divide-se em três etapas, são elas:

Pré-análise: é a organização do material que será analisado, retomando as questões-norteadoras e os objetivos da pesquisa, a fim de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais para referenciação de índices e a elaboração de indicadores.

Para esta fase de pré-análise foi utilizado o software Iramuteq versão Alpha 7.2.

Exploração do material: é o momento da codificação e categorização, em que se efetivam as decisões tomadas na pré-análise. Os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação será a identificação por enumeração ou recorte que permita a representação de conteúdo. A categorização é a transformação de dados brutos para dados organizados, sendo agrupados por terem características comuns.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Consiste no tratamento estatístico dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam informações fornecidas para análise, (MINAYO, 2014 *apud* BARDIN, 2011).

Os dados obtidos foram tratados à luz da estatística descritiva com auxílio do software Iramuteq versão Alpha 7.2, pelo qual foi possível a organização dos dados qualitativos a partir da Análise de Similitude, Classificação Hierárquica Descendente (CHD), representada graficamente por dendogramas com suas respectivas classes.

Neste software, as análises são realizadas mediante um grupo de textos que retratem um tema contido em único arquivo de texto ou mediante matrizes com pessoas em linha e palavras em coluna distribuídas em planilhas, como banco de dados obtidos a partir de testes de evocações livres. O Iramuteq prepara os dados e escreve os scripts que serão analisados pelo software R (CAMARGO & JUSTO, 2013).

O Iramuteq - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Text e set de Questionnaires criado em 2009 por Pierre Ratinaud é um software gratuito de código fonte aberto, que utiliza o ambiente estatístico do

software R. É utilizado no estudo das Ciências Humanas e Sociais para realizar análises estatísticas de textos, porém, incorpora além da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), outras análises lexicais que auxiliam na análise e interpretação de textos, como: análise de similitude de palavras presentes no texto e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO *apud* SALVIATI, 2017). Estudos mostram que desde 1970, os trabalhos de lexicografia contribuem para a análise quantitativa de dados textuais. (CAMARGO & JUSTO, 2013; LOUBÉRE & RATINAUD, 2014)

No Iramuteq, as análises podem ser: por meio de um grupo de textos sobre uma determinada temática (corpus textual) presente em um único arquivo de texto ou a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna organizadas em planilhas, como bancos de dados formados por testes de evocações livres. (CAMARGO & JUSTO, 2013; LOUBÉRE & RATINAUD, 2014).

Neste trabalho, foi utilizada a análise de corpus textual. A análise textual ou lexical é parte da análise de conteúdo, classificada como um exemplo de análise de dados que se utiliza da linguagem escrita de várias formas: documentos, transcrições de entrevistas, textos originalmente escritos. O vocabulário utilizado pelo aplicativo Iramuteq difere daquele utilizado no software de análise de corpus Alceste.

Texto: a definição é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Se a análise vai ser aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será um texto. Caso a análise diga respeito às respostas de "n" participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto e teremos "n" textos. Neste estudo, a análise será a partir de um conjunto de entrevistas.

Um conjunto de textos, portanto, constitui um corpus de análise. Para submissão do corpus à análise do tipo Classificação Hierárquica Descendente, ele deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. O material textual deve ser monotemático, pois a análise de textos sobre vários itens previamente estruturados ou diversos temas resulta na reprodução da estruturação prévia dos mesmos (CAMARGO, 2013).

No caso de entrevistas, desde que o grupo seja homogêneo, é suficiente entre 20 e 30 textos (SANTOS, 2012). Ainda, se o delineamento é comparativo, sugerem-se pelo menos 20 textos para cada grupo.

Em se tratando de respostas a questões abertas de um questionário, cada texto será composto da adição dos trechos obtidos das respostas somente quando elas se referirem a um mesmo tema (uma mesma questão ou pergunta). Caso as questões referiram-se a temas ou aspectos diferentes, é necessário realizar uma análise para cada questão, caso contrário, a análise resulta apenas na identificação dos diversos temas, invalidando a obtenção de resultados mais precisos. Outra solução seria utilizar a variável temática.

Quando as respostas apresentarem em média de três a cinco linhas, é necessário um número bem maior de respostas para a constituição de um corpus de análise (refere-se aqui a um número mínimo em torno de uma centena de textos).

Segmentos de textos: são fragmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio software em função do tamanho do corpus. Os segmentos de textos são considerados o ambiente das palavras. Seu tamanho também pode ser configurado pelo pesquisador. Numa análise padrão, após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o software IRAMUTEQ divide os textos do corpus em segmentos de texto (CAMARGO & JUSTO, 2013).

Reagrupamento de segmentos de texto: agrupamento de UCE sucessivas dentro de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise. Esse limiar é fixado proporcionalmente ao número de palavras analisadas.

Análises possíveis com o IRAMUTEQ: corpus textuais

- 1) Estatísticas textuais clássicas.
- 2) Pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis).
- 3) Classificação Hierárquica Descendente (CHD) conforme o método descrito por Reinert (1987 e 1990).
- 4) Análise de similitude de palavras presentes no texto.
- 5) Nuvem de palavras. (CAMARGO & JUSTO, 2013; LOUBÉRE & RATINAUD, 2013).

Na análise dos dados deste estudo foi utilizada a classificação pelo método de Reinert, que estabelece a classificação hierárquica descendente em

três modalidades: classificação simples sobre o texto, classificação simples sobre o segmento do texto ST e a classificação dupla sobre os RST. Foi escolhida a análise simples sobre ST que obtém classes de segmentos de texto que apresentam semelhança no vocabulário e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir disso, o software organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO & JUSTO, 2013; LOUBÉRE & RATINAUD, 2013).

Os dendogramas resultantes foram apresentados neste trabalho, bem como uma tabela com informações resumidas dos perfis de cada classe, essas informações se referem a: frequência (efetivo dos segmentos de texto) que é o número de ST desta classe contendo pelo menos uma vez a forma; P valor que é o nível de confiança associado ao χ^2 e Chi2 que exprime a força de ligação entre a forma e a classe (CAMARGO & JUSTO, 2013; LOUBÉRE & RATINAUD, 2013).

Para maior aprofundamento quanto à percepção dos participantes às questões da pesquisa mediante os relatos transcritos e trabalhados no software Iramuteq versão Alpha 7.2, faz-se disponível a completude do corpus textual no Apêndice C.

4. REVISÃO LITERÁRIA

4.1. O Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência no Brasil

De acordo com CFM (1995), urgência e emergência possuem conceitos próprios nos parágrafos primeiro e segundo, respectivamente:

§ 1º - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;

§ 2º - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CONSELHO FEREAL DE MEDICINA, 1995, Art. 1º, grifo nosso).

Martins e Prado (2003) relatam que historicamente as ações de atendimentos as urgências e emergências realizadas por unidades móveis datam do final do século XIX. Em 1899 consta que o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, capital do país a época, inaugurava a primeira ambulância (de tração animal) para realizar esses atendimentos.

Ao longo de décadas a atividade de atendimento pré-hospitalar móvel foi realizada de modo fragmentado e incipiente, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a buscar uma reestruturação do sistema, a partir do fomento à participação de diversos atores na construção de uma Política Nacional de Atenção as Urgências.

Deste modo, somente a partir da década de 90 do século passado, viu-se um fomento da formulação e regulamentação da política de atenção as urgências a partir de uma série de Portarias do MS, dentre as quais Machado *et al* (2011) destaca:

Tabela 1. Principais Regulamentações das Urgências e Emergências

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria 2923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
Portaria 824/1999	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar
Resolução	Dispõe sobre cumprimento de prescrição

COFEN-225/2000	medicamentosa/terapêutica à distância
Portaria 814/2001	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.
Portaria 2048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
Portaria GM/MS 1863/03	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências
Portaria GM/MS 1864/03	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.
Portaria 2072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
Decreto 5055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços.
Portaria 1828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, Municípios e regiões de todo território nacional.
Portaria 1927/2004	Estabelece incentivo financeiro aos Estados e Municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
Portaria 2420/2004	Constitui o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria 2657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
Portaria 3125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.
Portaria 2922/2008a	Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.

Portaria 2970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU
Portaria 2971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta - motolância - como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
Portaria 2972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE - visando à organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.

Fonte: Machado *et al* (2011).

A Portaria GM/MS 2048/02, foi um marco na regulamentação das políticas de atenção as urgências e emergências. De acordo com texto (art. 1º, §1º):

O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 estruturou-se nos seguintes eixos de intervenção: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção. Sobre isto o MS pontua que:

As ações do MS têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos serviços de atenção às urgências e emergências, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos, visando uma assistência prestada de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento (BRASIL, 2002).

O'dwyer (2013), afirma que a implantação da Política Nacional de Atenção as Urgências e Emergências possibilitou entre outros a regulação do sistema e a qualificação dos profissionais. Entretanto, é destacado que na década de noventa os militares dos corpos de bombeiros já atuavam no atendimento pré-hospitalar móvel com base em um modelo americano.

Sobre a adoção de modelos para organização da assistência pré-hospitalar móvel, Albuquerque e Minayo (2009), discorrem sobre a existência de dois modelos os quais têm sido utilizados em diversos países: o americano e o francês. O modelo americano prioriza o atendimento feito por paramédicos, ou seja, profissionais com formação a nível técnico, enquanto o modelo francês adota a presença de médicos nas ambulâncias, alguns países mesclam esses modelos como no caso do Brasil.

Além da equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas a causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da área da saúde, como bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento (BRASIL, 2002).

4.2. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Compreende-se que com a criação e integração do SAMU à política nacional de atenção as urgências, este realize o atendimento as mais diversas urgências e emergências que ocorrem no pré-hospitalar, o acionamento de fácil acesso mediante o número telefônico gratuito 192 com funcionamento nas 24 horas por dia são características que difere este de outros serviços de saúde no SUS.

O SAMU potencializa e organiza o acesso aos serviços de urgência hospitalar e ao leito hospitalar, tornando-se uma nova porta de entrada no sistema.

Além disso, o SAMU realiza o atendimento de urgência em qualquer lugar: residência, locais de trabalho e vias públicas. O trabalho, organizado pela Central de Regulação Médica, se articula com as chamadas bases do SAMU, onde ficam ambulâncias com suas respectivas equipes, utilizadas para o atendimento às diversas ocorrências. Estas Bases são espaços de parada e repouso dos trabalhadores e estão localizadas em pontos estratégicos para deslocamentos em tempos mais curtos (TRAJANO & CUNHA, 2011).

Os veículos equipados e destinados ao deslocamento das equipes e atendimento as vítimas/pacientes, são as Unidades de Suporte Básico (USB) tendo como integrantes técnico de enfermagem e condutor socorrista e a unidade de Suporte Avançado (USA) tendo como integrantes médico,

enfermeiro e condutor socorrista. Poderão compor a frota em função de necessidades regionais: motolâncias, ambulanchas (embarcações) e o aeromédico (helicóptero ou avião).

Brasil (2002) classifica o atendimento pré-hospitalar móvel realizado pelo SAMU como podendo ser primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, ou secundário, quando a solicitação for de algum estabelecimento de saúde, no qual o usuário já tenha recebido atendimento, mas necessite ser transferido a outro serviço de maior complexidade.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população [...]. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (BRASIL, 2002).

O desenho da estratégia do SAMU previu um arranjo federativo para o financiamento e gestão. Incentivos federais foram adotados para investimento e custeio, com proposta de co-financiamento pelas outras esferas de governo, cuja adesão é fundamental para a implantação do SAMU (MACHADO *et al*, 2011).

Para realizar a implantação de um serviço como o SAMU em um determinado território, depende de diversos fatores como: da adesão dos Estados e/ou Municípios, que têm situações diferenciadas quanto a distribuição populacional, oferta e organização prévia do sistema de saúde, priorização e capacidade logística/operacional, gestão e financiamento.

A implantação do SAMU, com suas centrais de regulação, tem sido considerada muito positiva, trazendo benefícios à sociedade brasileira, cujo serviço trouxe um subsistema fundamental para salvar vidas, já tendo sido comprovada sua eficácia em vários países do mundo (MINAYO & DESLANDES, 2008).

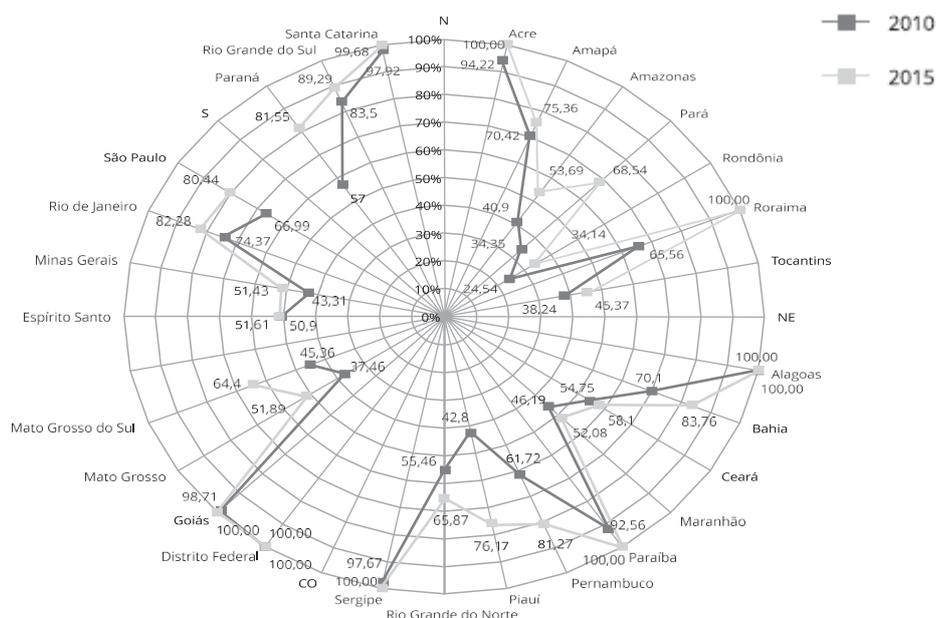
De acordo com levantamento de dados realizados por O'dwyer (2017), os primeiros SAMUs inaugurados foram o de São Paulo (capital) em 1989, Belém (Pará) em 1994 e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 1995. Outros SAMUs metropolitanos foram inaugurados fora das capitais, com destaque para Campinas e Ribeirão Preto, inaugurados em 1996. Esses SAMUs foram

implantados a partir de iniciativas próprias, ou seja, por gestões Estaduais e/ou Municipais, antes da primeira regulamentação federal editada em 2003.

Atualmente o serviço de atendimento as urgências e emergências realizado por equipes de APH móvel é percebido de modo geral como emergente, principalmente no que se refere à cobertura territorial a nível nacional, O'dwyer (2017), refere que a expansão prevista de cobertura do SAMU para 2019 é de 83% do território evidenciando a propensão gradativa de ampliação deste serviço em todas as regiões do país.

O'Dwyer (2017), ao elaborar o cenário de cobertura nacional pelo SAMU, apresentou os seguintes dados:

Figura 1. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por Unidade Federativa. Brasil, anos 2010 e 2015.



Fonte: Dados do Ministério da Saúde

A partir dessa elaboração inicial, é imperativo afirmar que o SAMU é um serviço vinculado a área da saúde que busca a chegada precoce ao local de atendimento tendo como meta prioritária a contenção e a diminuição de agravos advindos de acidentes e/ou outra situação de urgência e emergência.

Percebe-se que para atuar nesse serviço se requer algo mais do que simples qualificação técnica. Controle emocional, espírito de trabalho em equipe, improvisação, despojamento, vibração e condicionamento físico, fazem com que este se torne um terreno arenoso a ser percorrido. Trabalhar em via

pública, em contato muito estreito com populares e curiosos, em cenários nem sempre seguros e confortáveis, tornam esse tipo de atendimento um constante desafio para o qual, infelizmente, nem todos se fazem aptos (SANTANA, 2012).

O SAMU caracteriza-se como uma estratégia indissolúvel no campo da política nacional de atenção às urgências e emergências. Por isso é fundamental que todos (profissionais, gestores, população) do 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 (MINAYO & DESLANDES, 2008).

4.3. Os protocolos e a incorporação tecnológica na saúde

Algumas tecnologias têm sido incorporadas na área da saúde, tanto em ações organizativas quanto assistenciais com vista a suprir a necessidade do constante aperfeiçoamento. Desta maneira entende-se que os protocolos se apresentam como uma forma de diminuir a variabilidade e otimizar a organização por meio de diretrizes sistematizadas.

Nesta perspectiva, e pela ausência de estudos que classifique e conceitue os diversos tipos de protocolos utilizados no campo da saúde, como por exemplo: Protocolo de cuidados, organizativo, assistencial, de acompanhamento, de intervenção e outros, fica evidente a necessidade de estudos para delimitação da temática.

De modo geral, os protocolos podem ser entendidos como uma espécie de tecnologia que Merhy (2005), apresenta como sendo tecnologias leve-duras, ou seja, aquelas relacionadas aos saberes estruturados, como por exemplo, as teorias.

Corroborando com esse ponto de vista teórico-conceitual, Paes (2011), destaca que: os protocolos representam a aplicação de um tipo de tecnologia leve-dura voltada diretamente para o cuidado.

Como forma de reforçar o conceito apresentado, Paes (2011), tece que os protocolos são considerados como diretrizes para a implementação da prática clínica, oferecendo um suporte teórico e científico para otimizar as intervenções em situações que requeiram tomada de decisões imediatas. Portanto, essa forma de sistematização da assistência contribui na promoção de um cuidado ágil, não perdendo de vista a qualidade do atendimento.

Paes (2011) informa que tal instrumento agrega um conjunto de recomendações estruturadas, baseadas em uma avaliação crítica da melhor evidência disponível, em detrimento do processo baseado em opinião informal.

Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (BRASIL, 2008).

No entanto, na implantação de protocolos assistenciais em serviços de saúde deve ser considerado também o binômio padronização e autonomia, de forma que haja harmonia entre a busca pela diminuição da subjetividade e a manutenção da capacidade de tomada de decisão.

Pimenta (2015) descreve os principais elementos e critérios para elaboração e avaliação de protocolos assistenciais, são eles:

Elementos:

Ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, serem corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

Critérios:

- a) **Origem:** Identificar claramente a instituição/departamento que emite o protocolo.
- b) **Objetivo:** Informar claramente a(s) situação(es) e as categorias de pacientes para a(s) qual(is) o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará.
- c) **Grupo de desenvolvimento:** Incluir profissionais especialistas e relevantes na área e usuários finais. Incluir profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade.
- d) **Conflito de interesse:** Refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político. Na declaração de conflito de interesses devem constar as instituições de provisão de recursos e profissionais que elaboraram e revisaram o protocolo.

- e) **Evidências:** São as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia de busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), gradação da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos.
- f) **Revisão:** Conter revisão por revisor externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição e plano de atualização. A atualização deve ser periódica (dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento. Local para comentários/objeções/correções ao protocolo deve estar disponível e ser de fácil acesso e aberto a profissionais e usuários.
- g) **Fluxograma:** É a representação esquemática do fluxo de informações e ações sobre determinado processo que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto. É a representação esquemática de um protocolo. Fluxogramas, para serem de compreensão fácil e rápida, devem ser específicos.
- h) **Indicador de resultado:** É uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos (medir o que se pretende medir) confiáveis (serem estáveis, reprodutíveis). O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e a divulgação de resultados tornam a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos.

- i) **Validação pelos profissionais:** Refere-se a aprovação pelos que utilizarão o protocolo, é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado. Pode ser realizada pela inclusão de profissionais da instituição no grupo elaborador, sem prejuízo de participação de autoridades no tema, sendo recomendável uma validação externa.
- j) **Validação pelo usuário:** O uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos usuários dos serviços no processo de tomada de decisão. A participação pode ser individual ou por meio de entidades representativas desse grupo. A participação pode ser menor ou maior, dependendo do tipo de protocolo e serviço. O protocolo deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação. O grupo elaborador deve considerar em qual etapa do processo a participação dos usuários é viável, desejável ou fundamental. A participação pode ocorrer durante a fase de elaboração, especialmente no caso de protocolos de saúde pública, mas não exclusivamente, ou no momento do seu uso. Nos serviços públicos, podem ser discutidos dentro dos conselhos gestores. A presença de usuários de serviços de saúde proporciona maior questionamento dos serviços e dos profissionais, favorecendo a transparência na gestão e na prestação de cuidados.
- k) **Limitações:** Deve conter identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas.
- l) **Plano de implantação:** O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos sites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente.

4.4.A Teoria do conforto

Teoria é uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma concepção preliminar, intencional e sistemática sobre um fenômeno (SMITH, 2015).

Allgood (2014), afirma que “teorias são modelos de fenômenos empíricos do mundo real que indicam os componentes ou elementos de tais

fenômenos e as relações que existem entre eles. As funções das teorias são, entre outras, fazer a síntese do conhecimento, explicar os fenômenos de interesse para a disciplina e determinar a previsão de meios para prever e controlar os fenômenos”.

Diante de tais concepções, elege-se a teoria de Kolcaba para subsidiar a construção e a análise dos fenômenos relacionados a esta pesquisa.

4.4.1. Biografia de Katharine Kolcaba

Nascida na cidade de Cleveland, Estado de Ohio, EUA. Katharine Kolcaba diplomou-se como enfermeira pela escola de enfermagem St. Luke's Hospital em Cleveland em 1965, vindo a atuar no campo da enfermagem médico-cirúrgica, cuidados continuados e domiciliares, especializando-se em Gerontologia pela escola de enfermagem Frances Payne Bolton no ano de 1987 (DOWD, 2004).

Dowd (2004), ao apresentar sua biografia e obra (Kolcaba), refere que a inquietude e a teorização sobre conforto teve seu início quando a mesma atuou em um serviço de cuidados a pessoas com demência, nos anos seguintes a partir da realização do curso de mestrado e doutorado desenvolveu e explicou sua teoria.

Ao longo desse tempo, publicou uma análise do conceito de conforto, juntamente com seu marido, que tem formação em filosofia. Desenvolveu um diagrama dos aspectos do conforto, que tornou funcional o conforto como resultado dos cuidados de enfermagem. E contextualizou o conforto numa teoria de médio alcance, a qual foi testada mediante um estudo de intervenções. As apresentações contínuas sobre sua ideia de conforto foram efetuadas em eventos científicos, em publicações de artigos e em outros veículos de comunicação científica, ajudando no aprimoramento da teoria, e tornando mais fácil sua aplicação.

Para acesso a outros materiais da autora, é possível consultar na internet, através do site <http://thecomfortline.com/about/moreme.html> vastas informações sobre a teoria, entrevistas concedidas, artigos publicados e vídeos produzidos. Além disso, encontra-se disponível o endereço eletrônico kolcaba@uakron.edu para quaisquer intercâmbios com pesquisadores e outros profissionais interessados pela temática conforto no

âmbito da enfermagem. A principal obra publicada de Katharine Kolcaba é *Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research*, (KOLCABA, 2003).

4.4.2. Desenvolvimento da teoria do conforto

Kolcaba (2003), ao buscar a origem da palavra conforto, encontrou a sua primeira fonte na palavra latina “*confortare*”, cujo significado é fortalecer consideravelmente. Pesquisou usos contemporâneos e arcaicos da palavra conforto em inglês, incluindo seu uso por Shakespeare e por muitos outros autores. Encontrou significados diferentes da palavra conforto, em dicionários. No dicionário Webster, deparou-se com seis diferentes definições e assinalou que, relacionado aos cuidados, um registro histórico rico do uso do conforto foi achado no livro *Notes of nursing*, de Nightingale, em livros de textos antigos, livros de textos novos e na escrita de teóricos da Enfermagem.

Pesquisou sobre os diagnósticos de Enfermagem, em Carpenito, os quais se centravam sobre os antecedentes do conforto, ou seja, nos desconfortos com três valores específicos para o conforto: causa da dor, náusea/vômito e prurido (KOLCABA, 2003).

Nesta primeira revisão, Katharine Kolcaba descreveu seis significados para o conceito do conforto, como descrito abaixo:

Primeiro significado: A causa do alívio do desconforto ou estado de conforto. Intervenção sobre a causa do desconforto, eliminando-a de forma a surgir o alívio que se traduz em conforto (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Segundo significado: Estado de tranquilidade e contentamento pacífico, um efeito da ação de pessoas ou coisas que fornecem ajuda ou ânimo. O estado de conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento entre outros, como causa ou efeito de desconforto. O conforto é o contrário do desconforto. As causas de conforto iniciadas por pessoas ou produzidas por objetos são consideradas forças que contrariam ou neutralizam os efeitos do desconforto. Os enfermeiros frequentemente identificam e eliminam a fonte de desconforto antes que o doente sinta os seus efeitos e neste sentido pode surgir a ação de confortar sem que antes seja sentido o desconforto, proporcionando um estado de tranquilidade. Quando o

desconforto não pode ser evitado é frequentemente compensado com medidas adicionais de promoção de conforto (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Terceiro significado: Alívio do desconforto. Este significado do conforto pode ser explicado através dos significados anteriores. O alívio do desconforto é proporcionar conforto, mas não significa um estado de conforto. O alívio pode ser incompleto (aliviar uma causa de muitas que causa o desconforto), parcial (o alívio pode ser um pouco menos desconfortável e não na totalidade) ou temporário (o alívio pode ser por um curto período de tempo). O estado de conforto pressupõe um nível elevado de alívio do desconforto que perdura ao longo do tempo (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Quarto significado: Algo que faz a vida mais fácil e agradável. Este significado é compatível com um objetivo hedônico que maximize o prazer. Este sentido é desconhecido na ciência de enfermagem, pelo que foi eliminado da pesquisa sobre o sentido técnico do conforto na enfermagem (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Quinto e sexto significado: Surge do significado da palavra oriunda do latim *confortare* “fortalecer grandemente”. No dicionário inglês surgem significados, segundo a autora, como: força, encorajar, ajudar, socorrer, suporte e ainda refrescar ou revigorar fisicamente (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Estes significados indicam renovação, ampliação de poder, sentimentos positivos e uma preparação para a ação. Podemos encontrar todos estes significados, com exceção do último, na literatura científica de enfermagem (KOLCABA & KOLCABA, 1991).

Para construção de sua teoria, considerada de médio alcance, Kolcaba utilizou três teóricos de enfermagem para subsidiar os tipos de conforto por ela selecionados: Orlando ao abordar alívio, Henderson ao abordar tranquilidade e Paterson e Zderad ao abordar transcendência. Em seus pressupostos teóricos, Kolcaba assegura que os indivíduos possuem respostas holísticas a estímulos diversos e o conforto é uma resultante integral esperada dos cuidados de enfermagem (DOWD, 2004).

Mcewen (2016), ao abordar a classificação das teorias de enfermagem pontua: A classificação pelo nível de alcance/abstração tem por objetivo refletir o nível de especificidade e concretude de seus conceitos e proposições, e

classifica e as teorias em: metateorias (mais abstratas e mais complexas), grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias práticas (menos abstratas e menos complexas).

As teorias de médio alcance são mais específicas e englobam um número limitado de conceitos. Estas teorias estão em um nível intermediário entre as grandes teorias e as teorias práticas e compreendem conceitos relativamente concretos que podem ser testados de forma empírica e atualmente, este tipo de teoria tem sido amplamente pesquisado e anuncia-se como um grande campo de pesquisa na área da enfermagem (SMITH, 2015).

Na teoria de Kolcaba, conforto abrange sete subconceitos categorizados: alívio, tranquilidade, transcendência, contexto físico, contexto psicoespiritual, contexto sociocultural e contexto ambiental (PONTE & SILVA, 2016).

A subjetividade da percepção de conforto cria numerosas concepções que Alligood (2014), afirmam impedir o consenso quanto à sua definição, mas é associado a necessidade humana básica, devendo ser considerado um elemento essencial para o cuidado holístico e de relevância para a enfermagem e clientes que estão sob seus cuidados.

Conforto pode ser identificado a partir da experiência de pessoas que recebem medidas de conforto e alcançado quando são satisfeitas as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nas experiências física, mental, espiritual, social e ambiental; sendo o alívio a sensação de uma necessidade de conforto satisfeita, tranquilidade um estado de calma e transcendência uma condição na qual se consegue suplantar um problema ou dor (KOLCABA, 2003).

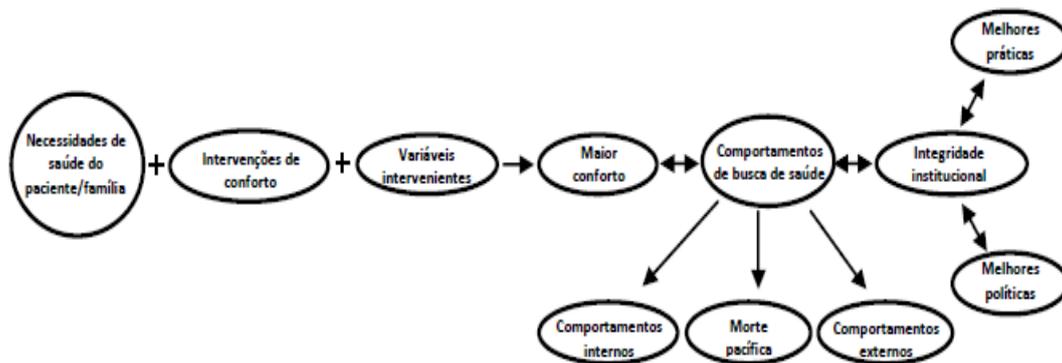
Destarte, a multidimensionalidade do termo conforto inseridos em diversos contextos exige do profissional de saúde uma reflexão emanada de sua própria experiência e vivência pessoal que de acordo com Kolcaba (1991), se apoia nas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental.

Estes contextos são cenários, situações, percepções, crenças, valores, e resposta sensitiva o qual cada um atribui a sua percepção de conforto. No **contexto físico**: refere-se a sensação do corpo; O **contexto psicoespiritual**: pertencente a conscientização do eu, da autoestima, da sexualidade, do

significado da vida, da relação com uma ordem ou ser superior; O **contexto ambiental**: diz respeito ao meio em que o indivíduo se insere, além de interferências externas; No **contexto social**: estão as relações humanas familiares, grupais e comunitárias etc.

4.4.3. Representação gráfica da Teoria de Kolcaba

Figura 2. Estrutura conceitual da Teoria do Conforto.



Fonte: <http://web.archive.org/web/20180112232401/http://www.thecomfortline.com:80/index.html>

A Figura 2 apresenta o modelo da Teoria do Conforto com os principais conceitos articulados pela teórica. Embora neste estudo não seja aplicado conforme a sequência gráfica acima, devido ao fato de o mesmo avaliar o conforto na perspectiva dos profissionais e não dos pacientes, a representação gráfica amplia a compreensão do conforto como resultado dos cuidados executados pelos profissionais de saúde.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na etapa de análise de resultados exigiu-se um olhar atento, criterioso com intuito de apreender dos achados o máximo no seu conjunto, posto tratar-se de uma responsabilidade impar com o objeto do estudo.

O referencial teórico e a metodologia escolhida para este estudo tornaram possível a compreensão do significado dos protocolos de intervenção do SAMU mediante a percepção do conforto dos profissionais.

Na apresentação dos dados sociodemográficos obteve-se os seguintes dados e perfis:

5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa vinte e quatro (24) profissionais entre médicos (07), enfermeiros (07), técnicos de enfermagem (03) e condutores (07).

Brasil (2002) define que cada categoria apresenta suas respectivas competências:

Aos **médicos intervencionistas** compete práticas de reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; Prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; Exercer o controle operacional da equipe assistencial; Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; Avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; Preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência e obedecer ao código de ética médica entre outros.

Aos **enfermeiros assistenciais** compete o atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Executar prescrições médicas por telemedicina; Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos

científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; Participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; Obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem e conhecer equipamentos; Realizar manobras de extração manual de vítimas entre outros.

Aos **técnicos de enfermagem** compete a atuação sob a supervisão imediata do profissional enfermeiro, além de assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; Prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; Participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências e emergências e realizar manobras de extração manual de vítimas.

Aos **condutores** compete realizara condução dos veículos terrestres de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; Conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; Conhecer a malha viária local, a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local; Auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida, nas imobilizações e transporte de vítimas; Realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica e identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

Essas competências acima descritas devem ser as características do profissional que atua no ambiente pré-hospitalar móvel, pois permanentemente se deparam com situações que exigem além das aptidões, conhecimento técnico. É necessário saber lidar com situações nas quais devem estar sempre presentes a criatividade, o espírito de observação e a tomada de atitude. Para isso, o processo ensino-aprendizagem deve responder a essas necessidades, adequando-se à complexidade e à imprevisibilidade, características do processo de trabalho em saúde (SILVA, 2016).

No que se refere a categorização por sexo entre os participantes, houve uma predominância do quantitativo de participantes do sexo masculino com dezoito (18) em comparação ao do sexo feminino seis (06), o que representam 75% e 25% respectivamente. Ao se analisar a distribuição do sexo por categoria profissional, dos (07) profissionais médicos, 05 são masculinos e 02 femininos; Entre os enfermeiros dos (07), 04 são masculinos e 03 femininos; Da categoria técnico de enfermagem (03), todos são masculinos e em relação aos condutores (07), 06 são masculinos e 01 feminino.

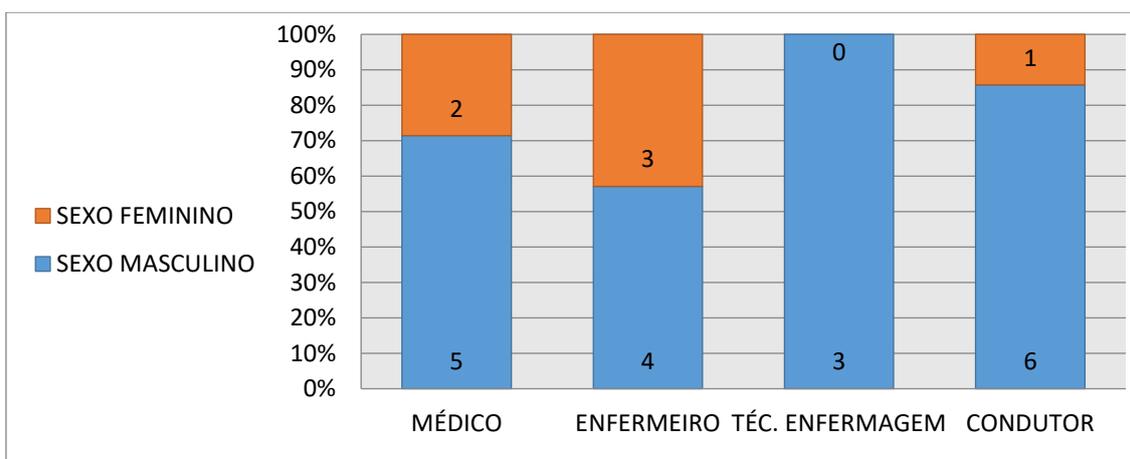


Gráfico 01 - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo e profissão.

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se analisar o perfil dos profissionais a partir da realização de cursos vinculados à área de urgência e emergência, evidencia-se que dos vinte e quatro (24) profissionais entrevistados, dezesseis (16) relataram ter realizado entre 1 a 3 cursos, quatro (4) realizaram entre 4 a 5 cursos e quatro (4) fizeram acima de 5 cursos, no período em que atuam neste serviço de urgência e emergência.

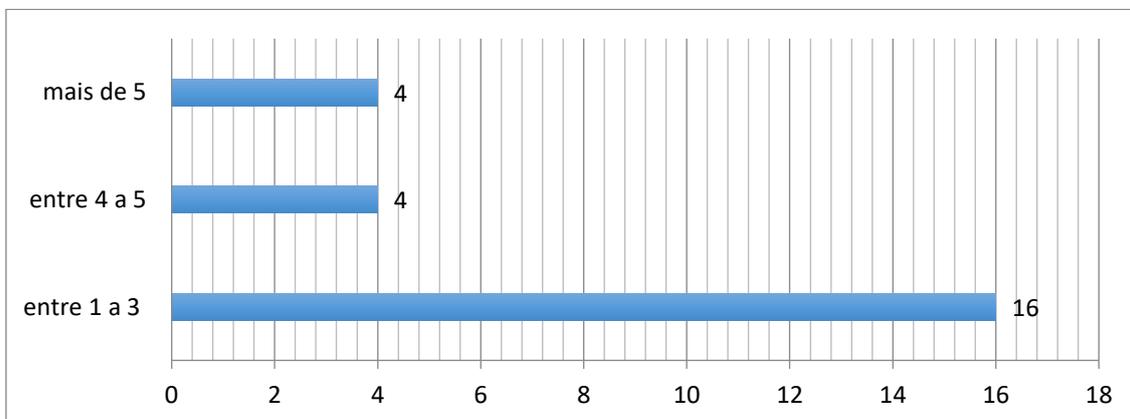


Gráfico 02 - Distribuição dos participantes da pesquisa conforme realização de cursos

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao fator tempo de experiência, pode-se considerar que este exerça alguma influência significativa sobre a percepção da condição de conforto no dia a dia das práticas laborais do SAMU. Sendo que profissionais com maior tempo de experiência tendem a ter uma visão mais ampla sobre os fatores determinantes de conforto no contexto físico e ambiental.

5.2. Análise do corpus textual

A análise do corpus textual é uma forma específica de trabalhar os dados que coletados por meio verbal e posteriormente transcritos, são tratados conforme a proposta metodológica do estudo.

Desta forma, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade originando um corpus textual que foi preparado à luz do software *Iramuteq*. Após o preparo, o corpus foi analisado visando alcançar os objetivos propostos. A exploração do corpus promoveu um quadro de características/lemas associadas ao tema: conforto.

Essas características foram agrupadas em submetas representadas pelos contextos em que a partir da perspectiva de Kolcaba, é possível experimentar o conforto.

5.3. Perspectivas originadas a partir do objeto estudado

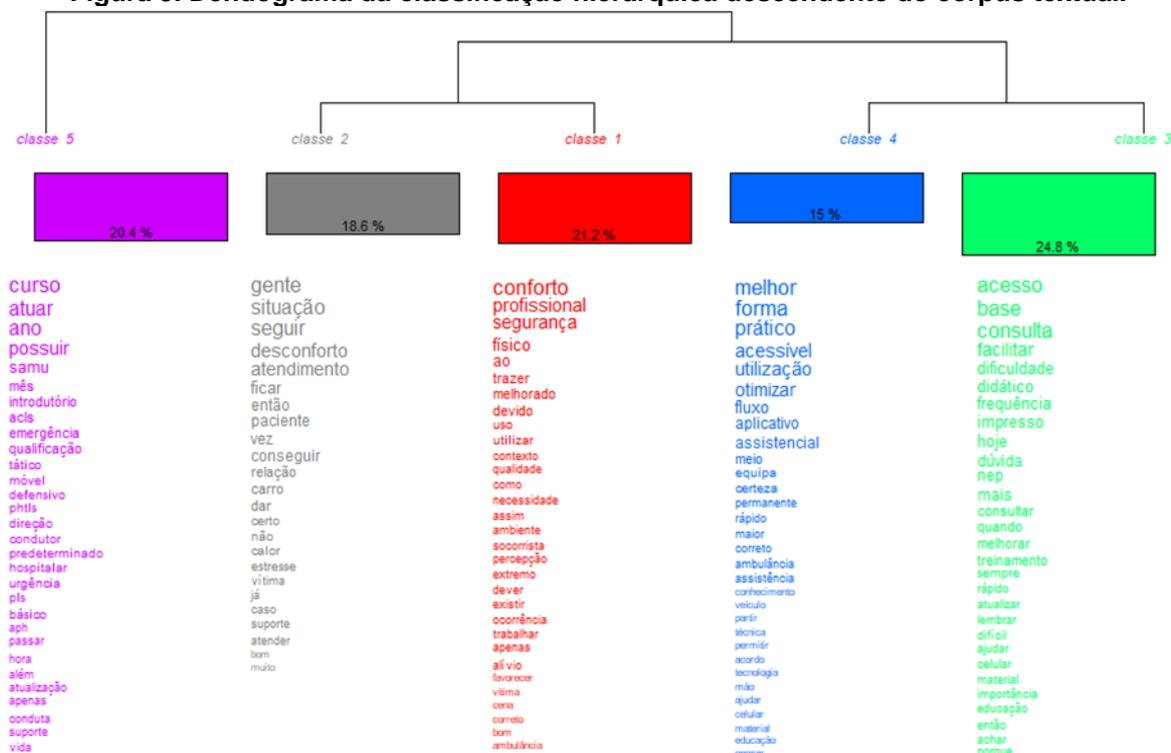
Os resultados produzidos a partir da análise do corpus textual realizado no software *Iramuteq* versão alpha 7.2, permite compreender a complexa estrutura como se segue: Dos 169 segmentos de texto, obteve-se 5.817 ocorrências (palavras) distribuídas em 1.266 formas diferentes (preposições, verbos, adjetivos, etc). O número de palavras com frequência única confere com 735, o que representa pouco mais de 12,64% das ocorrências e pouco mais de 58,06% das formas.

Ressalta-se que foi possível utilizar as análises lexicais sem que houvesse perda no contexto em que as ocorrências aparecem nas respostas do grupo estudado, contribuindo para maior objetividade e o avanço nas interpretações dos segmentos de texto.

Os segmentos de texto (169) foram analisados e classificados por meio da classificação hierárquica descendente (CHD). A CHD dividiu o corpus em 5

classes e em dois subcorpus agrupando as classes 2 e 1 separadas das classes 4 e 3 e da classe 5, o que resultou no dendograma a seguir:

Figura 3. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que o dendograma apresenta na classe 3 sua maior Unidade de Contexto Elementar-UCE (24,8%). Nesta classe, a variável relacionada é a *up_3 que se refere ao uso de protocolos pelos sujeitos. Dessa forma, pressupõe-se que o uso dos protocolos esta diretamente condicionado a acessibilidade aos mesmos, como será citado na discussão.

Tabela 2. Classe 3 – corpus textual 1. Utilização de protocolos na visão dos entrevistados. SAMU, 2019.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	P valor	Chi ²
Acesso	10	13	<0,0001	21.43
base	10	13	<0,0001	21.43
Consulta	09	11	<0,0001	21.27

Fonte: Dados da pesquisa

A expressão acesso ($\chi^2=21.43$) e consulta ($\chi^2=21.27$) representam juntas 65.51% de frequência (ST) da tabela correspondente, estas podem ser identificadas como palavras que antecedem a expressão “aos protocolos”. Esta classe sugere que os profissionais que trabalham no atendimento pré-hospitalar consideram os protocolos como um elemento altamente relevante, porém, com acessibilidade limitada, sendo comumente acessado somente na base (alojamento) e pouco frequente durante o deslocamento e/ou no atendimento.

n_20 “então para facilitar a nossa vida como hoje já existem aplicativos penso que os protocolos poderiam ser criados com base em aplicativos para facilitar o acesso para consulta”.

n_4 “porém sua importância não favorece para a frequência de consultas pois eu mesmo os consulto com pouca frequência normalmente quando acontece alguma atualização pelo motivo da dificuldade de acesso ao material didático”.

n_14 “eu consulto os protocolos com pouca frequência a porque o material é de difícil acesso e pouco didático não tem muita ilustração então são dois fatores que me levam a não os recorrer”.

n_21 “se fosse mais didático com mais acesso seria facilitado o aprendizado os protocolos ajudam no conforto ao profissional pois se você tem consciência dele terá firmeza na hora de fazer a prática e isso promoverá um alívio psicoemocional pois você sabe que está respaldado”. (APÊNDICE C).

A partir destes relatos, percebe-se que há um evidente anseio no sentido de otimização do uso dos protocolos, principalmente no aspecto psicoespiritual, o que remete a necessidade de ampliar a acessibilidade aos protocolos.

Contudo, algumas situações adversas constantes nessa modalidade de atendimento compreendem: limitação de espaço para a realização de técnicas, vítimas presas em ferragens, soterramento e desabamento, tentativa de suicídio, atendimento domiciliar, falta de luminosidade, poluição sonora, atendimento múltiplo, exposição ao sol, calor, frio, chuva, dentre vários outros (ALVES, 2013). Nestas situações a consulta a protocolos durante o atendimento torna-se dificultoso, mediante as condições do local e a urgência do agravo.

Tabela 3. Classe 2 – corpus textual 1. Condições de trabalho e sua relação com o conforto. SAMU, 2019.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	P valor	Chi²
Gente	10	16	<0,0001	23.76
Situação	7	9	<0,0001	22.65
Seguir	8	12	<0,0001	20.51
desconforto	4	4	<0,0001	18.17
Atendimento	14	34	<0,0001	16.41

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se buscar a compreensão dos dados contidos na classe 2, evidencia-se que existe uma intrínseca relação entre a experiência de percepção de conforto e o ato/momento do atendimento profissional. Demonstrado mediante o percentual de 41,86% do total dos ST analisados referirem essas palavras.

n_6 “uma vez que trabalhamos no calor e o carro não tem ar às vezes o calor é tanto que a gente nem consegue suportá-lo e por isso saímos da viatura a fim de movimentar e ganhar um ar eu acredito que isso atrapalhe o atendimento”. (APÊNDICE C).

n_8 “todavia o protocolo tem de ser seguido a gente tem de fazer o que ele pede porque já foi comprovado que seguindo o protocolo o atendimento será eficaz e seguro para a vítima ainda que exista desconforto ao socorrista”.

n_14 “pra gente fica muito estressante na época do calor então acredito que se isso fosse considerado nos protocolos para que medidas fossem tomadas para minimizar esse desconforto além da manutenção do carro que é deficitária daria para melhorar muito nossos atendimentos e com mais agilidade”.

Considerando ainda que o momento do atendimento ao paciente/vítima é o “auge” do trabalho dos profissionais de APH, as condições de trabalho relatadas como a característica dos uniformes e as condições térmicas dentro do veículo devem ser levadas em conta, pois implicam na qualidade da assistência prestada ao paciente/vítima, bem como, na qualidade de vida do profissional.

Em síntese, observa-se que as relações entre os profissionais e o serviço estão prejudicadas por apresentarem condições de trabalho nem sempre adequadas, conforme os relatos n_14 e n_6.

Tabela 4. Classe 1 – corpus textual 1. O conforto nos contextos da teoria de Kolcaba. SAMU, 2019.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	P valor	Chi²
Conforto	16	20	<0,0001	50.16
Profissional	17	27	<0,0001	36.92
Segurança	12	15	<0,0001	35.7
Físico	08	09	<0,0001	26.75

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 4 elucida quatro grandes elementos que possui forte relação entre si. No entanto, o conforto ($\chi^2=50.16$) e a segurança ($\chi^2=35.7$) se apresentam como duas relevantes condicionantes no contexto físico e psicossocial do profissional, conforme apresentado na teoria de Kolcaba e evidenciada nos relatos a seguir:

n_03 “com o uso de protocolos teremos menos fadiga menos cansaço físico e menos cansaço psicológico além de mais segurança no agir o que corrobora para um conforto ao cliente e profissional com o uso de protocolos”.

n_12 “hoje os protocolos estão mais direcionados à parte do atendimento médico acho que eles deveriam ser direcionados também ao conforto relacionado ao ambiente de trabalho ao conforto dentro da ambulância à segurança da cena e do profissional”.

n_17 “seguindo o protocolo nós averiguamos a segurança da equipe a nossa segurança individual para ver se o socorro é possível sem haver mais vítimas e isso corrobora para o conforto o protocolo nos traz tranquilidade à consciência e ameniza o estresse”.

n_22 “o uso de protocolos relacionado à percepção de conforto é controverso o protocolo na maioria das vezes não trará percepção de conforto e sim segurança na assistência prestada, sendo assim, no atendimento SAMU essa percepção de conforto quase sempre ficará subjetiva”.(APÊNDICE C).

Kolcaba (2003), aponta ainda que o conforto é uma experiência imediata e holística a qual é fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O contexto físico pertence às sensações do corpo, o psicoespiritual à consciência interna de si, autoestima, sexualidade e o significado da vida, o

social pertence às relações interpessoais, familiares e sociais e o ambiental ao meio e influências externas.

Desta forma, o conforto dos profissionais do SAMU participantes desta pesquisa vai ao encontro das percepções teorizadas por Kolcaba: alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitos nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental). Revelados nas falas dos entrevistados a seguir:

Conforto a partir do contexto físico

n_5 “os protocolos favorecem ao conforto do profissional pois orienta não só técnicas de socorro como de postura do socorrista frente ao cenário e às vítimas, alinhamento da coluna como se deve agachar qual a maneira correta para minimizar o sofrimento físico do socorrista”.

n_7 “a relação de protocolos com a percepção de conforto é favorável em relação aos aspectos físico e psíquico pois os protocolos foram elaborados por profissionais competentes, a fim de trazer conforto e evitar lesões aos pacientes e aos profissionais”. (APÊNDICE C).

Conforto a partir do contexto psicoespiritual

n_3 “com o uso de protocolos teremos menos fadiga, menos cansaço físico e menos cansaço psicológico, além de mais segurança no agir, o que corrobora para um conforto ao cliente e profissional com o uso de protocolos”.

n_5 “isso causa abalo ao socorrista, porém, com o protocolo seguimos o que está ali, caso a ocorrência tenha sucesso ou não, a partir do uso de protocolos há o alívio do sofrimento físico e quiçá emocional do profissional, pois seguindo o protocolo sabemos que ele está correto”.

n_24 “no conceito psicológico e espiritual é importante pensar nos resultados que não queremos ter, então quando a gente sai de uma ocorrência com um resultado bom a gente sabe que está trabalhando de acordo com os protocolos, com as diretrizes”. (APÊNDICE C).

Conforto a partir do contexto social

n_7 “fatores de risco biológico, ergonômico, segurança da cena e do ambiente de trabalho podem ser amenizados a partir do uso de protocolos”.

n_10 “eu estou sempre me atualizando e buscando informações, converso sempre com outros profissionais da área que me passam informações e ao mesmo tempo me mostram a literatura para consulta e isso me ajuda no conhecimento perante à minha equipe, além de promover segurança por parte dela em mim”.

n_14 “acho que deveria haver uma política que trabalhasse a associação entre entidades e segurança para que isso fosse respaldado nos protocolos a fim de melhorar nosso conforto assim como a observação da qualidade dos veículos”. (APÊNDICE C).

Conforto a partir do contexto ambiental

n_24 “quanto ao quesito ambiental tem a questão do ambiente onde ficamos na base, tem a questão da organização, limpeza, todos esses quesitos geram maior conforto no atendimento”. (APÊNDICE C).

Tabela 5. Classe 4 – corpus textual 1. O conforto no contexto dos protocolos. SAMU, 2019.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	P valor	Chi ²
Melhor	5	5	<0,0001	29.54
Forma	5	5	<0,0001	29.54
Prático	9	15	<0,0001	27.35
Acessível	4	4	<0,0001	23.42
Utilização	5	6	<0,0001	23.12
Otimizar	6	9	<0,0001	20.39

Fonte: Dados da pesquisa

A classe 4 de concordância, possuem palavras que foram referidas pelos participantes, acessível (chi²23.42), utilização (chi²23,12) e otimizar (chi²20.39) as quais depreendem significância a partir da frequência e contextualização no que se refere a importância dos protocolos em suas práticas cotidianas.

n_3 “os protocolos poderiam ser otimizados para a melhor utilização, por meio de aplicativos, tecnologias, tablets ou laptops pela praticidade do uso”.

n_7 “para melhor utilização nas práticas assistenciais os protocolos poderiam ser otimizados por meio de cursos em núcleos de educação permanente instruindo sobre a sua utilização em dias acessíveis aos profissionais”.

n_15 “porém penso que poderiam ser revisados, pois são um pouco burocráticos, o formato deles, a digitação em letras pequenas, então para otimizar a utilização deles eles poderiam ter um recurso em áudio ou visual”.

n_24 “os protocolos poderiam estar mais acessíveis para a equipe por meio de um aplicativo ou de fluxos, porque tocando a ocorrência a gente tem um tempo resposta em que poderiam ser consultados, se estivessem disponíveis de forma mais fácil”. (APÊNDICE C).

As falas acima transcritas remetem a necessidade de tornar os protocolos mais acessíveis aos profissionais, no qual a tecnologia digital

apresenta-se como sendo uma potencial alternativa para acesso aos conteúdos.

Machado (2016) ressalta a necessidade de buscar instrumentos que permitam compreender e apreender o processo de trabalho, como facilitador da desalienação através do conhecimento, da estratégia de trabalho e da operacionalização de técnicas.

Sobre o uso de tecnologias a partir de acesso a conteúdo digitais, Pronkoet *al* (2011), com o processo de uso da tecnologia cada vez mais complexo, faz-se necessário reconhecer a interdependência e a colaboração no processo de trabalho em saúde entre os diversos trabalhadores, com vistas a melhorar a qualidade nos serviços.

Tabela 6. Classe 5 – corpus textual 1. A qualificação profissional a partir da realização de cursos. SAMU, 2019.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	P valor	Chi²
Curso	22	27	<0,0001	
Atuar	17	17	<0,0001	
Ano	19	21	<0,0001	
Possuir	15	15	<0,0001	
Samu	17	25	<0,0001	
Mês	7	7	<0,0001	
Introdutório	7	7	<0,0001	
Acls	7	7	<0,0001	
Emergência	14	14	<0,0001	
Qualificação	6	6	<0,0001	
Tático	5	5	<0,0001	
Móvel	5	5	<0,0001	
Defensivo	5	5	<0,0001	
PHTLS	4	4	<0,0001	
Direção	4	4	<0,0001	
Condutor	4	4	<0,0001	
Predeterminado	6	8	<0,0001	
hospitalar	6	8	<0,0001	

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando a Tabela 5, pode-se inferir que do total de 170 frequências (ST) apresentadas, 43 estão relacionadas aos principais cursos realizados pelos participantes. ACLS (7), emergência (14), condutor tático (9), direção defensiva (9) e PHTLS (4), o que representa um percentual de 25,29% do total. Esses cursos possuem certa relevância na qualificação de profissionais que atuam no APH móvel conforme apresentados nas falas a seguir:

n_2 “a partir dos cursos de treinamento os protocolos ficam na sua mente então hoje eu já não consulto os protocolos com tanta frequência comparado ao período quando comecei pois eu tinha necessidade de consultar com mais frequência”.

n_9 “atuo há seis anos no pré-hospitalar móvel possuo cursos de qualificação em urgência e emergência nos módulos de PHTLS, ACLS, PALS, além de treinamento do SAMU e alguns outros”.

n_18 “atuo há quatro anos e três meses no SAMU e possuo curso de direção defensiva, de condutor tático, de condução de veículos de emergência e curso introdutório do SAMU eu acho muito boa a ideia do protocolo”.

n_24 “a gente deveria ser mais incentivado a buscar conhecimento já que os cursos de imersão são uma ótima fonte para estarmos sempre atualizados e garantir o melhor atendimento aos nossos pacientes”.(APÊNDICE C).

Sobre os cursos que se apresentaram pelas siglas ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) em livre tradução Suporte Avançado de Vida em Cardiologia é um curso para treinamento em emergências médicas, especificamente emergências cardiovasculares desenvolvido pela American Heart Association (AHA) e o PHTLS (Prehospital Life Support), com livre tradução de Atendimento Pré-hospitalar no Trauma é um curso de imersão teórico-prático que aborda a sequência do atendimento no trauma em diferentes cenários, com ênfase no cuidado sistematizado, desenvolvido pela National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT).

Como forma de reforçar o que se percebeu a partir das afirmativas dos entrevistados tem-se: A qualificação das equipes e a experiência prévia na área de emergência são fatores primordiais que estão diretamente relacionados ao sucesso do atendimento, enfatizando a importância de cursos específicos para as equipes de resgate pré-hospitalar (ALLIGOOD, 2014).

Os protocolos de atendimento, abordados nesses cursos, muitas vezes são transformados em protocolos institucionais, na perspectiva de padronizar as práticas assistenciais em saúde, destacando-se aí uma prática assistencial inflexível e sem autonomia de escolha (MARTINS, 2004).

Contrapondo-se a ideia da possível inflexibilidade e perda de autonomia, cita-se:

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional, o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição (PIMENTA, 2015, p. 10).

Matos (2001), ao se referir sobre as capacitações e aperfeiçoamentos contínuos dos trabalhadores, afirma que o mesmo não deve favorecer somente o conhecimento técnico, sendo tão importante quanto este o conhecimento ético-político e social. A preocupação deve ser com o desenvolvimento do indivíduo nas suas dimensões pessoal, profissional e institucional.

Para o atendimento pré-hospitalar, a sociedade tem como principal expectativa a proteção da saúde. Nesta característica, inclui-se o reconhecimento da competência técnica dos profissionais e a expectativa de um atendimento eficaz, humanizado e ético em consonância com o SUS (ALVES, 2013).

5.4. O conforto dos profissionais de APH

As queixas de saúde dos trabalhadores são pouco apreendidas pelos serviços médicos das instituições de saúde porque, muitas vezes, dizem respeito aos efeitos psicológicos sofridos pelos mesmos. Os profissionais acabam excedendo os seus limites, num trabalho que se torna tão estressante, que não os permite recuperarem-se ao estado inicial, assim sendo essa mudança interfere nas práticas profissionais e na vida pessoal do trabalhador (SOUZA, 2015).

A partir do exposto, é possível compreender a necessidade de se promover medidas de conforto para aliviar situações consideradas como estressoras conforme se vê a seguir:

n_11 “por se tratar de urgência e emergência em que os profissionais estão submetidos a muito estresse, o protocolo dá um suporte importante para que a gente consiga realizar um atendimento coordenado sem estresse exacerbado, para conseguirmos fazer a assistência do paciente”.

n_23 “além disso, um ambiente para a distração do profissional se faz necessário, porque ele fica vinte e quatro horas em um ambiente

estressante, então acho que isso também é importante como medida de conforto ao profissional”. (APÊNDICE C).

Machado (2016), afirma que o processo saúde-doença é também construído no trabalho, pois neste espaço se pode reafirmar a autoestima, desenvolver as habilidades, expressar as emoções, a personalidade, tornando-se também espaço de construção da história individual e de identidade social.

O conforto também foi relatado como um anseio capaz de ser alcançado conforme pode ser visto nas falas a seguir:

n_3 “com o uso de protocolos teremos menos fadiga, menos cansaço físico e menos cansaço psicológico, além de mais segurança no agir o que corrobora para um conforto ao cliente e profissional com o uso de protocolos”.

n_15 “algo mais simplificado que ajudaria na visualização do protocolo sem ter de carregar um livro ou até mesmo baixado nos celulares, o protocolo pode ser utilizado para dar um conforto para o profissional, tanto na questão organizacional do serviço quanto na questão de atender uma ocorrência”.

n_22 “se aliarmos teoria à prática inserindo o ajuste humanitário à assistência haverá maior conforto para o assistido”.

n_21 “o conforto aumenta com a utilização dos protocolos porque sabemos que fizemos o melhor para o paciente, a gente se sente mais amparado, mais confortável, mas sugiro algumas considerações de melhoria como o nosso uniforme não ser adequado para o atendimento, principalmente nas ruas e nos domicílios”.

n_24 “sobre conforto os protocolos nos dão as diretrizes para trabalharmos em todos esses aspectos de uma forma que deixaria a gente mais tranquilo em todos os contextos de conforto. São várias coisas que poderiam ser amenizadas pelos protocolos em busca de maior conforto ao profissional uma delas é a questão da capacitação permanente e cursos de imersão a disponibilidade dos protocolos em todas as unidades através de fluxos softwares ou aplicativos para acesso de forma rápida”, (APÊNDICE C).

5.5. Os protocolos de intervenção do SAMU

Medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar, especificamente, na redução da variabilidade da prática clínica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, mais recentemente, protocolos assistenciais (PAES, 2011).

Brasil (2014), ao tecer sobre a implantação de protocolos de intervenção do SAMU no âmbito nacional descreve que esses profissionais exercitam diariamente uma luta em favor da saúde dos cidadãos e enfrentam toda a sorte de urgências, do parto à parada cardiorrespiratória, da crise, convulsiva ao politraumatizado, da intoxicação à queimadura, da dor no peito à hipoglicemia e

muito mais. É um verdadeiro desafio diário na busca por uma oferta de ações de saúde de qualidade.

Diante dessa variabilidade e imprevisibilidade, para uma resposta pronta, eficaz, concebe-se:

Em momento oportuno, esses profissionais precisam muito mais do que ambulâncias, materiais e equipamentos. A boa estruturação, uma gestão eficiente, educação permanente e ferramentas modernas de condução das ações e de apoio à tomada de decisão, podem auxiliar muito (BRASIL, 2014).

Para Louro (2010), o processo de criação e incorporação de uma /tecnologia tem seu início em algum problema que necessita ser solucionado. Que neste caso específico pode ser considerado a variabilidade e imprevisibilidade de cada atendimento, no qual os protocolos se apresentam como um meio de padronizar as ações.

Adão (2012) pontua que o uso de protocolos de assistenciais possibilita ao enfermeiro e à equipe de APH menor tempo de atendimento, maior eficiência, menores possibilidades de erros, garantindo um atendimento de qualidade e eficácia.

Honório e Caetano (2009), ao descreverem sobre a participação de profissionais enfermeiros na elaboração de protocolos afirmam que a vivência de elaborar protocolos proporciona crescimento para a equipe e para cada profissional, com repercussões na melhoria da qualidade do trabalho. Permite que cada profissional expresse seu conhecimento e suas experiências, seguindo-se discussões geradoras de consenso indutor de condutas unificadas e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade da assistência.

A elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria de processos assistenciais e de gestão em saúde. Diante da forte presença do SAMU em todo o país, tais protocolos se concretizam como uma importante ação para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada e com potencial impacto sobre toda a Rede de Atenção às Urgências e seus resultados (BRASIL, 2014).

No entanto, Pimenta (2015), chama a atenção para a criação e adaptação desordenadas de protocolos, resultando em recomendações vagas ou não adequadas às características locais, e a ausência de validação pela

equipe de profissionais e usuários são falhas na construção dos protocolos, mas não da sua utilização.

Os Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192 foram construídos a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos, da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado e sua base fundamental foi composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema (BRASIL, 2014).

Através dos depoimentos dos sujeitos é possível constatar a importância dada aos protocolos:

n_2 “considero os protocolos essenciais para o melhor atendimento ao paciente, pois com ele conseguimos deixar tudo mais cortical pela facilidade, habilidade e rapidez na hora do atendimento”.

n_4 “ninguém fica atropelando um ao outro porque cada um sabe a sua responsabilidade dentro daquela cena, na questão física ninguém sobrecarrega demais o próprio corpo porque tem o protocolo que preconiza dois socorristas para atendimento ou três na situação de um surto psiquiátrico”.

n_5 “os protocolos favorecem ao conforto do profissional pois orienta não só técnicas de socorro como de postura do socorrista frente ao cenário e às vítimas, alinhamento da coluna, como se deve agachar qual a maneira correta para minimizar o sofrimento físico do socorrista”.

n_8 “o protocolo exige práticas de acordo com a técnica teorizada, mas em certos atendimentos requerem que fuçamos um pouco o que foge um pouco ao que está descrito, porém, com certeza o protocolo dá a nossa base para prestar o melhor atendimento possível”.

n_10 “os protocolos me ajudaram a ter um pouco mais de sensibilidade, peço a Deus essa ajuda para ser iluminado e que as coisas corram da melhor maneira possível, não me cobrando perfeição mas seguindo sempre os protocolos”.

n_15 “o uso do protocolo orienta todo o atendimento para esse profissional que está iniciando no APH, isso traz conforto ao profissional que utiliza o protocolo justamente porque temos um padrão de conduta, assim como em outros países, em outras cidades, outras bases”.

n_17 “segundo o protocolo nós averiguamos a segurança da equipe, a nossa segurança individual, para ver se o socorro é possível sem haver mais vítimas e isso corrobora para o conforto, o protocolo nos traz tranquilidade a consciência e ameniza o estresse”.(APÊNDICE C).

Protocolos representam uma determinada tecnologia, que permite aperfeiçoar intervenções, principalmente em situações que requeiram decisões imediatas. A produção de protocolos que contenham as melhores evidências conhecidas pode subsidiar a prestação de cuidados, baseada em boas práticas

clínicas, e possibilitar a recuperação/restauração do estado de saúde, antes afetado.

Neste sentido, a aplicabilidade de protocolos se faz cada vez mais necessária na consolidação de alguns aspectos da prática clínica do enfermeiro, especialmente junto a clientes críticos, pois sistematiza a assistência e estabelece, objetivamente, passos e condutas na abordagem a determinado agravo. (PAES, 2011).

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (PIMENTA, 2015).

Quanto a apresentação do conteúdo dos referidos protocolos de intervenção do SAMU, poderão ser consultados, com intuito de trazer melhor entendimento, nos sumários apresentados no Anexo IV. Justifica-se a apresentação somente deste sumário devido à inviabilidade de dispor o denso conteúdo na íntegra.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo a partir das percepções relatadas pelos profissionais do SAMU e analisadas a luz da teoria do conforto proposto por Kolcaba, propiciou a reflexão sobre os aspectos subjetivos do conforto experimentados no processo de trabalho dos quais estes trabalhadores lidam diariamente. Vale ressaltar que por vezes algumas respostas de entrevistados invocaram com maior força o aspecto relacionado ao processo de trabalho em relação a sua própria percepção individual de conforto.

Sobre esse serviço (SAMU), ele tem sido alvo de frequentes estudos e forte atenção pelas autoridades governamentais, algo que gera expectativa de que esta pesquisa contribua com a valorização dos profissionais e melhores condições de atendimento à população.

Os temas abordados buscaram tratar questões que perpassam desde as condições de organização do trabalho e suas configurações, políticas públicas de saúde, incorporação e impacto de tecnologias como os protocolos e suas implicações à valorização do profissional a partir de aspectos singulares da realidade laboral. Desta forma, a subjetividade e a autonomia de cada sujeito, quando desenvolvidas no trabalho, não podem ser replicadas neste espaço sem incluir tais aspectos, que traz para si uma exigência que reflete o modo como a sociedade os enxergam, ou seja, sujeitos inseridos em um determinado ambiente, que compõem seus grupos sociais e que possui plena consciência psíquica.

Esta pesquisa facultou o aprofundar no conhecimento sobre a assistência em urgência e emergência pré-hospitalar, bem como, perceber a complexidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, sobre o qual pode se dizer que percorre o caminho inverso em relação a equipe hospitalar, ou seja, no SAMU as equipes não esperam que o paciente chegue até a eles, mas sim, vão ao encontro dele.

O estímulo aos profissionais a se posicionarem de modo crítico e reflexivo sobre o conforto a partir do uso de protocolos abriu espaço para estes repensarem sobre suas práticas, compreendendo o processo de trabalho no qual se encontram inseridos, com vista em superar desafios e transpor obstáculos que afetam a experiência humana do conforto.

A integração e o estabelecimento de medidas de conforto aos processos de trabalho, neste caso ao uso dos protocolos, produzem valorização da execução do trabalho de profissionais que atuam em APH móvel, porém, o êxito deste processo dependerá da compreensão do profissional sobre seu papel ativo enquanto protagonista no sistema. Assim como, de investimentos e recursos materiais capazes de produzir impacto no contexto físico e ambiental, mediante a inserção desta temática na agenda de gestores os quais detém o poder de decisão no sistema único de saúde.

A concepção de conforto apresentada na teoria de Kolcaba tem como característica o reconhecimento da necessidade de ampliar o processo de respostas às complexas questões que envolvem o conforto das pessoas nos seus diversos contextos, inclusive no trabalho.

Por conseguinte, a teoria do conforto de Kolcaba postula que o conforto deve ser compreendido além do contexto meramente físico e ambiental, que apesar de serem indissociáveis do todo, necessitam estar interligados aos aspectos social e psicoespiritual.

No que se refere a criação de protocolos organizacionais, pode-se afirmar que os profissionais se encontram a margem do processo de avaliação das medidas de conforto, notadamente pela não contemplação da solução de anseios como, por exemplo, a escolha de uniformes adequados ao trabalho, as condições estruturais do alojamento, condições do veículo etc.

Quanto ao alcance das respostas e inquietações motivadoras desta pesquisa, considera-se como alcançadas. O pressuposto inicial era de que houvesse uma inter-relação entre os protocolos e a percepção de conforto algo que se constatou de modo mutuamente benéfico.

A metodologia utilizada no estudo através das técnicas de coleta e organização dos dados permitiu a leitura e a compreensão da relação entre os protocolos e a percepção de conforto na perspectiva dos profissionais do SAMU.

Contudo, esta pesquisa apresentou algumas limitações, tais como a dificuldade de liberação institucional para ampliação do cenário da pesquisa para além de uma única base do SAMU, o que não permitiu a comparação de resultados com outra realidade. E o descrédito por parte de alguns participantes quanto a capacidade da pesquisa acadêmica gerar algum

resultado concreto quanto a ampliação de recursos materiais e estruturais ligados ao ambiente de trabalho e ao conforto físico.

No entanto, a análise de dados realizado a partir de uma abrangente literatura e sob diversos aspectos, possibilitaram o alcance dos objetivos propostos.

A partir das incursões em campo, ainda que não fosse o foco do estudo foi possível evidenciar o descuido estabelecido pelos gestores públicos no que tange as condições de infra estrutura dos alojamentos (base) onde os profissionais aguardam o acionamento das ocorrências. As necessidades de manutenção são das mais diversas como hidráulicas, elétricas, alvenaria, serralheria etc. Há de se atestar ainda a queixa dos profissionais quanto à necessidade de manutenção preventiva e corretiva dos veículos de atendimento, os quais não possuem condicionador e/ou climatizador de ar em funcionamento, que associado a uniformes espessos produzem sensações térmicas altíssimas, afetando também o paciente durante todo o transporte.

A análise dos dados revelou que os protocolos de intervenção constituem-se como uma ferramenta de grande valia e, portanto indispensável como promotor de qualidade no trabalho dos profissionais do SAMU, sem que causasse restrição ou perda da autonomia. Outro ponto revelado foi que os protocolos em conjunto com outros elementos, são determinantes do conforto nos contextos: físico, ambiental, psicoespiritual e ainda no social, este último com menor expressão.

Através dos depoimentos dos sujeitos, diversas ações se apresentam como fundamentais para otimização do conforto desses profissionais como, por exemplo, a inserção dessa temática conforto na agenda dos gestores públicos gerando maior investimento de recursos materiais e tecnológicos, bem como, investimento em qualificação dos recursos humanos, inserção e ampliação da participação de profissionais na elaboração de protocolos organizacionais considerando essa temática conforto.

Outras medidas também são imprescindíveis como: implementação de ações que valorizem o profissional em todos os contextos do conforto proposto por Kolcaba principalmente no social o qual se apresentou com menor expressividade, fomentar o conhecimento e produzir inquietude pela busca do conforto como um todo por parte dos profissionais do SAMU, estabelecer os

protocolos de intervenção como uma ferramenta acessível e efetiva diante da variabilidade e imprevisibilidade nos atendimentos dos profissionais do SAMU.

O merecido aprofundamento dentro deste tema a partir de pesquisas futuras produzirá novos conhecimentos sobre o conforto do profissional que comumente é colocado em segundo plano, fazendo emergir apontamentos para estudo do conforto além das dimensões institucionais do SAMU, sendo propulsor para outras áreas do atendimento pré-hospitalar móvel.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5º. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ADÃO, Rodrigo de Souza, SANTOS, Maria Regina dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.4, p. 601-608, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ALVES, Marília. *et al.* Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 208-215, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_25.pdf. Acesso em: 12 set. 2018

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; MINAYO Maria Cecília. Atendimento pré-hospitalar de emergência: referenciais técnicos, gestão dos serviços e atuação profissional. **Cadernos Saúde Pública**, 2009.

ALLIGOOD, Martha Raile. **Nursing Theorists and Their Work**. Elsevier Health Sciences, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIDÔ, Edileusa Leite. *et al.* Reflexões sobre a assistência de enfermagem humanizada e a tecnologia usada na unidade de terapia intensiva. **Revista Conexão Eletrônica**, Mato Grosso do Sul, v.13, n.01, p. 01-11, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1864**, de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**, 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais: Manual Operacional**. Porto Alegre, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso de software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 13 ago. 2018.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1451**, de 10 de março de 1995. Estabelece a estruturação de Prontos Socorros Públicos e Privados e conceitua atendimento a situações de urgência-emergência. Brasília, 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 27 jan. 2018.

DAVID, Garvin; HARRINGTON, Smith. The quality of emergency medical services. **LDI Issue Brief**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p.1-4, 2011.

DOWD, Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In: TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha. **Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5.ed. Lisboa: Lusociência, 2004.

HONÓRIO, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Afio. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.11, n.1,p.188-93, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>. Acesso em: 05 jan. 2019.

HOUAISS. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed.São Paulo: Moderna, 2015.

KOLCABA, Katharine; KOLCABA, Katharine. An analysis of the concept of comfort. **J. Adv. Nurs**. v.16, n. 11 , p.1301-1310, 1991.

KOLCABA, Katharine. **Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company, 2003.

LOUBÈRE, Lucie; RATINAUD, Pierre. **Documentation Iramuteq**: 0.6 alpha 3 version 0.1, 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 23 out. 2018.

LOURO, Thiago Quinellato. **Sobre tecnologias e desumanização**: um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 123f.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MACHADO, Cristiani Vieira. *et al.* Gestão de trabalho nas unidades de Pronto atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n2/0102-311X-csp-0102-311X00170614.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p.71-75, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a15v56n1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. Atendimento pré-hospitalar: Atribuição e responsabilidade de quem? 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. 264f.

MATOS, Eliane *et al.* Proposta de programa de educação no trabalho no contexto da divisão de enfermagem de emergência e ambulatório do Hospital Universitário. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 145-156, jan./abr. 2001.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2016.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi, 11 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória**: Possibilidade ou impossibilidade para a práxis em enfermagem? Editora Unijuí: 2000.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araújo de. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 199-210, 2013.

O'DWYER, Gisele. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n. 7, 2017.

PAES, Graciele Oroski. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais**: A práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011, 232f.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**, São Paulo: COREN-SP, 2015.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; SILVA, Lúcia de Fátima da. Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: análise de conceitos e definições. **Revista Essentia, Ceará**, v.17, n.1, p.207-227, 2016.

PRONKO, Marcela. *et al.* A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. In: PRONKO, Marcela. *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do Aplicativo Iramuteq** (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina, p.94-108. 2017.

SANTANA, Julio César Batista. *et al.* Desafios enfrentados pelos técnicos de enfermagem que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Enferm. Rev.** v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3269>. Acesso em: 20 nov.2018.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 6, n. 1, p.383-387, 2012. Disponível em:<http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 01 dez 2018.

SILVA, Renata Galvão Diniz do Nascimento e. **Critérios de qualidade para formação docente em saúde com o uso de tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), frente a missão formativa do CEFOP/RN.** 2016. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. 124f.

SMITH, Marlaine Christine.; PARKER, Marilyn. **Nursing Theories and Nursing Practice.** F. A. Davis, 2015.

SOUZA, Jane Rose Silva. **A relação entre as condições de trabalho e o adoecimento do trabalhador docente brasileiro.** 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015, 88f.

TRAJANO, Ana Rita Castro; CUNHA, Daisy Moreira. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 113-136, 2011.

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Prezado (a) Senhor (a):

Nós, Toni Adriano Martins e Carlos Roberto Lyra da Silva, respectivamente mestrando e docente do curso de Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada "**Protocolos de Intervenção do SAMU e o Conforto dos Profissionais no APH**", junto aos profissionais desta instituição.

Os objetivos desta pesquisa são: Identificar uma possível relação entre a utilização de protocolos de intervenção e a sensação de conforto por parte dos profissionais do SAMU. E ainda, identificar na perspectiva de profissionais do SAMU, ações para incorporação e/ou otimização do conforto mediante o uso dos protocolos em suas intervenções de atendimento pré-hospitalar. Estamos coletando informações para compreender a relação entre o uso de protocolos assistenciais e a condição de conforto do profissional. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir em sua vida profissional.

Caso decida participar deste estudo, você responderá a uma entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos, a qual fará parte do objeto de pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e marcadas por um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes será trancado em um arquivo. Os arquivos de gravações serão utilizados apenas para coleta de dados. Se você não desejar ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Você pode achar que determinadas perguntas o incomodem, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim como

você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam se sentir incomodado. Como participante voluntário desta pesquisa, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Sua entrevista colaborará para a construção do conhecimento científico acerca do objeto deste estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Como referido acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado da pesquisa no qual você possa ser identificado. Portanto, os riscos mínimos de eventual constrangimento para o participante da pesquisa serão minimizados.

Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo o discente Toni Adriano Martins o pesquisador principal, sob orientação do Professor Doutor Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder qualquer dúvida que você possa ter. Caso necessário, contate os responsáveis pelo projeto: (21) 972818785/e-mail: profunirio@gmail.com (orientador); (32) 999743816/e-mail: toniadriano@yahoo.com.br. Caso você tenha dificuldade no contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP UNIRIO no telefone (21)2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar, se necessário.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____

Data: _____ Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador): _____

APÊNDICE B. ROTEIRO PARA ENTREVISTA

PERFIL PROFISSIONGRÁFICO

Data da entrevista: ____/____/____

Idade _____ Sexo: M () F ()

Profissão _____

Possui cursos de qualificação e/ou Especialização em urgência e/ou emergência? Caso sim, descreva-os:

Tempo de atuação em Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH Móvel):

QUESTIONÁRIO

1 – Qual sua consideração em relação à utilização de protocolos assistenciais no serviço SAMU? Explique:

2 – Com qual frequência você consulta os protocolos para tomada de decisões?
Por quê?:

3 – Como os protocolos poderiam ser otimizados para melhor utilização nas práticas assistenciais?

4 – Considerando o conceito de conforto proposto por Kolcaba o qual *inhere que o conforto é uma experiência imediata e holística a qual é fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental*, como você relaciona o uso de protocolos com a percepção de conforto?

5 – Sobre a percepção de conforto quais fatores poderiam ser amenizados a partir do uso dos protocolos?

APÊNDICE C. CORPUS TEXTUAL COMPLETO

**** *n_01 *sex_1 *prof_1

Atuo há quatro anos e meio na área de pré-hospitalar móvel tendo cursos de aperfeiçoamento pelo Serviço_de_ Atendimento_Móvel, SAMU. Acho que os protocolos assistenciais são importantes porque dão uma base segura para o atendimento ao paciente e uma maior confiabilidade técnica ao profissional. Eu devido ao tempo de atuação na área não tenho o hábito de consultar os protocolos cotidianamente, mas eu considero necessária uma reformulação em seus conteúdos para que a consulta seja estimulada diariamente. Eu creio que o SAMU poderá ofertar melhor assistência mediante atualização profissional mais frequente para todo profissional da área, uma vez que se faz importante o preparo do profissional. Quanto à temática conforto, os protocolos nos dão uma base bem ampla, porém o profissional tem de ter a sensibilização para se adaptar a cada caso, porque a questão que gera maior desconforto é a falta de profissionais para trabalhar em equipe. Na maioria das vezes trabalhamos com pacientes com sobrepeso, em locais de difícil acesso, então fica muito complexo o trabalho com apenas dois profissionais. Este caso poderia ser facilmente solucionado com o aumento de profissionais trabalhando na mesma equipe.

*** *n_02 *sex_2 *prof_3

Atuo há quatro anos no atendimento pré_hospitalar, tendo cursos de qualificação de ACLS, PHTLS, PALS, além de cursos de urgência e emergência. Considero os protocolos essenciais para o melhor atendimento ao paciente, pois com ele conseguimos deixar tudo mais cortical pela facilidade, habilidade e rapidez na hora do atendimento. O protocolo em medicina é extremamente importante, porque o SAMU é um serviço no qual precisamos de muita destreza e habilidade e sem protocolo é impossível ter um atendimento de qualidade. A partir dos cursos de treinamento os protocolos ficam na sua mente, então, hoje, eu já não consulto os protocolos com tanta frequência comparado ao período quando comecei, pois eu tinha necessidade de consultar com mais frequência. Por causados treinamentos, hoje a frequência de minha consulta é pequena, porém eu sempre tento seguir os protocolos de atendimento. Acho que com a facilidade dos aplicativos nos atendimentos, nós conseguimos consultar algo que não lembramos e com isso nós conseguimos otimizar o serviço ou então ter uma pasta com os protocolos do SAMU que nos favoreça à rápida consulta. A relação do uso dos protocolos com a percepção do conforto se dá quando no atendimento de uma vítima se tem a certeza de que sua conduta pode dar alívio para o paciente, que está fazendo o certo e que isso irá aumentar as probabilidades de sobrevivência ou proporcionar o mínimo de conforto. Nós conseguimos aliviar a dor, ficar tranquilos e ter menos desgaste com o protocolo em mãos e memorizado para que o nosso atendimento fique mais efetivo.

*** *n_03 *sex_1 *prof_1

Atuo há quatro anos e três meses no atendimento pré-hospitalar móvel, possuindo curso introdutório do SAMU de cinquenta horas, assim como atualização em práticas de suporte básico de vida, novas tendências em UTI e novas técnicas e tecnologias usadas em tratamento de feridas. Quanto aos protocolos assistenciais no serviço, acho a utilização essencial para a certeza de que está sendo feito o correto a fim de não promover prejuízo à vida. A pesquisa nos protocolos é mais na parte inicial ou sempre que há uma atualização no serviço de atendimento pré-hospitalar, para que se possa estar a par desses novos conceitos, buscando sempre melhorar as práticas. Os protocolos poderiam ser otimizados para a melhor utilização por meio de aplicativos, tecnologias, tablets ou laptops pela praticidade do uso. Referenciando Kolcaba no conceito abrangente de conforto como experiência imediata e holística a qual é fortalecida por meio da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade, transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, com o uso de protocolos teremos menos fadiga, menos cansaço físico e menos cansaço psicológico, além de mais segurança no agir, o que corrobora para um conforto ao cliente e profissional. Com o uso de protocolos, o cansaço físico pode ser amenizado pela segurança da técnica pautada no conhecimento e a biossegurança prevenir acidentes de trabalho.

*** *n_04 *sex_02 *prof_02

Atuo no SAMU há quatro anos e três meses, tendo apenas cursos de qualificação por ocasião de ingresso no SAMU. Considero os protocolos assistenciais importantes, principalmente os do SAMU, contudo não são muito utilizados por falta de divulgação. Os protocolos assistenciais que já temos por motivo da formação são mais utilizados. Cada um foi instruído na sua formação ou no curso de ingresso no SAMU e utilizamos por isso, pelo conhecimento e pela formação, mas não fisicamente e sim pelo conhecimento que nós temos dos protocolos. Então, são utilizados pela nossa capacitação. É “infreqüente” consultas aos protocolos, primeiro pela dificuldade de acesso porque nós não temos nenhum dentro da ambulância, então, se precisarmos ter acesso a eles com rapidez não conseguimos, utilizando apenas o conhecimento da formação que fundamenta nossa tomada de decisões. Sabe-se que em uma parada cardíaca existem algoritmos a serem aprendidos e memorizados, mas devido à formação que tivemos isso nos é possível, e não ao acesso físico ao protocolo porque ele não se encontra presente nas ambulâncias. Há uma importante questão a ser levantada como a formalização dos protocolos: o nacional não foi formalizado pelo SAMU, não teve ampla divulgação, não houve acesso a ele nem nas bases. Logo, se fossem mais didáticos, porque o protocolo é publicado com densidade grande de conteúdo, teríamos algo compacto dentro da viatura ou da base. Um impresso otimizado, didático e visual, preferencialmente dotado de figuras em sua maior proporção para lembrarmos na hora qual é a prática. Se fosse mais didático, com mais acesso, seria facilitado o aprendizado. Os protocolos ajudam no conforto ao profissional, pois se você tem consciência dele, terá firmeza na hora de fazer a prática e isso promoverá um alívio psicoemocional, pois você sabe que está respaldado. Há uma tranquilidade na prática que você faz baseado em vários aspectos, como

no ergonômico: se você faz uma prática correta, seu corpo está fisicamente condicionado àquela posição; fisicamente, se você está ajoelhado, você alivia sua coluna para fazer determinada prática. Seja qual for a emergência, nós teremos consciência do que teremos de fazer ali. Por mais que o ambiente possa ser alterado, você tem noção do que pode ser feito ali porque os protocolos favorecem a isso. O estresse do trânsito, quando você vai para o atendimento é amenizado pelo protocolo, uma vez que você faz a segurança da cena, chama a polícia, coloca os cones, todos os membros da equipe sabem o que fazer, ninguém fica atropelando um ao outro porque cada um sabe a sua responsabilidade dentro daquela cena. Na questão física: ninguém sobrecarrega demais o próprio corpo porque tem o protocolo que preconiza dois socorristas para atendimento ou três na situação de um surto psiquiátrico. Por isso, o protocolo é relevante porque nos traz a ordem necessária para o socorro à vítima.

*** *n_05 *sex_02 *prof_03

Atuo há vinte e dois dias no SAMU, possuo cursos de qualificação em urgência e emergência nos suportes básico e avançado de vida: ACLS e BLS. O protocolo é de extrema importância porque nós temos certeza de que é o procedimento certo, só que ele não é tão difundido no SAMU porque ele não existe impresso na ambulância. Logo, nosso protocolo é pouco utilizado pela dificuldade de consulta rápida. Há mais consultas ao aplicativo. Para melhor utilização nas práticas assistenciais, os protocolos poderiam ser otimizados por meio de aplicativo do SAMU ou em impresso existente na ambulância. Os protocolos favorecem ao conforto do profissional, pois orienta não só técnicas de socorro como de postura do socorrista frente ao cenário e às vítimas: alinhamento da coluna, como se deve agachar, qual a maneira correta para minimizar o sofrimento físico do socorrista. Existe também a questão emocional quando se vai atender uma ocorrência, por exemplo: eu tenho dificuldade de atender ocorrência com criança, porque é uma incógnita como proceder com uma criança em PCR, então isso interfere no psicológico porque é uma criança e temos de dar o máximo pelo pressuposto de que ela tem a vida toda pela frente. Isso causa abalo ao socorrista, porém com o protocolo seguimos o que está ali, caso a ocorrência tenha sucesso ou não. A partir do uso de protocolos, há o alívio do sofrimento físico e quiçá emocional do profissional, pois seguindo o protocolo, sabemos que ele está correto. É importante usar o protocolo para ter certeza da prática que está sendo realizada.

*** *n_06 *sex_02 *prof_04

Estou no SAMU há quatro anos como condutor tático e tenho cursos de direção defensiva e o introdutório do SAMU. Eu acho que os protocolos assistenciais no serviço SAMU são bons porque nos dá respaldo, o que favorece para evitar algum problema a ele e a nós também no futuro. Eu nunca procurei consultar os protocolos porque quando estamos em atendimento, as decisões vêm do médico e do enfermeiro e o que eles decidirem em relação ao paciente eu vou acatar. Quanto ao dirigir, é outra parte: eu faço a minha parte e os profissionais fazem a deles, mas tudo em comum com a equipe. Para melhor otimização nas práticas assistenciais eu acho que os protocolos deveriam existir em forma de cartilhas nas bases porque, às vezes, no período que estamos descansando, a

gente poderia folhear e memorizar conteúdos para que o aprendizado seja maior. No que tange ao conforto, não é a nossa realidade porque nem sempre o proporcionam na nossa região: uma vez que trabalhamos no calor e o carro não tem ar. Às vezes, o calor é tanto que a gente nem consegue suportá-lo e por isso saímos da viatura a fim de movimentar e ganhar um ar, eu acredito que isso atrapalhe o atendimento. O conforto físico ao profissional deveria existir, é bom para nós e para o paciente.

*** *n_07 *sex_01 *prof_01

Estou há quatro anos no SAMU, tenho curso introdutório do SAMU, CISDESTE e curso preparatório em urgência e emergência no IESP. Considero positiva a utilização dos protocolos, pois há uma uniformidade no atendimento e no caso de atendimento de múltiplas vítimas ou START, a equipe já está apta a fazer o atendimento. Porém, sua importância não favorece para a frequência de consultas, pois eu mesmo os consulto com pouca frequência, normalmente quando acontece alguma atualização pelo motivo da dificuldade de acesso ao material didático. Para melhor utilização nas práticas assistenciais, os protocolos poderiam ser otimizados por meio de cursos em núcleos de educação permanente, instruindo sobre a sua utilização em dias acessíveis aos profissionais. A relação de protocolos com a percepção de conforto é favorável em relação aos aspectos físico e psíquico, pois os protocolos foram elaborados por profissionais competentes a fim de trazer conforto e evitar lesões aos pacientes e aos profissionais. Fatores de risco biológico, ergonômico, segurança da cena e do ambiente de trabalho podem ser amenizados a partir do uso de protocolos.

*** *n_08 *sex_01 *prof_05

Em atendimento pré-hospitalar móvel eu tenho dois anos de atuação, possuo cursos de qualificação em atendimento pré-hospitalar e de urgência e emergência. Eu acho o protocolo excelente, mas temos de ver os dois lados porque o SAMU inibe um pouco o profissional em alguns casos: o protocolo exige práticas de acordo com a técnica teorizada, mas em certos atendimentos requerem que fuçamos um pouco o que foge um pouco ao que está descrito. Porém, com certeza o protocolo dá a nossa base para prestar o melhor atendimento possível. Eu procuro seguir sempre o protocolo e verificá-lo quando tenho alguma dúvida, pois assim tenho certeza do que estou fazendo. O protocolo é bem completo, prático e acessível para todos os profissionais, mas eu vejo que ele segue uma linha internacional de contexto prático, o que no meu ponto de vista poderia ser individualizado quanto aos contextos nacional, estadual e municipal porque cada localidade tem a sua dificuldade particular, seja por difícil acesso, seja por recursos escassos, e isso tem de ser visto com a participação dos profissionais que trabalham no dia a dia. O protocolo é internacional, varia de cada país a cada estado, às vezes em certos atendimentos que temos de seguir o protocolo, uma situação de trauma em que o paciente pode estar numa via pública e que você tem de ficar lá no sol, de joelhos no chão, estabilizando a cervical do paciente e fazer outros procedimentos que antecedem à remoção, isso às vezes é desconfortante. Não

é bom e você fica desgastado por estar em um ambiente público com muita gente, acaba sendo um pouco estressante. Todavia, o protocolo tem de ser seguido, a gente tem de fazer o que ele pede porque já foi comprovado que seguindo o protocolo o atendimento será eficaz e seguro para a vítima, ainda que exista desconforto ao socorrista. Mas, penso que fatores físicos como calor pelo ambiente e roupa do socorrista deveriam ser estudados e implementados em protocolos meios de tais fatores serem amenizados.

*** *n_09* sex_01 *prof_03

Atuo há seis anos no pré-hospitalar móvel, possuo cursos de qualificação em urgência e emergência nos módulos de PHTLS, ACLS, PALS, além de treinamento do SAMU e alguns outros. Quanto aos protocolos, temos o lado bom e o ruim: o bom é que a gente fica respaldado nas nossas ações e no atendimento, o ruim é que o profissional fica um pouco engessado porque dependendo da situação, ele pode não conseguir seguir o protocolo como está preconizado. Eu consulto os protocolos geralmente antes dos atendimentos. E como se trata de um serviço de urgência e emergência, nós não temos muito tempo pra consultar o protocolo durante o atendimento, então eu faço isso antes dos atendimentos, geralmente. Sobre a otimização dos protocolos, eu acho que deveriam ser sempre atualizados, visto que o nosso último protocolo do SAMU é de 2014. Das entidades que nos orientam sobre atendimentos, já há um protocolo novo de 2015, então o protocolo já está desatualizado. Outra coisa interessante seria criar aplicativos para atualizar esse protocolo periodicamente e “acessibilizá-lo” aos profissionais. Eu considero o conforto intimamente relacionado com o protocolo, porque o protocolo nos força nos padroniza a certos tipos de ações, então há algumas situações que passamos e não dá pra seguir o protocolo, o que promove um pouco de desconforto por não o seguir. O atendimento, por exemplo, de uma criança que está chorando nos permite que seja de uma maneira que não é a ideal ou então que o acompanhante não siga na cadeira que é destinada a ele, mas perto do paciente que ele está acompanhando. Então, são pequenas coisas que o protocolo poderia deixar mais livre para tomada de ação, mas de um certo modo ele nos deixa bastante confortável, até pela questão do respaldo de estar fazendo a coisa certa. Existem alguns fatores que podem ser melhorados no protocolo, um exemplo clássico que todo mundo do SAMU se queixa é a questão dos uniformes. Esse estilo do uniforme, tipo macacão, nos dificulta até na hora de ir ao banheiro. É um EPI, que tem de ser utilizado, mas poderia ser de melhorado para permitir conforto ao profissional.

*** *n_10* sex_01 *prof_04

Tenho tempo de atuação em atendimento pré-hospitalar móvel de quatro anos, possuo curso básico do SAMU, condução defensiva, condução tática e um curso de APH. Na minha visão, os protocolos têm sido de grande importância, pois a maior parte dos atendimentos que eu pude presenciar e trabalhar foi da forma que estava descrita nos protocolos. Uma utilidade ainda maior que fez com que eu transmitisse meus conhecimentos aos meus alunos na sala de aula, então, eu acredito que se tem algo que possa tornar dificultoso ali dentro da cena, passa despercebido porque no intuito maior os protocolos ajudam.

Nesse período de quatro anos que atuo, procurei me aprofundar porque eu tive uma experiência muito bacana ao passar por um curso de primeiros socorros para me formar instrutor de trânsito: presenciei meu filho engasgado e foi exatamente um dos protocolos do APH que acabou me ajudando nessa vontade de aprender um pouco mais. Eu estou sempre me atualizando e buscando informações, converso sempre com outros profissionais da área que me passam informações e, ao mesmo tempo, me mostram a literatura para consulta e isso me ajuda no conhecimento perante à minha equipe, além de promover segurança por parte dela em mim. Somos uma equipe, numa cena em que precisam de mim, eu também tenho de ter um pouco de conhecimento do protocolo. Em relação ao chegar nas mãos dos profissionais, os protocolos estão bem defasados devido à dificuldade de acessibilidade. Então, para facilitar a nossa vida, como hoje já existem aplicativos, penso que os protocolos poderiam ser criados com base em aplicativos para facilitar o acesso para consulta. Os protocolos me ajudaram a ter um pouco mais de sensibilidade, peço a Deus essa ajuda, para ser iluminado e que as coisas corram da melhor maneira possível, não me cobrando perfeição, mas seguindo sempre os protocolos. Apesar dos pontos positivos dos protocolos, eles têm pontos negativos quanto à ausência de abordagem do conforto do profissional, que trabalha em condições adversas. A saber, o vestuário que utilizamos assim como os demais equipamentos de proteção individual poderiam ser melhorados quanto à mobilidade e à transpiração que ele proporciona devido ao calor. Assim, o vestuário é um problema de conforto e que deveria ser abordado nos protocolos.

*** *n_11 *sex_01 *prof_02

Atuo em atendimento pré-hospitalar móvel há 2 anos e possuo apenas o treinamento formal, inicial. Penso que os protocolos assistenciais pautam toda a assistência desenvolvida no atendimento pré-hospitalar dando o direcionamento para que possamos atender com mais qualidade. Por se tratar de urgência e emergência, em que os profissionais estão submetidos a muito estresse, o protocolo dá um suporte importante para que a gente consiga realizar um atendimento com coordenado, sem estresse exacerbado para conseguirmos fazer a assistência do paciente. Eu consulto os protocolos quando estou na base, fora da ocorrência. Como eu não tenho um dispositivo eletrônico para poder consultar no meu dia a dia, eu geralmente consulto no meu notebook. Nós sempre estudamos um pouco, eu acho importante para toda a equipe ter uma padronização de como proceder e de forma antecipada. Isso diminui o estresse porque já sabemos o que faremos na sequência. Eu acho que se nós tivéssemos um meio eletrônico para consulta durante o deslocamento para cena, isso iria facilitar para irmos pensando no que vai poder ser feito para aquele paciente. Também nas bases, se a gente tivesse isso disponibilizado em computadores para que a equipe possa, durante o plantão de trabalho, ir consultando, eu acho que facilitaria o conhecimento mais aprofundado dos protocolos.

*** *n_12* sex_01 *prof_03

Atuo há cinco anos no SAMU e tenho cursos de especialização em São Paulo na USP, cursos de qualificação em urgência/emergência nos módulos PHTLS, ACLS, curso de ventilação mecânica, curso de atualização em medicina intensiva, atualização também em urgência e emergência. Acho a ideia de protocolos excelente, porque é de extrema necessidade existirem porque traz qualidade ao trabalho e segurança ao profissional. Porém, não uso protocolos em todas as ocorrências haja vista serem necessários passarem por otimização quanto a sua elaboração. Não somente serem elaborados para a parte clínica, como para o ambiente de trabalho, na segurança dos profissionais de saúde e outros. Hoje, os protocolos estão mais direcionados à parte do atendimento médico, acho que eles deveriam ser direcionados também ao conforto relacionado ao ambiente de trabalho, ao conforto dentro da ambulância, à segurança da cena e do profissional, pois em atendimento de uma ocorrência que pode trazer algum dano de vida ou lesionar o profissional vale ter um apoio da polícia para dar respaldo. Sobre tomada de decisões, o protocolo ajuda quanto à conduta com o paciente, ele ajuda a decidir o melhor para o paciente e isso favorece para a promoção de conforto.

*** *n_13 *sex_01 *prof_04

Atuo há 4 anos e três meses no SAMU e possuo cursos de APH e direção defensiva. Os protocolos servem para proteger o profissional e quem a gente está atendendo, embora muitas vezes a gente tenha de passar por cima de alguns. Eu consulto protocolos para pesquisas relacionadas à posição do carro, à segurança da cena no momento. A meu ver, esses protocolos teriam de ser revistos ano a ano, fazer uma revisão de todos os atendimentos para saber onde nós erramos, onde pode ser melhorado com todos os profissionais da área. Os protocolos nos resguardam e resguardam a vítima que está sendo atendida. Eles são muito importantes, nos dá uma margem de segurança muito grande e devido a essa confiabilidade que traz, favorece para o conforto à vítima. Acho que devemos utilizá-los da melhor forma possível porque apesar do estresse que vivemos, nós temos responsabilidade com a equipe e com quem estamos atendendo. Então no final do dia eu faço um balanço pra saber se fiz tudo certo.

*** *n_14 *sex_1 *prof_2

Atuo no SAMU há quatro anos e possuo cursos de urgência e emergência e PLS. Os protocolos facilitam o trabalho e indicam a conduta correta para cada atitude que a gente deverá tomar. É uma ferramenta que nos traz qualidade no serviço e um retorno esperado pelo paciente. Sempre que eu tenho alguma dúvida, eu os consulto. Os protocolos poderiam ser otimizados para que houvessem respostas mais rápidas, com menos informações e mais precisão, a fim de nos ajudar a localizar a informação de forma rápida e precisa. O protocolo pode trazer desconforto para o paciente porque a cena muda, o atendimento muda, então às vezes é necessário que haja um protocolo para aquele momento e não se adequar ao protocolo já existente, podendo um protocolo não ser o correto para aquela situação específica, com suas

particularidades. As instituições, às vezes, não dá o apoio devido aos profissionais quanto à sua segurança no local do atendimento, o que nos torna vulneráveis no atendimento. Acho que deveria haver uma política que trabalhasse a associação entre entidades e segurança para que isso fosse respaldado nos protocolos a fim de melhorar nosso conforto, assim como a observação da qualidade dos veículos. Neste contexto, acho que os protocolos deveriam ser analisados em cada região individualmente, porque tem as regiões mais quentes e esse uniforme, pra gente, fica muito estressante na época do calor. Então acredito que se isso fosse considerado nos protocolos para que medidas fossem tomadas para minimizar esse desconforto, além da manutenção do carro que é deficitária, daria para melhorar muito nossos atendimentos e com mais agilidade.

*** *n_15 *sex_2 *prof_2

Possuo um curso preparatório, que foi um curso introdutório quando eu iniciei no APH, onde eu fiz mais ou menos quarenta horas em APH e atuo há quatro anos e dois meses. O protocolo assistencial é um resguardo, um respaldo e gera segurança na hora do atendimento. O profissional que utiliza o protocolo, que são estudos aplicados e muito bem desenvolvidos, vai gerar uma qualidade de atendimento para o paciente. Eu sempre os consulto, porque às vezes passamos muito tempo sem vislumbrar uma certa situação e na hora do atendimento surge a dúvida. Sempre que há uma situação inusitada ou pouco atendida recorremos ao protocolo para nos esclarecer. Porém, penso que poderiam ser revisados, pois são um pouco burocráticos, o formato deles, a digitação em letras pequenas, então para otimizar a utilização deles, eles poderiam ter um recurso em áudio ou visual, algo mais simplificado que ajudaria na visualização do protocolo sem ter de carregar um livro, ou até mesmo baixado nos celulares. O protocolo pode ser utilizado para dar um conforto para o profissional tanto na questão organizacional do serviço quanto na questão de atender uma ocorrência. Como exemplo, cito um atendimento muito grave em que você não teve sucesso com aquele atendimento, mesmo quando você está respaldado com a questão de que tudo que você fez foi correto, em cima dos protocolos, que você seguiu aquilo, se dedicou naquele momento de uma forma correta, então você se sente confortável, te dá um conforto emocional, um amparo caso você venha a perder o paciente. O uso do protocolo orienta todo o atendimento para esse profissional que está iniciando no APH, isso traz conforto ao profissional que utiliza o protocolo, justamente porque temos um padrão de conduta, assim como em outros países, em outras cidades, outras bases.

*** *n_16 *sex_01*prof_3

Atuo há dois anos no SAMU e tenho cursos de BLS e ACLS. Os protocolos são essenciais à prática, direcionam as atividades e auxiliam na prática interna. Geralmente, eu os consulto uma vez na semana e em algumas situações faço a consulta ao longo do trajeto. Mas, penso que poderiam ser melhorados quanto ao uso, por exemplo, ser utilizados protocolos em simulações realísticas. Os protocolos estão associados ao conforto apenas ao contexto

físico pela segurança que trazem. Nas esferas psicoespiritual, sociocultural e ambiental não vejo que tenham qualquer relação. Penso que situações emocionais de estresse e medo, o protocolo auxilia no direcionamento das ações.

*** *n_17 *sex_1 *prof_4

Tenho 4 anos de SAMU, possuo cursos de introdução ao APH com carga horária de 50 horas, o BLS, transporte de emergência, direção defensiva e de condutor tático. Eu acho que o protocolo é necessário principalmente levando em consideração que trabalhamos em tempo real, com os protocolos já sabermos os parâmetros, tudo já vai estar gravado na mente para atender a vítima com rapidez, para que ela chegue no atendimento mais adequado, com mais segurança e mais rápido, com mais chances de recuperação. Nós estamos sempre em contato com o NEP que é o Núcleo de Educação Permanente e conversamos sobre os atendimentos e eles nos atualizam sobre os protocolos, assim melhoramos os atendimentos cada vez mais. Eu acho que hoje, com as tecnologias avançadas, o que facilitaria muito a gente quanto à otimização do uso dos protocolos seria um aplicativo. O protocolo nos deixa confortáveis porque nos ajudam a não perder tempo enquanto a vida do paciente se esvai, a gente sabe o que vai fazer, na hora que tem de fazer, então acho necessário. Até mesmo para a nossa segurança, porque caso aconteça algo, não seremos punidos porque seguimos o protocolo. Eu lembro de casos que vamos atender em que há vítimas, mas que a área está quente por explosões, por conta da batida o carro está pegando fogo, então se não seguirmos o protocolo vai piorar a situação, pois mais pessoas podem ser vitimadas. Seguindo o protocolo nós averiguamos a segurança da equipe, a nossa segurança individual, para ver se o socorro é possível sem haver mais vítimas e isso corrobora para o conforto. O protocolo nos traz tranquilidade à consciência e ameniza o estresse.

*** *n_18 *sex_1 *prof_4

Atuo há quatro anos e três meses no SAMU e possuo curso de direção defensiva, de condutor tático, de condução de veículos de emergência e curso introdutório do SAMU. Eu acho muito boa a ideia do protocolo, pois fornece segurança para a vítima, para o paciente e serve de respaldo para nós, caso aconteça algum imprevisto. Porém, eu os consulto poucas vezes porque tenho pouco tempo. Eu acho que esses protocolos deveriam estar impressos na base para tirarmos dúvidas ou ter um aplicativo no celular para que possamos ter maior acessibilidade para consultas. Assim, poderiam ser otimizados em aplicativos de celular porque hoje todos têm celular e o NEP visitando as bases poderia verificar essa necessidade para melhorar a implementação do protocolo. Nós ficamos mais confortáveis com o protocolo porque temos mais respaldo, haja vista estarmos fazendo algo que já foi testado e aprovado pelo SAMU, pela comissão do SAMU. O primeiro fator a ser amenizado com o protocolo seria o cansaço, a partir da revisão e melhoria da jornada de trabalho a ser descrita no protocolo, modificando para setenta e duas horas. Outro fator

seria a implantação de protocolos para estruturar os alojamentos, colocando alojamentos individuais que poderiam promover o conforto do profissional.

*** *n_19 *sex_1 *prof_3

Tenho cursos de ATLS, ACLS e PHTLS e atuo há quatro anos e meio no SAMU. Eu acho a utilização de protocolos fundamental para a operação desse tipo de nível que a gente atua de bastante estresse, bastante variedade dos casos, individualmente a gente observa que esses casos trazem uma certa diferença entre eles e a observação dos protocolos eu extremamente importante para isso. E esse seguimento do modelo americano do modo de atendimento de urgência, na minha opinião, deve ser seguido para a gente adaptar à nossa realidade, mas feito com conformidade, diante da realidade do atendimento do profissional. Não adianta a gente colocar protocolos estapafúrdios ou que não se adéquam à realidade e, principalmente, receber o suporte adequado dos prestadores desse tipo de atendimento para que nós, operadores, estejamos em condições de seguir esses protocolos dentro da tecnologia oferecida. A nossa realidade hoje é que a gente tem protocolos excelentes, mas o nosso nível de equipamento às vezes é defasado em relação aos protocolos. Existem alguns protocolos que não podem e não devem ser consultados, que são os protocolos de urgência máxima, no qual existe iminência no atendimento pelo risco de vida do paciente; esses protocolos devem ser memorizados.

*** *n_20 *sex_01 *prof_4

Possuo o curso introdutório do SAMU e o de condutor tático e atuo há dois anos e oito meses. Eu acho importante o protocolo porque passa segurança para quem está fazendo o atendimento e confiança para a conduta com o paciente. Porém, não tenho tanto acesso aos protocolos, pois não os tenho impressos na base, então eu tenho pouco acesso. Penso que eles poderiam estar disponíveis nas bases para que tivéssemos mais acesso. O uso dos protocolos é importante para nós fisicamente, a postura é muito importante também para o ambiente de trabalho e seguindo o protocolo você sai com sua consciência mais tranquila. Também, a viatura com a manutenção em dia nos dá segurança para poder sair para algum tipo de ocorrência. A cena insegura coloca a equipe em risco e eu acho que os protocolos poderiam melhorar o acesso da equipe, facilitando a chegada, através dos agentes ou policiais na cena para facilitar o acesso à vítima.

*** *n_21 *sex_1 *prof_2

Tenho pós-graduação em urgência e emergência e estou no SAMU há dois anos. Os protocolos são muito bons, eu como profissional me sinto muito seguro em aplicar os protocolos, eu os acho extremamente completos e de extrema necessidade para os atendimentos do SAMU. Contudo, a minha frequência de acesso é pouca porque hoje me sinto seguro, mas acho que eu deveria até consultar mais os protocolos, embora as minhas dúvidas sejam poucas. Aqui na base, nós também não temos os protocolos impressos e isso dificulta a nossa consulta aos protocolos. Acho que se a gente tivesse protocolos na base, com certeza facilitaria mais, além de incentivo do próprio

NEP e do SAMU porque é feito muito pouco treinamento com a gente, isso nos incentivaria a melhorar os protocolos. O conforto aumenta com a utilização dos protocolos porque sabemos que fizemos o melhor para o paciente, a gente se sente mais amparado, mais confortável. Mas, sugiro algumas considerações de melhoria, como o nosso uniforme não ser adequado para o atendimento, principalmente nas ruas, nos domicílios. Ele é um uniforme muito quente, então isso tira o nosso conforto. E o protocolo poderia ajudar mudando esses uniformes para proporcionar um maior conforto.

*** *n_22 *sex_1 *prof_2

Atuo há três anos e possuo curso de assistência pré-hospitalar. Devemos usar de discernimento de acordo com nossas vivências para aplicação dos protocolos em cada cena, lançando mão da teoria pela prática. Consulto os protocolos raramente, sempre que temos os mesmos à mão, mas nem sempre a situação nos permite consultá-los. Penso que os protocolos poderiam ser otimizados em fluxogramas, contendo os fluxos de atendimento, podem ser utilizados de forma a maximizar muito as práticas na assistência. O uso de protocolos relacionado à percepção de conforto é controverso. O protocolo, na maioria das vezes, não trará percepção de conforto e sim segurança na assistência prestada. Sendo assim, no atendimento SAMU, essa percepção de conforto quase sempre ficará subjetiva. Se aliarmos teoria à prática, inserindo o ajuste humanitário à assistência, haverá maior conforto para o assistido.

*** *n_23 *sex_1 *prof_3

Possuo curso de urgência e emergência, emergências cardiológicas feito em Juiz de Fora com o doutor Meife, curso de eletrocardiograma também e estou no SAMU há seis meses. Os protocolos são essenciais para a manutenção do serviço de urgência e emergência, porque o médico pode se basear em uma referência para manter o melhor atendimento à população. Eu consulto os protocolos com pouca frequência, a porque o material é de difícil acesso e pouco didático, não tem muita ilustração, então são dois fatores que me levam a não os recorrer. Como melhorias, poderiam ser mais acessíveis com ilustrações, fluxogramas e disponibilizando em aplicativos de celular. Eu acho que a partir do uso de protocolos, como checar os materiais na ambulância, checar se o veículo está funcionando, checar o abrigo do profissional pra ver se está faltando alguma coisa, esta checagem traz conforto e segurança ao profissional do pré-hospitalar. As viagens de longa distância se tornam cansativas para toda a equipe, a manutenção do veículo, que às vezes tem de sair com o veículo para outra cidade, ao invés de fazer aqui mesmo. Além disso, um ambiente para a distração do profissional se faz necessário, porque ele fica vinte e quatro horas em um ambiente estressante, então acho que isso também é importante como medida de conforto ao profissional.

*** *n_24 *sex_2 *prof_2

Possuo cursos introdutórios do SAMU, BLS, ACLS, ATCN, PHTLS e ACTE, atuo no SAMU há 4 anos, desde 2014. Os protocolos são importantes e devem ser consultados com maior frequência, além de sempre ser necessária sua atualização. Os protocolos são importantes para que a gente aja de forma

concisa, todos da mesma forma, todos de forma padronizada e tenhamos a mesma conduta frente a todas as situações possíveis, considerando sempre a análise crítica das situações e as mudanças. Os protocolos são vitais para os atendimentos do SAMU e devem ser sempre atualizados. De acordo com a vivência que tenho os protocolos não são consultados frequentemente porque eles não estão acessíveis na unidade, eles também, muitas vezes, não são atualizados periodicamente. De acordo com os cursos, com as atualizações que já fiz, eles também entram em divergência com muitas diretrizes que a gente tem pra seguir, então os protocolos não são frequentemente acessados. Os protocolos poderiam estar mais acessíveis para a equipe por meio de um aplicativo ou de fluxos, porque tocando a ocorrência, a gente tem um tempo-resposta em que poderia ser consultados se estivessem disponíveis de forma mais fácil. Também acho que eles deveriam ser atualizados, além de ser necessário haver mais incentivo para educação permanente, treinamento e revisão dos protocolos. A gente deveria ser mais incentivado a buscar conhecimento, já que os cursos de imersão são uma ótima fonte para estarmos sempre atualizados e garantir o melhor atendimento aos nossos pacientes. Sobre conforto, os protocolos nos dá as diretrizes para trabalharmos em todos esses aspectos de uma forma que deixaria a gente mais tranquilo em todos os contextos de conforto. Quanto ao contexto físico, a gente realiza várias atividades que exigem muito de nossa capacidade física, então abordar essas questões laborais de como executar os movimentos, a gente ter também algum incentivo para desenvolver atividades físicas que nos dêem melhor condicionamento para atuar, porque o ambiente muitas vezes não é propício. Muitas vezes, nós atendemos em locais que têm várias situações adversas, desde próximo à margem de rios, barrancos, salvamentos em locais de difícil acesso, o que exige do condicionamento físico dos colaboradores. No conceito psicológico e espiritual, é importante pensar nos resultados que não queremos ter. Então, quando a gente sai de uma ocorrência com um resultado bom, a gente sabe que está trabalhando de acordo com os protocolos, com as diretrizes. Quanto à questão sociocultural, é importante falar que o serviço SAMU é um serviço disponível para a sociedade e esse reconhecimento positivo é muito importante, nos dá conforto. Quanto ao quesito ambiental, tem a questão do ambiente onde ficamos na base, tem a questão da organização, limpeza. Todos esses quesitos geram maior conforto no atendimento. São várias coisas que poderiam ser amenizadas pelos protocolos em busca de maior conforto ao profissional, uma delas é a questão da capacitação permanente e cursos de imersão, a disponibilidade dos protocolos em todas as unidades através de fluxos, softwares ou aplicativos para acesso de forma rápida. Os protocolos, desde que estejam atualizados, nos dão muita segurança para os atendimentos.

ANEXO A. TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, **Toni Adriano Martins**, portador do RG MG 12.343.434, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO assumo o compromisso com a instituição **CISDESTE**, para realizar a pesquisa sob o título de: "**Protocolos de Intervenção do SAMU e o Conforto dos Profissionais no APH**". A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo. O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento. Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Pesquisador (a)

ANEXO B.

TERMO DE ANUÊNCIA

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste (**CISDESTE**) está de acordo com a execução do projeto "**Protocolos de Intervenção do SAMU e o Conforto dos Profissionais no APH**" coordenado pelo pesquisador Toni Adriano Martins da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Denys Arantes Carvalho
Secretário Executivo
Carimbo com identificação ou CNPJ

ANEXO C. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1016580.pdf	19/01/2018 16:26:10		Aceito
Outros	ANEXO_IV_Termo_de_anuencia_do_Campo_de_pesquisa.pdf	19/01/2018 16:15:06	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito
Outros	ANEXO_V_questionario.pdf	19/01/2018 16:12:25	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito
Cronograma	ANEXO_VI_Cronograma.PDF	19/01/2018 16:01:46	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/10/2017 09:38:29	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 206
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 03 de 04

UNIRIO - UNIVERSIDADE
 FEDERAL DO ESTADO DO RIO
 DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.514.004

Outros	Lattes.pdf	23/10/2017 09:37:33	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.PDF	23/10/2017 09:37:08	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2017 17:23:31	TONI ADRIANO MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
 Paulo Sérgio Marcellini
 (Coordenador)

ANEXO D. SUMARIO DOS PROTOCOLOS DE SBV E SAV

Protocolo de Suporte Básico

Sumário

PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS		
BC1	Avaliação primária do paciente (agravo clínico)	
BC2	Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)	
BC3	OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpo estranho	
BC4	Parada respiratória no adulto	
BC5	PCR e RCP – Guidelines AHA 2015	
BC6	Interrupção da RCP	
BC7	Cuidados pós-RCP no adulto	
BC8	Decisão de não ressuscitação	
BC9	Algoritmo geral de PCR-RCP SBV – Guidelines AHA 2015	
BC10	Insuficiência respiratória do adulto	
BC11	Choque	
BC12	Dor torácica não traumática	
BC13	Crise hipertensiva	
BC14	AVC - Acidente vascular cerebral	
BC15	Inconsciência	
BC16	Crise convulsiva no adulto	
BC17	Hipotermia	
BC18	Hiperglicemia	
BC19	Hipoglicemia	
BC20	Dor abdominal não traumática	
BC21	HDA - Hemorragia digestiva alta	
BC22	HDB - Hemorragia digestiva baixa	
BC23	Reação alérgica-Anafilaxia	
BC24	Epistaxe	
BC25	Hemoptise	
BC26	Manejo da dor no adulto	
BC27	Cólica nefrética	
BC28	Manejo da crise em saúde mental	
BC29	Agitação e situação de violência	
BC30		Atual BTox 3
BC31		Atual BTox 2
BC32	Autoagressão e risco de suicídio	

Sumário

PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS		
BT1	Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BT2	Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BT3	Avaliação da cinemática do trauma (Padrão básico de lesões)	
BT4	Choque	
BT5	Trauma cranioencefálico	
BT6	Trauma de face	
BT7	Trauma ocular	
BT8	Pneumotórax aberto - Ferimento aberto no tórax	
BT9	TAA - Trauma abdominal aberto	
BT10	TAF - Trauma abdominal fechado	
BT11	TRM - Trauma raquimedular	
BT12	Trauma de membros superiores e inferiores	
BT13	Fratura exposta de extremidades	
BT14	Amputação traumática	
BT15	Trauma de pelve	
BT16	Síndrome do esmagamento	
BT17	Síndrome compartimental	
BT18	Queimadura térmica (calor)	
BT19		Atual BTox 4
BT20		Atual BTox 5
BT21		Atual BTox 6
BT22	Afogamento	
BT23		Atual BTox13

Sumário

PROCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV	
BP1	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: abertura manual das vias aéreas
BP2	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração
BP3	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)
BP4	Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio
BP5	Dispositivos para oxigenoterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório
BP6	Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi
BP7	Oximetria
BP8	Controle de hemorragias: compressão direta da lesão
BP9	Controle de hemorragias: torniquete
BP10	Aferição de sinais vitais: pressão arterial
BP11	Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca
BP12	Aferição de sinais vitais: frequência respiratória
BP13	Aferição de sinais vitais: temperatura
BP14	Escala de Coma de Glasgow
BP15	Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati
BP16	Avaliação da glicemia capilar
BP17	Colocação do colar cervical
BP18	Imobilização sentada – Dispositivo tipo colete (KED)
BP19	Retirada de pacientes: retirada rápida (1 ou 2 profissionais)
BP20	Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais)
BP21	Remoção de capacete
BP22	Rolamento em bloco 90°
BP23	Rolamento em bloco 180°
BP24	Pranchamento em pé (3 profissionais)
BP25	Pranchamento em pé (2 profissionais)
BP26	Técnica de acesso venoso periférico
BP27	Contenção Física
BP28	AVDI
BP29	
BP30	

Sumário

PROTÓCOLOS ESPECIAIS EM SBV		
PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU	
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de ambulância do SAMU	
PE6	Regras gerais na condução de ambulância	
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via	
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	
PE9	Consentimento para tratamento de paciente menor de idade	
PE10	Atendimento a paciente com necessidades especiais	
PE11	Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)	
PE12	Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade	
PE13	Atendimento a paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)	
PE14	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	
PE15	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	
PE16	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço	
PE17	Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime	
PE18	Cuidados com pertences de pacientes	
PE19	Dispensa de pacientes na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21		Atual AERO
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza concorrente da ambulância: Hipoclorito e álcool	
PE24	Limpeza concorrente da ambulância	
PE25	Limpeza na presença de matéria orgânica	
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

Sumário

PROTOCOLOS ESPECIAIS		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32		Atual BTox 16
PE33	Suspeita de maus tratos/abuso/negligência	Em finalização
PE34		
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização
PE36	Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SBV	
PE37	Interceptação por SAV	Em finalização
PROTOCOLOS SBV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
BGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
BGO2	Assistência ao trabalho de parto iminente	
BGO3	Assistência ao parto consumado	
BGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
BGO5	Assistência ao parto iminente distócico	
BGO6	Hemorragia gestacional	
BGO7	Hemorragia puerperal	
BGO8	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia	
BGO9	Trauma na gestante	Em finalização
BGO10	PCR na gestante	Em finalização
BGO11	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
BGO12		
BGO13		
BGO14		

Sumário

PROTOCOLOS SBV PEDIATRIA		
BPed 1	Parâmetros pediátricos	
BPed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
BPed 4	OVACE na criança	
BPed 5	OVACE no bebê	
BPed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
BPed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
BPed 8	Cuidados pós-ressuscitação	
BPed 9	Algoritmo geral de RCP pediátrica – Suporte básico	
BPed 10	Assistência ao RN que nasce bem	
BPed 11	Reanimação neonatal	
BPed 12	Choque	
BPed 13	Insuficiência respiratória aguda	
BPed 14	Rebaixamento do nível de consciência	
BPed 15	Crise convulsiva	
BPed 16	Hipotermia	Em finalização
BPed 17	Hiperglicemia	
BPed 18	Hipoglicemia	
BPed 19	Anafilaxia	
BPed 20	Febre	
BPed 21	Vômitos	
BPed 22	Epistaxe	
BPed 23	Manejo da dor	
BPed 24	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 25	Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
BPed 26	Especificidades da criança vítima de trauma	Em finalização
BPed 27	Afogamento	
BPed 28	Queimaduras	
BPed 29	Manobras manuais de vias aéreas	
BPed 30	Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)	
BPed 31	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas – Aspiração	
BPed 32	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Cânula Orofaringea (COF) – Guedel	

Sumário

PROTOCOLOS SBV PEDIATRIA		
BPed 33	Colar cervical	
BPed 34	Imobilizações pediátricas	
BPed 35	Imobilização em cadeirinha	
BPed 36	Imobilização em prancha	
BPed 37	KED	
BPed 38		
BPed 39		
BPed 40		
PROTOCOLOS SBV - INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS		
BTox 1	Intoxicações: medidas gerais	
BTox 2	Intoxicação por drogas de abuso	
BTox 3	Intoxicação e abstinência alcoólica	
BTox 4	Inalação de fumaça	
BTox 5	Intoxicação por monóxido de carbono	
BTox 6	Intoxicação por organofosforados e carbamatos	
BTox 7		
BTox 8	Intoxicação por plantas	Em finalização
BTox 9	Intoxicação por medicamentos depressores	
BTox 10	Exposição a solventes	
BTox 11	Exposição a corrosivos	
BTox 12	Descontaminação	
BTox 13	Acidentes com Animais Peçonhentos	
BTox 14	Primeiro na Cena com Produtos Perigosos	
BTox 15	Identificação do Produto Perigoso	
BTox 16	Produtos Perigosos - Princípios Gerais	
BTox 17		
BTox 18		
BTox 19		

Sumário

PROTOCOLOS SBV - INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS	
BMV1	Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de IMV
BMV2	Atribuições da equipe de SBV ao chegar na cena de um IMV em andamento
BMV3	Triagem de múltiplas vítimas
BMV4	Triagem de múltiplas vítimas: crianças
BMV5	
BMV6	
BMV7	
BMV9	
BMV10	
PROTOCOLOS SBV – MOTOLÂNCIA	
MOTO 1	Regras gerais de biossegurança para motolância
MOTO 2	Atribuições e responsabilidades específicas do condutor da motolância
MOTO 3	Carta de sinais para deslocamento de motolâncias
MOTO 4	Regras específicas de deslocamento da motolância
MOTO 5	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a motolância
MOTO 6	Regras gerais para deslocamento de motolâncias em comboio
MOTO 7	
MOTO 8	
MOTO 9	

Protocolo de Suporte Avançado

Sumário

PROTÓCOLOS SAV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS	
AC1	Avaliação primária do paciente (agravo clínico)
AC2	Avaliação secundária do paciente (agravo clínico)
AC3	OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos
AC4	Parada respiratória no adulto
AC5	PCR-RCP no adulto - Guidelines AHA 2015
AC6	PCR Adulto: FV ou TVSP - Guidelines AHA 2015
AC7	PCR-RCP Adulto: Assistolia - Guidelines AHA 2015
AC8	PCR-RCP Adulto: AESP - Guidelines AHA 2015
AC9	PCR: Interrupção de RCP
AC10	Cuidados Pós-Ressuscitação no adulto - Guidelines AHA 2015
AC11	Decisão de não Ressuscitação
AC12	Algoritmo geral da RCP no adulto - Guidelines AHA 2015
AC13	Bradicardia
AC14	Taquiarritmia com pulso
AC15	Algoritmo geral das taquiarritmias com pulso
AC16	Choque
AC17	Dor torácica não traumática: SCA - Síndrome coronariana aguda
AC18	Dor torácica não traumática: DAA - Dissecção aguda de aorta
AC19	Hipertensão arterial sistêmica
AC20	ICD – Insuficiência cardíaca descompensada
AC21	Acidente Vascular Cerebral – AVC
AC22	Exacerbação da asma no adulto
AC23	Exacerbação da DPOC no adulto
AC24	EAP – Edema agudo de pulmão
AC25	Inconsciência
AC26	Crise convulsiva no adulto
AC27	Hipotermia
AC28	Hiperglicemia
AC29	Hipoglicemia
AC30	Dor abdominal não traumática
AC31	HDA - Hemorragia digestiva alta
AC32	HDB - Hemorragia digestiva baixa
AC33	Reação alérgica/Anafilaxia
AC34	Cólica nefrética

Sumário

PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS		
AT22	Trauma de pelve	
AT23	Síndrome do esmagamento	
AT24	Síndrome compartimental	
AT25	Queimadura térmica (calor)	
AT26		Atual ATox 5
AT27		Atual ATox 6
AT28		Atual ATox 8
AT29	Afogamento	
AT30		Atual ATox 15
AT31	Transporte inter-hospitalar do traumatizado	
PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SAV		
AP1	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: manobras manuais de abertura de vias aéreas	
AP2	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração	
AP3	Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF)	
AP4	Manejo de vias aéreas: máscara laríngea	
AP5	Manejo de vias aéreas: cricotireoidostomia cirúrgica	
AP6	Manejo de vias aéreas: ventilação transtraqueal percutânea – VTP	
AP7	Manejo de vias aéreas: Intubação orotraqueal adulto - IOT	
AP8	Manejo de vias aéreas: Intubação nasotraqueal adulto – INT	
AP9	Sequência rápida de intubação	
AP10	Capnografia	
AP11	Punção de descompressão	
AP12	Operação básica de Ventilador Mecânico para transporte (adultos e crianças)	
AP13	Uso do nebulizador à jato e do nebulímetro	
AP14	Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio	
AP15	Dispositivos para oxigenioterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório	
AP16	Dispositivos para oxigenioterapia: Máscara de Venturi	
AP17	Oximetria	
AP18	Controle de hemorragias: compressão direta da lesão	
AP19	Controle de hemorragias: Torniquete	

Sumário

PROTOCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SAV		
AP20	Técnica de acesso venoso periférico	
AP21	Acesso venoso: jugular externa	
AP22	Punção intraóssea	
AP23	Aferição de sinais vitais: pressão arterial	
AP24	Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca	
AP25	Aferição de sinais vitais: frequência respiratória	
AP26	Aferição de sinais vitais: temperatura	
AP27	Escala de Coma de Glasgow	
AP28	Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati	
AP29	Avaliação da glicemia capilar	
AP30	Instalação do colar cervical	
AP31	Imobilização sentada: dispositivo tipo colete (KED)	
AP32	Retirada de pacientes: retirada rápida (1 e 2 profissionais)	
AP33	Retirada de pacientes: retirada rápida (3 profissionais)	
AP34	Remoção de capacete	
AP35	Rolamento em bloco 90°	
AP36	Rolamento em bloco 180°	
AP37	Pranchamento em pé (3 profissionais)	
AP38	Pranchamento em pé (2 profissionais)	
AP39	Monitorização cardíaca com cabo de 3 e 5 vias	
AP40	ECG 12 derivações	
AP41	ECG de 2ª opinião/Telecárdio	Em finalização
AP42	Contenção Física	
AP43	AVDI	
AP44		

Sumário

PROTOSCOLOS ESPECIAIS		
PE1	Aspectos gerais de avaliação da segurança de cena	
PE2	Regras gerais de biossegurança	
PE3	Práticas para a segurança do paciente	
PE4	Atribuições e responsabilidades da equipe do SAMU	
PE5	Responsabilidades adicionais do condutor de veículos	
PE6	Regras gerais na condução de ambulância	
PE7	Regras gerais para estacionamento de ambulância e sinalização da via	
PE8	Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância	
PE9	Consentimento para tratamento de paciente menor de idade	
PE10	Atendimento a paciente com necessidades especiais	
PE11	Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado)	
PE12	Atendimento a paciente sem condição de decidir estando desacompanhado ou acompanhado de menor de 18 anos de idade	
PE13	Atendimento a paciente sem condição de decidir e acompanhado de animais (cão-guia ou outros)	
PE14	Atendimento a paciente que recusa atendimento e/ou transporte	
PE15	Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena	
PE16	Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço	
PE17	Regras gerais de abordagem em ocorrências com indícios de crime	
PE18	Cuidados com pertences de pacientes	
PE19	Dispensa de paciente na cena	
PE20	Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto	
PE21		Atual AERO
PE22	Sistematização da passagem do caso para a regulação médica	Em finalização
PE23	Limpeza terminal da ambulância	
PE24	Limpeza concorrente da viatura	
PE25	Limpeza na presença de matéria orgânica	
PE26	Constatação do óbito pelo médico do SAMU 192	
PE27	Identificação do óbito por equipes do SAMU 192	

Sumário

PROTOCOLOS ESPECIAIS		
PE28	Código Q e alfabeto fonético	Em finalização
PE29	Acidente de trabalho com material biológico	
PE30	Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos)	
PE31	Solicitação de apoio do SAV, SBV e/ou Resgate	Em finalização
PE32		Atual ATox 18
PE33	Suspeita de maus tratos, violência, abuso, negligência	Em finalização
PE34		
PE35	Anotações na ficha de atendimento	Em finalização
PE36	Limpeza e desinfecção de equipamentos da ambulância de SAV	
PE37	Interceptação pelo SAV	Em finalização
PE38		

Sumário

PROTOCOLOS SAV GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
AGO1	Assistência ao trabalho de parto não expulsivo	
AGO2	Assistência ao parto iminente	
AGO3	Assistência ao parto consumado	
AGO4	Assistência ao trabalho de parto prematuro	
AGO5	Parto iminente distócico: Ombros	
AGO6	Parto iminente distócico: Pelve	
AGO7	Parto iminente distócico: Prolapso de cordão	
AGO8	Hemorragias da 1ª. metade da gestação	
AGO9	Hemorragias da 2ª. metade da gestação	
AGO10	Hemorragia puerperal	
AGO11	Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia	
AGO12	Síndromes hipertensivas: eclâmpsia	
AGO13	Trauma na gestante	Em finalização
AGO14	PCR na gestante	Em finalização
AGO15	Cesárea post-mortem	Em finalização
AGO16		
AGO17	Hemorragias ginecológicas	Em finalização
AGO18		
AGO19		
AGO20		

Sumário

PROTOCOLOS SAV PEDIATRIA		
APed 1	Parâmetros pediátricos	
APed 2	Avaliação primária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 3	Avaliação secundária do paciente pediátrico (agravo clínico)	
APed 4	OVACE na criança	
APed 5	OVACE no bebê	
APed 6	Parada respiratória (PR) no paciente pediátrico	
APed 7	PCR e RCP no bebê e na criança	
APed 8	PCR no paciente pediátrico: assistolia	
APed 9	PCR no paciente pediátrico: AESP	
APed 10	PCR no paciente pediátrico: FV/TVSP	
APed 11	Cuidados pós-ressuscitação – bebê e criança	
APed 12	Algoritmo geral da RCP pediátrica – suporte avançado de vida	
APed 13	Assistência ao RN que nasce bem	
APed 14	Reanimação neonatal	
APed 15	Bradicardia	
APed 16	Taquiarritmias	
APed 17	Choque	
APed 18	Insuficiência respiratória aguda	
APed 19	Laringotraqueíte aguda	
APed 20	Exacerbação da asma	
APed 21	Rebaixamento do nível de consciência	
APed 22	Crise convulsiva	
APed 23	Hipotermia	Em finalização
APed 24	Hiperglicemia	
APed 25	Hipoglicemia	
APed 26	Anafilaxia	
APed 27	Febre	
APed 28	Vômitos	
APed 29	Epistaxe	
APed 30	Manejo da dor	
APed 31	Sedação	
APed 32	Transporte inter-hospitalar da criança grave	
APed 33	Avaliação primária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	

Sumário

PROTOCOLOS SAV PEDIATRIA		
APed 34	Avaliação secundária do paciente pediátrico com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
APed 35	Especificidades da criança vítima de trauma	
APed 36	Afogamento	
APed 37	Queimaduras	
APed 38	Manobras manuais de vias aéreas	
APed 39	Técnica de ventilação com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM)	
APed 40	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Aspiração	
APed 41	Técnicas básicas de manejo das vias aéreas - Cânula Orofaringea (COF) - Guedel	
APed 42	Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Máscara laríngea (ML)	
APed 43	Técnicas avançadas de manejo das vias aéreas - Intubação orotraqueal	
APed 44	Cricotireoidostomia por punção	
APed 45	Toracocentese por punção	
APed 46	Acesso intraósseo em pediatria	
APed 47	Colar cervical	
APed 48	Imobilizações pediátricas	
APed 49	Imobilização em cadeirinha	
APed 50	Imobilização em prancha	
APed 51	KED	
APed 52	Transporte neonatal de alto risco - terrestre	Em finalização
APed 53	Sequência rápida de intubação	Em finalização
APed 54		

Sumário

PROTOCOLOS SAV - INTOXICAÇÕES E PRODUTOS PERIGOSOS		
ATox 1	Intoxicações: medidas gerais	
ATox 2	Síndromes tóxicas	
ATox 3	Intoxicação por drogas de abuso	
ATox 4	Intoxicação e abstinência alcoólica	
ATox 5	Inalação de fumaça	
ATox 6	Intoxicação por monóxido de carbono	
ATox 7	Intoxicação aguda por cianeto	
ATox 8	Intoxicação por organofosforados e carbamatos	
ATox 9		
ATox 10	Intoxicação por plantas	Em finalização
ATox 11	Intoxicação por medicamentos depressores	
ATox 12	Exposição a solventes	
ATox 13	Exposição a corrosivos	
ATox 14	Descontaminação	
ATox 15	Acidentes com animais peçonhentos	
ATox 16	Primeiro na cena de produto perigoso (PP)	
ATox 17	Identificação do produto perigoso (PP)	
ATox 18	Princípios gerais do atendimento à produto perigoso (PP)	
ATox 19		
PROTOCOLOS SAV – INCIDENTES MÚLTIPLAS VÍTIMAS		
AMV1	Atribuições da primeira equipe a chegar na cena de IMV	
AMV2	Atribuições da equipe de SAV ao chegar na cena de um IMV em andamento	
AMV3	Triagem de múltiplas vítimas	
AMV4	Triagem de múltiplas vítimas: crianças	
AMV5	Organização de área de concentração de vítimas - ACV	
AMV6		
AMV7		
AMV9		
AMV10		

Sumário

PROTOCOLOS SAV – AEROMÉDICO		
AERO1	Atribuições e responsabilidades específicas da equipe aeromédica	
AERO 2	Critérios gerais de indicação de missão aeromédica: transporte inter-hospitalar	
AERO 3	Preparo da missão aeromédica	
AERO 4	Segurança operacional	
AERO 5	Aspectos do manejo clínico	
AERO 6	Transporte aeromédico neonatal de alto risco	Em finalização
AERO 7		
AERO 8		

Sumário

PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS		
AC35	Epistaxe	
AC36	Hemoptise	
AC37	Manejo da dor	
AC38	Sedação	
AC39	Manejo da crise em saúde mental	
AC40	Agitação e situação de violência	
AC41		Atual ATox 4
AC42		Atual ATox 3
AC43	Autoagressão e tentativa de suicídio	
AC44		
PROTOCOLOS SAV EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS		
AT1	Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
AT2	Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada	
AT3	Avaliação da cinemática do trauma (padrão básico de lesões)	
AT4	Choque	
AT5	Trauma cranioencefálico	
AT6	Trauma de face	
AT7	Trauma ocular	
AT8	Fratura de costelas	
AT9	Tórax instável	
AT10	Pneumotórax simples	
AT11	Pneumotórax aberto	
AT12	Pneumotórax hipertensivo	
AT13	Hemotórax	
AT14	Contusão pulmonar	
AT15	Tamponamento cardíaco	
AT16	TAA - Trauma abdominal aberto	
AT17	TAF - Trauma abdominal fechado	
AT18	TRM - Trauma raquimedular	
AT19	Trauma de membros superiores e inferiores	
AT20	Fratura exposta das extremidades	
AT21	Amputação traumática	