



Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem*

Cuiabá Mobile Emergency Service: challenges and opportunities for nursing professionals

Servicio de Atención Móvil a las Urgencias Cuiabá: desafíos y posibilidades para profesionales de enfermería

Damaris Leonel Brito Figueiredo¹, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa²

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências um dos focos da Política Nacional de Atenção às Urgências que tem sido implantado no território nacional, iniciou em 2004, no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso sendo habilitado apenas em 2007. O estudo relata a experiência de uma das autoras como enfermeira do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), participante do processo de implantação do serviço. Até 2004, em Mato Grosso, o atendimento às urgências era realizado exclusivamente pelo Corpo de Bombeiros (CB). A reformulação do APH possibilitou a inserção de profissionais de enfermagem em uma área não conquistada por essa profissão neste município. Tal reestruturação implicou desvinculação do CB, mudança para sede própria e desenvolvimento das atividades relacionadas ao serviço apenas por civis. Conclui-se que a nova possibilidade de atuação para profissionais de enfermagem impulsionou a busca de especializações e desenvolvimento de estudos que subsidiem a atuação prática nesse ambiente.

Descritores: Enfermagem em emergência; Serviços médicos de emergência; Ambulâncias; Sistema médico de emergência; Primeiros socorros/enfermagem

ABSTRACT

The mobile emergency service, one of the main strategies of the National Policy of Medical Emergencies that has been implemented throughout the whole of the country in 2004, was only implemented in Cuiabá in 2007. This descriptive study reports the personal experience of one of the authors as a pre-hospital service (PHS) nurse who participated in the implementation process of the mobile emergency service. Until 2004, emergency services were carried out exclusively by the fire fighter (FF) department. The reorganization of the PHS enabled the inclusion of nursing professionals in the mobile emergency services. This reorganization of the PHS led to the detachment of the FF from mobile emergency services, moving the PHS to a new base and developing work activities as a civil service. This report describes that opportunities for nursing professionals in mobile emergency services have driven demands for specialization courses and the development of studies to prepare new practitioners.

Keywords: Emergency nursing; Emergency medical services; Ambulances; Emergency medical system; First aid/nursing

RESUMEN

El Servicio de Atención Móvil a las Urgencias, uno de los elementos centrales de la Política Nacional de Atención a las Urgencias que se ha implantado en el territorio nacional, se inició en el 2004, en el municipio de Cuiabá, Estado de Mato Grosso siendo habilitado sólo en el 2007. El estudio relata la experiencia de una de las autoras como enfermera de la Atención Pre Hospitalaria (APH), que participó del proceso de implantación del servicio. Hasta 2004, en Mato Grosso, la atención a las urgencias era realizada exclusivamente por el Cuerpo de Bomberos (CB). La reformulación del APH posibilitó la inserción de profesionales de enfermería en un área no ganada por este gremio en el Municipio de Cuiabá. Tal reestructuración implicó la desvinculación del CB, el traslado a una sede propia y desarrollo de las actividades relacionadas al servicio apenas por civiles. Se concluye que la nueva posibilidad de actuación para profesionales de enfermería impulsó la búsqueda de especializaciones y desarrollo de estudios que subsidien su actuación práctica en este ambiente.

Descriptores: Enfermería de urgencia; Servicios médicos de urgencia, Ambulancias; Sistema médico de emergencia; Primeiros auxilios/enfermería

* Trabalho realizado no SAMU - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.

¹ Pós-graduando (Mestrado) em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT – Cuiabá (MT), Brasil; Enfermeira do SAMU-192 – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação em Enfermagem, e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT – Cuiabá (MT), Brasil.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) oferece atendimento imediato às pessoas em risco iminente de morte, principalmente nos acidentes traumáticos, com o objetivo de reduzir o impacto do trauma na morbidade e mortalidade da população acometida. O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) se caracteriza por oferecer atendimento às pessoas em situações de urgência ou emergência, no próprio local de ocorrência do evento, garantindo um atendimento precoce. Tais serviços são acionados por telefonia de discagem rápida por meio do número 192, padronizado em todo o território brasileiro⁽¹⁾.

As primeiras equipes móveis de reanimação, com a característica específica de atendimento médico, surgiram na França somente em 1955. A partir de 1960 constatou-se a necessidade de treinar equipes de socorristas com a participação médica, visando aumentar as chances de sobrevivência das pessoas atendidas. O *Service Mobile d'Urgence et de Réanimation* (SMUR) foi instituído oficialmente em 1965 e em 1968 surgiu o *Service d'Aide Médicale d'Urgence* (SAMU) para coordenar as atividades do SMUR, quando então foram definidos critérios e normas sobre seu funcionamento⁽²⁾.

O APH no Brasil teve influência de dois modelos internacionais⁽³⁾, o francês e o americano. No serviço norte-americano, denominado *Emergency Medical Services* as equipes são compostas por *Emergency Medical Technician* (EMT) ou paramédicos, habilitados em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), respectivamente. Inicialmente, o modelo norte-americano foi o de maior predominância no Brasil para realizar somente medidas de SBV, pelo Corpo de Bombeiros (CB), pioneiros no APH. A influência do serviço francês, cujas equipes são compostas exclusivamente por profissionais de saúde, é observada posteriormente em algumas cidades brasileiras para realizar, também, o SAV no local do evento. Neste tipo de suporte é incluída a realização de procedimentos invasivos e o uso de equipamentos e materiais específicos destinados à assistência dos casos de maior gravidade e complexidade, só podendo, portanto, ser realizado por médicos e enfermeiros. Já no SBV, a não realização de procedimentos invasivos permite a atuação de bombeiros ou técnicos de enfermagem, capacitados previamente⁽⁴⁾.

Atualmente, pode-se dizer que estruturar e ampliar o serviço de APH é um dos focos principais da Política Nacional de Atenção às Urgências. Mas, tal estruturação não tem acontecido de maneira uniforme em todos os municípios brasileiros, sendo que em muitas localidades o seu funcionamento ainda não iniciou⁽¹⁾, razão pela qual se considerou pertinente descrever um processo de implantação e implementação desse tipo de serviço em

uma cidade brasileira.

O município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, tem área de 3.538 Km², a população se aproxima dos 527 mil habitantes⁽⁵⁻⁶⁾ e sua posição geográfica o torna referência em saúde para os municípios da região norte do próprio Estado e até para alguns Estados vizinhos. Diante desse panorama e como enfermeira atuante no serviço de APH, este estudo teve como objetivo relatar a experiência de implantação do SAMU na cidade de Cuiabá e evidenciar a inserção dos profissionais de enfermagem nesse Serviço. A finalidade deste relato de experiência é a de oferecer subsídios para a estruturação e implementação do APH em outros municípios do Estado de Mato Grosso, assim como, em outras regiões do Brasil.

O presente trabalho é um relato de experiência sobre a implantação e implementação do SAMU na cidade de Cuiabá, ocorrida no período de maio a agosto de 2007. Baseado na vivência profissional de uma de suas autoras, como enfermeira do SAMU, e na consulta de documentos oficiais versando sobre o Serviço pré-hospitalar de acesso público obtidos no Departamento Jurídico do Corpo de Bombeiros de Mato Grosso, Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e página virtual da Assembléia Legislativa do referido Estado.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM CUIABÁ

Até 2004, os atendimentos às urgências em Mato Grosso eram realizados exclusivamente pelo CB através do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), da Companhia de Urgência e Resgate a Acidentados. O serviço é amparado pela Lei Complementar n.º 32 de 10 de outubro de 1994, que dispõe ao CB a realização dos “socorros de urgência”⁽⁷⁾. Sabe-se que o serviço de resgate, no Estado, realizado por bombeiros em ambulâncias específicas, começou no ano de 1998, mas a regulamentação do SIATE, só aconteceu em 2000⁽⁸⁾. Nesse período, o serviço estava sob o comando da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Estadual de Segurança Pública e as Secretarias Municipais de Saúde. Para atuar no SIATE os bombeiros eram capacitados em cursos específicos oferecidos pela própria corporação, tais como o Curso de Capacitação de Socorristas.

Esse modelo permaneceu até o ano de 2004, quando foi reformulado para atender a Política Nacional de Atenção às Urgências. A Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Estadual de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso e o Corpo de Bombeiros celebraram um termo de cooperação técnica com a finalidade de regulamentar as atribuições do SAMU para uma atuação conjunta no Estado.

Durante o período em que se manteve a parceria com o CB, o SAMU teve sua Central de Regulação Médica funcionando no Centro Integrado de Operações em Segurança Pública e a Central de Material Esterilizado localizada em um dos quartéis do município. No período de dez/2004 a jul/2007 Cuiabá dispunha do serviço de APH, porém sem a habilitação do Ministério da Saúde.

Nesse período, o serviço teve seu projeto reformulado e reapresentado ao Ministério da Saúde para apreciação. A nova proposta contemplou a desvinculação do Corpo de Bombeiros, mudança para sede própria e a inclusão de civis para desenvolver atividades anteriormente desempenhadas por militares na equipe. O projeto foi aprovado e o serviço habilitado em 18/09/2007 através da Portaria MS/GM n.º 2300/2007⁽⁹⁾, ficando constituída a seguinte área de abrangência em cinco municípios: Cuiabá, Santo Antônio de Leverger, Jangada, Várzea Grande e Nossa Senhora do Livramento, atendendo uma população de, aproximadamente, 800 mil habitantes⁽⁶⁾.

O serviço foi credenciado com sete unidades de SBV e três de SAV, porém em setembro/2008 contava com apenas três ambulâncias de SBV e duas de SAV. A proporção definida entre o número de ambulâncias e população atendida é de um veículo de SBV para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de SAV para cada 400.000 a 450.000 habitantes⁽¹⁰⁾.

Observando-se a área de abrangência do SAMU Cuiabá e a distância existente entre as bases do mesmo e os municípios vizinhos, verifica-se que, na maioria deles, o percurso dura cerca de uma hora, constituindo-se um dos fatores que interferem em sua resolutividade, sobretudo, considerando-se a relevância da realização do atendimento na “hora de ouro”.

Outro aspecto a ser considerado é a insuficiente informação da população, em relação às finalidades do SAMU e o modelo assistencial que privilegia apenas os aspectos biológicos, os quais se configuram como desafios a serem enfrentados por gestores e profissionais do SUS. Comumente são registradas solicitações que não se configuram emergência biológica. Muitas vezes, os problemas são de ordem social, como a falta do vale transporte, o entendimento de que o SAMU é uma possibilidade de atendimento imediato, assim como alternativa para facilidade de acesso à unidade de saúde. Tal constatação nos remete aos princípios de integralidade e resolutividade garantidos constitucionalmente, mas ainda não efetivados nas práticas cotidianas concretas de saúde.

Quando nos reportamos aos sentidos da integralidade, podemos visualizá-la como práticas de saúde qualificadas; a satisfatória integração dos serviços de saúde em sua capacidade de dar respostas resolutivas; e, ainda, como habilidade governamental de encaminhamento a diversas necessidades de grupos específicos. Sabemos que as necessidades de saúde não se limitam aos agravos físicos

e biológicos, mas também às boas condições de vida e de acessos a tecnologias que sejam capazes de prolongar ou melhorar a vida⁽¹¹⁾.

O SAMU surge como uma possibilidade de efetivação das boas práticas de saúde, uma vez que objetiva dar atendimento de qualidade com a rapidez exigida em cada circunstância, sendo, sob este aspecto, um atendimento resolutivo. Porém, tal resolutividade não se efetivará na vida da pessoa assistida se o restante dos serviços de saúde atuar de forma desarticulada, com um modelo assistencial fragmentado, visualizando e cuidando apenas de partes do corpo biológico.

A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO SAMU CUIABÁ

Publicações da década de 1990⁽¹²⁻¹⁴⁾ retratam a inserção dos enfermeiros nas atividades de atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Ao analisar esses estudos, observamos que 14 anos após, os enfermeiros do Estado de Mato Grosso vivenciam tal experiência.

O serviço de APH vigente em Cuiabá até dez/2004, contava com apenas uma assessoria médica composta por médico e enfermeiro, que eventualmente atuavam na assistência direta. Nesse período, as equipes de resgate não contavam com profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar, este atendimento era realizado exclusivamente por bombeiros socorristas.

Após reformulação do serviço APH para atender a Política Nacional de Atenção às Urgências, a constituição da equipe de atendimento foi reformulada, seguindo os pressupostos do SAMU francês que adota distintas categorias de profissionais de saúde na composição de suas equipes. As equipes de SAV, nesse modelo, foram compostas inicialmente por dois bombeiros socorristas, um médico e um enfermeiro. Já as equipes de SBV foram constituídas também, por dois bombeiros como socorristas, mas o terceiro componente teve, como diferencial, ser um enfermeiro ou um técnico de enfermagem.

Com a desvinculação do CB em jul/2007, as equipes de SAV passaram a ser compostas por um condutor, que também desenvolve a atividade de socorrista, e por enfermeiro e médico. Já as equipes de SBV foram formadas por um condutor e um enfermeiro ou técnico de enfermagem. Todos os membros das equipes foram capacitados, em observância à Portaria GM/MS n.º 2048/2002⁽¹³⁾.

Para atuar no APH, os profissionais passaram por capacitação através do curso *Pre Hospital Trauma Life Support*, oferecido apenas ao primeiro grupo de profissionais inseridos no serviço, aqueles que se juntaram às equipes, posteriormente, foram treinados pelos próprios companheiros, em capacitações internas. Com

o objetivo de superar os desafios propostos pelo APH e responder qualitativamente às necessidades dos usuários e do serviço, os profissionais de enfermagem buscaram capacitação e aperfeiçoamento. Porém, a distância entre o município e os centros de referência do APH, tornou-se um fator desfavorável, dificultando a qualificação desses profissionais, e como estratégias para superar a barreira geográfica foram desenvolvidas, pelas equipes, grupos de estudo.

Considerando que o uso de protocolos de atendimento possibilita ao enfermeiro e à equipe de APH menor tempo de atendimento, maior eficiência, menores possibilidades de erros, garantindo atendimento de qualidade e com eficácia⁽¹⁴⁾, o próximo desafio para os profissionais de enfermagem do SAMU de Cuiabá é a elaboração desses protocolos, sendo que, desta maneira também atenderá as orientações do Conselho Federal de Enfermagem.

A nova atividade contribuiu para o desenvolvimento de novas habilidades e para o enfrentamento de dificuldades, tais como, atuação diferenciada daquela do ambiente hospitalar, devido às condições estressantes geradas pela realização do atendimento nas proximidades dos locais de ocorrência de eventos violentos, maior interação e proximidade com a comunidade e familiares

de vítimas, assistência em espaços restritos, trabalho em equipe com profissionais de outras áreas, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o surgimento da Política Nacional de Atenção às Urgências, ampliaram-se as discussões sobre os impactos da violência, e os serviços implantados tornaram-se ferramentas para enfrentar suas conseqüências na vida das pessoas, além de garantir o direito à saúde conforme prevê a Lei Orgânica.

A implantação deste serviço no município de Cuiabá, trouxe a possibilidade de trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em campos de atuação ainda não explorados no Estado. Esta é uma prática que exige conhecimento aprimorado e continuado, capacidade de lidar com situações estressantes e uma equipe de profissionais ampliada que difere da prática hospitalar. A experiência relatada evidencia, ainda, a necessidade de dar visibilidade a uma nova linha de produção de cuidados em enfermagem, a qual precisa de maiores investimentos por parte desses profissionais para possibilitar uma assistência eficiente no âmbito pré-hospitalar, atendendo aos princípios de integralidade e resolutividade preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. [citado em 2008 Nov 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456.
2. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1999;32(4):381-7.
3. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):71-5.
4. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2000;13(3):59-65.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. [citado em 2007 Nov 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. População por municípios. In: Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Contagem da população 2007*. [citado em 2007 Nov 26]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007layoutTCU14112007.pdf>
7. Mato Grosso. Lei complementar n.º 32, de 10 de outubro de 1994. Dispõe sobre a organização básica do corpo de bombeiros do Estado de Mato Grosso e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, Cuiabá (MT)* 1994; 10 out.
8. Mato Grosso. Decreto n.º 1.183, de 28 de fevereiro de 2000. Regulamenta o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso – SUS/MT, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, Cuiabá (MT)* 2000; 28 fev.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 2300 de 18 de setembro de 2007. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do Estado de Mato Grosso, localizado no município de Cuiabá (MT). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2007; 19 Set. Seção 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro. *Diário Oficial da União, Poder Executivo Brasília (DF)* 2003. 30 set. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF*, n. 193, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.
11. Mattos, RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UEERJ: CEPESC; 2005.
12. Tacahashi DM. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências: um novo desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1991;44(2/3):113-5.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência: Portaria GM/MS n.º 2048, de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 102 p.
14. Fonseca SC. Atendimento pré-hospitalar. In: Calil AM, Paranhos WY. *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu; 2007.