FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDILENE MONTEIRO LAZARO

FRANCISCO CASTRO FONTES JUNIOR

LIDIANE RIBEIRO MONTEIRO

ANÁLISE DO IMPACTO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL – PA NO PERÍODO DE 2010 A 2015.

Belém/PA

2016

EDILENE MONTEIRO LAZARO
FRANCISCO CASTRO FONTES JUNIOR
LIDIANE RIBEIRO MONTEIRO

ANÁLISE DO IMPACTO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL – PA NO PERÍODO DE 2010 A 2015.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Paraense de Ensino como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.ª Esp. Mônica O. L. Sá de Souza

Belém-PA
2016

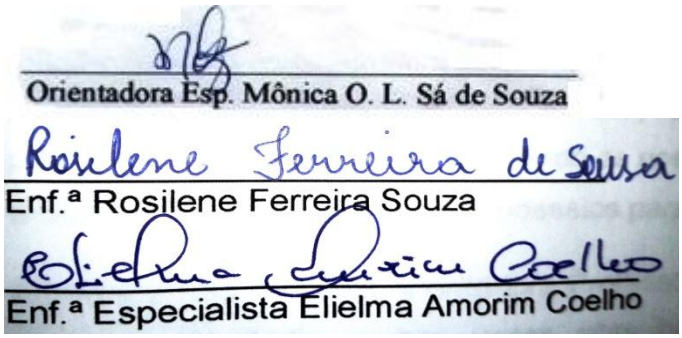
EDILENE MONTEIRO LAZARO
FRANCISCO CASTRO FONTES JUNIOR
LIDIANE RIBEIRO MONTEIRO

ANÁLISE DO IMPACTO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL – PA NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Paraense de Ensino como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.ª Esp. Mônica O. L. Sá de Souza

Aprovado em: 05/12/2016

Banca examinadora:



Belém-PA
2016

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao nosso lado e percorreram este caminho como verdadeiros soldados, estimulando que nós buscássemos a nossa vitória e conquistássemos o nosso sonho de nos tornarmos ENFERMEIROS.

Agradecemos primeiramente a DEUS, que nos guiou até o final, que nos ouviu nos momentos difíceis que enfrentamos que nos confortou e nos deu forças para chegarmos onde estamos hoje.

Agradecemos também aos nossos pais que não só neste momento, mais em toda nossa vida estiveram conosco, ao nosso lado, fornecendo apoio, compreensão e estimulo em todos os momentos.

Agradecemos nossa mãe, que nos ensinou a sermos mulheres e homem de força, um ser humano integro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentarmos a vida. Uma mãe que nos deixou livres para seguir nossas escolhas, porém sempre indicando o caminho correto.

Agradecemos ao nosso pai, que nos ensinou os maiores valores que se pode ter na vida, me incentivou a estudar, a batalhar, buscar os nossos objetivos, mesmo com sua forma de ver a vida e de colocar nossos pés no chão.

Mãe, Pai, se nós pudéssemos voltar á vida em outro momento e tivéssemos a oportunidade de escolher nossos pais, seriam vocês os escolhidos, pois tenho a certeza de que são os melhores pais do mundo. Temos muito orgulho em ter vocês como nossos pais.

Agradecemos a namorada, namorado, esposo, irmãs e filhos que estiveram presentes nesse momento, tolerando as nossas crises de stress, ficando em silencio e deixando de fazerem muitos passeios para nos apoiar nas horas difíceis.

Agradecemos a nossa orientadora Professora Mestre Monica Oliveira, pelo suporte que nos foi dado, muitas vezes altas horas da noite orientando, corrigindo e incentivando.

Agradecemos a FAPEN, a todos os professores por nos proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a nos, não somente por terem nos ensinado, mas por terem nos feito aprender, A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados ao quais sem nomino terão nossos eternos agradecimentos.

Agradecemos também a coordenadora do SAMU Elielma Amorim, ao comandante do corpo de bombeiros do Município de castanhal e aos amigos Renato e Edilson Junior que contribuíram conosco para que conseguíssemos concluir nossa monografia.

E por ultimo a todos as pessoas que direto ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

OS AUTORES!

LISTA DE SIGLAS

APH Atendimento Pré-Hospitalar

AVC Acidente Vascular cerebral

CNES Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

PNAU Politica Nacional de Atenção às urgências

PNH Plano Nacional de Humanização

RAS Redes de Atenção à Saúde

RUE Rede de Urgência e Emergência

SAMU Serviço Móvel de Urgência

SAV Suporte avançado à Vida

SBV Suporte Básico à Vida

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

PACR Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco

GBM Grupamento de Bombeiros Militar

APH Atendimento Pré-Hospitalar

RESUMO

Define-se atendimento pré-hospitalar como o conjunto de medidas e procedimento técnicos que objetivam o suporte de vida á vitima. Podendo ser básico ou avançado, visando então, não agravar lesões já existentes ou gerar lesões que não existiam antes da chegada do APH. Este trabalho tem como objetivo Identificar e comparar os impactos na cobertura de urgência e emergência da rede pública antes e após a sua implantação, no município de Castanhal-PA entre os anos de 2010 e 2015 com ênfase no atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU e Corpo de Bombeiros). Levando assim o estudo de quantificar a quantidade de atendimentos realizados no período supracitados e quantificar o aumento da assistência a população do município de castanhal. Trabalhou-se em quatro fases, cada qual agregando ciclos exploratórios, de trabalho de análise de registros, triangulando dados quantitativos. Os resultados mostram que a implantação do SAMU constitui, um grande avanço do setor saúde e das politicas publicas no município e da sociedade. É preciso ainda enfatizar informações geradas nesse subsistema visando ao melhor planejamento das ações das instituições responsáveis pelo serviço; manter e promover a alta qualificação dos profissionais do SAMU e Bombeiros. Este serviço veio oficializar, padronizar e regular uma politica publica fundamental para salvar vidas.

Palavras chaves: Impacto, Rede, Urgência, Pré-Hospitalar.

ABSTRAT

Pre-hospital care is defined as the set of technical measures and procedures that aim to support the life of the victim. It can be basic or advanced, aiming then, not to aggravate existing lesions or to generate lesions that did not exist before the arrival of the APH. This study aims to identify and compare the impacts on emergency and emergency coverage of the public network before and after its implementation, in the municipality of Castanhal-PA between 2010 and 2015, with emphasis on mobile pre-hospital care (SAMU and Fire Department).This led to the study of quantifying the number of visits performed in the aforementioned period and quantifying the increase in assistance to the population of the municipality of Castanhal. They worked in four phases, each one adding exploratory cycles, work of analysis of registers, triangulating quantitative data. The results show that the implementation of SAMU is a major advance in the health sector and public policies in the municipality and society. It is also necessary to emphasize information generated in this subsystem in order to better plan the actions of the institutions responsible for the service; Maintain and promote the high qualification of SAMU and Firefighters professionals. This service has officialized, standardized and regulated a fundamental public policy to save lives.

Keywords: Impact, Network, Urgency, mobile

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....10
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE O.....10
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....11
1.3 OBJETIVO.....12
1.3.1 Objetivo geral.....**12**
1.3.2 Objetivos especificos.....**12**
1.4 HIPÓTESE.....13
2. **LEVANTAMENTO TEÓRICO**.....**14**
2.1 HISTÓRICO.....14
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....17
2.3 REDES DE ATENÇÃO PRÉ- HOSPITALAR NO BRASIL.....20
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.....23
2.5 CARACTERIZAÇÕES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU.....23
2.6 BREVE HISTORICO DO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DO PARÁ.....25
2.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....26
2.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE X POLÍTICA NACIONAL DE HUMANI.ZAÇÃO (PNH) 27
2.9 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RÍSCO EM URGÊNCIA APÓS O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR.....29
3. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**.....32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....32
3.2 LOCAL DO ESTUDO 33
3.2.1 Castanhal PA: informações básicas sobre o município.....**33**
3.3 TÉCNICA DE REGISTRO DE DADOS.....34
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....34
3.5 ASPECTOS ETICOS.....35
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....45
REFERENCIAS.....47
APÊNDICES 50
ANEXOS 52

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE ESTUDO

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos "serviços" que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas, estes serviços acabam por funcionar como "porta de entrada" do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. (BRASIL, 2010)

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002).

O aumento da demanda por serviços na área de urgência e emergência, nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2002)

Devemos destacar que a Política Nacional de Urgência é recente na dimensão histórica do Sistema Único de Saúde o SUS – a portaria 2048, que regulamenta tecnicamente a urgência e emergência, foi publicada em 2002, e reconheceu a importância da área de Urgência e Emergência como um importante componente da assistência à saúde.

Segundo a PORTARIA Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, no seu capitulo I, art. 3º, item I, II e III:

> I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
>
> II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012);
>
> III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Com base na problemática levantada, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais os impactos assistenciais na rede de urgência e emergência no município de Castanhal PA no período de 2010 a 2015 antes e após a sua implantação?

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

No cenário brasileiro atual e levando em consideração a complexidade da Rede de Atenção às Urgências, com diversos conflitos políticos, técnicos e éticos, a análise da formulação e implantação da Política Nacional de Atenção as Urgências, pode trazer benefícios para a organização da gestão e do cuidado no Sistema Único de Saúde - SUS, com vista a melhorar a eficiência e a efetividade e o atender, garantindo os princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. (GRANJA et al, 2013).

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. (REIS et al 2012)

Os primeiros fatores que despertaram nos autores o interesse acerca da temática tratada surgiram durante aulas do curso de bacharelado em enfermagem da instituição, em uma disciplina cujo foco situava-se sobre Políticas Publicas com ênfase nas Redes de atenção a saúde em urgência e emergência, onde levando em consideração a relevância do trabalho para as redes de Urgência e Emergência a nível regional e municipal, além da contribuição relevante para a formação dos enfermeiros, bem como para a relevância do enfermeiro urgencista e a comunidade castanhalense. Onde um dos membros da equipe faz parte da rede escolhida, onde foi semeado na equipe o interesse em realizar o estudo.

Os autores então decidiram aprofundar os estudos a respeito, utilizando-se de dados documentais de origens oficiais para criar uma visualização mais ampla da cobertura do programa. O conhecimento acerca de informações relacionadas às políticas públicas de saúde do país é muito importante durante a formação de um profissional de saúde e esta importância é ainda maior para os enfermeiros.

A construção deste trabalho seguiu os caminhos propostos no campo da análise de políticas públicas de saúde e como uma primeira aproximação com este campo, será realizada uma pesquisa que privilegiara o aspecto formal da política de saúde, identificando as influências e a mudança na assistência durante o período em analise. Com ênfase no atendimento pré-hospitalar móvel e pré-hospitalar fixo no município de Castanhal-PA.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo geral

Identificar e comparar os impactos na cobertura de urgência e emergência da rede pública antes e após a sua implantação, com ênfase no atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU e Corpo de Bombeiros) no município de Castanhal-PA entre os anos de 2010 a 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer o número de atendimento de urgência e emergência, do SAMU e Corpo de Bombeiros na cidade de Castanhal-PA no período de 2010 a 2015 de forma a realizar uma analise comparativa da cobertura desde a implantação da RUE (SAMU) na cidade;

- Fazer uma análise comparativa da quantidade de atendimento de acidentes automobilístico na cidade Castanhal no período de 2010 a 2015 antes e após a implantação da RUE (Rede de Urgência e Emergência).

- Analisar o número de atendimentos registrado pelo corpo de bombeiros e SAMU no período de 2012 a 2015, após a implantação do componente da rede de urgência e emergência.

1.4 HIPÓTESE

Diante da problematização e o objeto de estudo a qual a pesquisa se propõe, a hipótese a ser confirmada ou contestada refere-se a:

A implantação das políticas públicas de saúde tem representado um desafio para os gestores públicos. Há crescente percepção que existam, ainda, dificuldades na migração de um cenário normativo para um cenário real em saúde.

Os estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde no Brasil fazem comparativo com os países desenvolvidos, onde as redes se assemelham, podendo assim sofrer impactos significativos nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.

Dessa forma a hipótese contextualizada é que Rede de Atenção à saúde como ainda vem a ser recente, não possui grandes experiências, nem grandes avaliações relevantes no município de Castanhal. Por tanto as políticas públicas ainda tendem a melhorar trazendo assim uma melhor cobertura na assistência a rede de urgência e emergência.

2. LEVANTAMENTO TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO

Ao analisar toda historia da saúde Publica do Brasil, podemos perceber que houve muitos avanços. O inicio se deu através de dois grandes períodos, 1ºperíodo a monarquia com seus modelos europeus com as famosas Santas Casas e o 2º período da república com suas medidas sanitárias, as caixas de aposentadoria e pensão, em 1930 houve a criação do ministério da educação e saúde e o instituto de aposentadoria e pensão, em 1966 o instituto nacional de previdência social (INPS), em 1975 o movimento de reforma sanitária e 1986 a 8ª conferencia nacional de saúde obterão um conceito abrangente de saúde. A saúde direito do cidadão e dever do estado, a partir daí é proposto à criação do sistema único de saúde com universalidade, integralidade e descentralizado (BRASIL, 2014).

No Brasil o APH (Atendimento Pré-hospitalar), teve o inicio através de um acordo bilateral assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação ao Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo Francês de Atendimento, em que as viaturas de Suporte Avançado possuíssem obrigatoriamente a presença de um médico, diferentemente dos Bombeiros. Neste período foi dimensionada a real função do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), frente à população local, e as autoridades competentes, vinculando de forma definitiva o atendimento médico emergencial ao paciente critico, agora em ambiente pré-hospitalar (LOPES-1999 Apud OLVEIRA, 2012).

Desde a constituição federal (1988), foi definido que os serviços públicos de saúde deveriam adaptar-se a uma rede regionalizada e hierarquizada e que estabelecesse um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, hierarquização e participação da comunidade. E seus princípios: Universalidade, equidade e integralidade. Mas a consolidação do sistema único de saúde no Brasil passa a exigir mudanças, pois envolve diversos desafios. Isso requer políticas com garantias de saúde com direito de cidadania (CASSETARI, 2014).

A estruturação em nível nacional, somente ocorreu a partir de 1990 com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma (PEET) pelo MS (Ministério da Saúde), cujo objetivo principal era a diminuição dos índices de morbimortalidade por causas externas por meio de intervenções nos níveis de prevenção, APH, assistência hospitalar e reabilitação (MARTINS 2004).

Somente no estado do Rio de Janeiro o corpo de bombeiros, executava os serviços de APH públicos em âmbito nacional pelos seus profissionais, dispondo de profissionais médicos, enfermeiros e soldados que eram auxiliares /técnicos de Enfermagem. Nos demais estados os bombeiros foram treinados em cursos básicos de socorristas (MARTINS, 2004).

Segundo Lopes & Fernandes (1999 Apud OLIVEIRA, 2012), o SAMU teve início no Brasil após um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença de 01 médico e 01 Enfermeiro, diferente do modelo americano em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil). Em algumas cidades como São Paulo, a preocupação com a melhoria do atendimento pré-hospitalar teve início na década de 80, sendo que, em 1988, foi criado, após longo período de estudos e pesquisas, o Projeto SAMU, chefiado por um capitão médico, baseado no modelo francês, mas com influências do sistema americano, particularmente no que diz respeito à formação dos profissionais, e adaptado à realidade local (LOPES & FERNANDES, 1999 Apud OLIVEIRA 2012).

Para atender esses desafios são propostas pelo ministério da saúde ao SUS, diversas ações de serviços através do modelo das redes de atenção a saúde (RAS). Norteada pela PORTARIA Nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. Que tem como conceito: “São organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico, e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

As redes de atenção à saúde são respostas sociais conforme as necessidades de saúde do cidadão e como deve proceder com coerência conforme cada anseio de saúde do usuário do SUS. E uma das principais características da rede de atenção à saúde (RAS), é a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema que é constituída por equipes multidisciplinar que presta assistência a toda população, integrando e direcionando o cuidado e prestando assistência conforme as necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Nesse processo de implantação das Redes de Atenção a Saúde - RAS consideram-se importantes alguns aspectos como: definição clara da população e território; diagnostico situacional; planejamento pela efetiva necessidade; investimento

de pessoas e equipes; criação de sistemas de regulação para funcionamento da rede e financiamento sustentável com metas e resultados. (BRASIL, 2010)

Segundo manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergência no SUS, através das características, dos aspectos e do objetivo maior da rede de atenção à saúde (RAS), que é a melhoria da qualidade de assistência prestada ao usuário do SUS, foram implantadas as redes temáticas, que são: Rede cegonha, rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede Psicossocial, Rede de atenção a Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção a Doenças crônicas. (Brasil, 2013)

Brasil (2013) ainda afirma que entre as prioritárias redes temáticas, a rede de urgência e emergência se destaca devido às necessidades do enfrentamento as diversas situações crescentes de violência, acidentes, doenças clinicas, além da totalidade atual da superlotação dos prontos socorros.

Dados estatísticos mostram em nosso país que a uma acelerada progressão de mortes por causas externas com ênfase nos traumas relacionados a acidentes e violência. E o enfrentamento dessas causas requer não apenas uma assistência imediata, mas diversas ações de promoção de saúde, prevenção e recuperação de doenças e agravos, inclui também um atendimento humanizado, levando em consideração o sofrimento acometido pelo cliente e família. (BRASIL, 2013)

Segundo a Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002, Se faz importante à implementação da rede de urgência e emergência, Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; e o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2002).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Por volta de 1899, no Rio de Janeiro, capital do país foi implantado, no serviço do corpo de bombeiros, a primeira ambulância de tração animal destinada à atuação no APH. Desde então o Corpo de bombeiros realiza serviços em situações de emergência, embora, por longo período foi realizado por profissionais pouco qualificados, viaturas inadequadas e com recursos insuficientes. Dessa forma, a partir da década de 80 o Atendimento Pré-Hospitalar passou a ser sistematizado de modo a estruturar então este serviço. Cada estado formulou sua organização conforme suas características e necessidades (MARTINS, 2004).

Inicialmente este sistema foi implantado, vinculado ao Corpo de Bombeiros, ficando, no quartel, um médico da Secretaria da Saúde do Estado, que regulava as solicitações de atendimento a vítimas de acidentes em vias públicas, solicitações estas feitas através da linha 193, a qual possuía uma interligação com o sistema 192 da Secretaria da Saúde (Central de Solicitações de Ambulâncias). Nos últimos dez anos, vem surgindo uma necessidade de melhoria e expansão do sistema de atendimento pré-hospitalar, realidade esta percebida pelos gestores da política de Saúde Pública dos estados (LOPES & FERNANDES, 1999 Apud OILVEIRA, 2012).

A organização da atenção às situações de urgência em saúde, no Brasil, teve início em 1995, a partir do lançamento da Resolução nº 1.451, que definiu a estrutura de prontos-socorros públicos e privados para prestação de atendimento em situações de urgência e emergência. Em 2006, foi criada a PNAU pelo MS, com o objetivo de normatizar o atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco/obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as causas externas de forma a garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário no Brasil (BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2008, foi publicada a Portaria nº 2.922, que estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente “Organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências” da PNAU, através do fortalecimento e implantação de Upas e Salas de Estabilização em regiões estratégicas (bem localizadas, de acordo com a distribuição populacional) para compor a referida rede. Em 2011, houve avanços no cenário das urgências e emergência no Brasil, nesse ano foi publicada a resolução nº 443, que aprova a conformação da RUE e a criação da Força Nacional de Saúde do SUS. (BRASIL, 2006).

No mesmo ano de 2011, foi publicada a Portaria nº 1.600, que reformula a PNAU e institui a RAU no SUS. Dessa forma, houve avanços significativos nas situações de urgência e emergência no Brasil, através das legislações do ministério da saúde. Em 2006, com a criação da PNAU, normatizando os atendimentos de urgência e emergência no país, em 2008, surgem as Upas e salas de estabilização no SUS, e, por fim, 2011, com a instituição da RAU no SUS. A RAU surge como uma rede temática, capaz de proporcionar atendimento de urgência e emergência, de forma ágil e resolutiva aos usuários do SUS. As RASs não atendem a todas as necessidades da população, sendo necessário criar redes temáticas, então, dentro das RASs temos os Modelos de Atenção às Condições Agudas, que procuram identificar o grau de gravidade, no menor período de tempo, e o ponto da rede que o usuário deve ser atendido. Para isso faz-se necessária à utilização de uma triagem com classificação de risco na atenção às urgências e emergências (MENDES, 2011).

Segundo (PEREIRA et AL 2009), O atendimento pré-hospitalar (APH) é uma organização recente como um serviço de saúde no Brasil, com início na década de 90. Com as normalizações do Ministério da Saúde, ganha força a caracterização do atendimento pré-hospitalar como um serviço de responsabilidade da área da saúde, sob coordenação do profissional médico, seguindo o modelo clínico de atenção à saúde, evidenciado pela implantação de protocolos assistenciais.

A oferta restrita de serviços faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os prontos atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada (MARQUES et al, 2007).

O reconhecimento da efetividade da assistência precoce às pessoas em situação de emergência resultou no surgimento de vários serviços de saúde, públicos e privados, de atendimento pré-hospitalar e de remoção inter-hospitalar (GENTIL et al, 2008).

Esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações. As principais demandas aos serviços de pronto atendimento correspondem a situações graves e de risco para os pacientes, a queixas agudas que envolvem desconforto físico e emocional, a necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes, a

busca de atendimento complementar ao recebido em outros serviços de saúde e ao vínculo com o pronto atendimento (MARQUES et al, 2007).

De forma a planejar e integrar os equipamentos de saúde, objetivando a qualificação e ampliação da assistência humanizada de forma integral as pessoas em situação de riscos a saúde.

Segundo o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) 2013, diz que as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes); Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção; Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; Classificação de risco; Regionalização da saúde e atuação territorial; Regulação do acesso aos serviços de saúde; Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares; Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias; Centralidade nas necessidades de saúde da população; Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada; Articulação Inter federativa; Participação e controle social; Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas e Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores. (Brasil 2013)

2.3 REDES DE ATENÇÃO PRÉ- HOSPITALAR NO BRASIL

O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte. Atualmente, no Brasil, o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV) e o Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, em que o atendimento é realizado por pessoas treinadas em primeiros socorros e atuam sob supervisão médica. Já o SAV tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro (Wehbeet al, 2005).

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

De acordo com a PNAU, as redes loco regionais de atenção integral às urgências devem conter o componente Pré-Hospitalar Fixo, compreendendo as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências; componente pré-hospitalar móvel, compreendendo o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e serviços associados de resgate e salvamento; componente hospitalar e componente pós-hospitalar, compreendendo as modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2006).

Todos os componentes da Rede de Urgência e Emergência atreladas à atenção básica e suas estratégias que são: o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação. (BRASIL 2013)

Para que haja a proposta de politicas publicas Intersetoriais, eficaz e efetiva é necessário que tenha a participação de outros seguimentos que envolvem os colaboradores, conselhos de saúde, gestores, usuários, conselhos de classe, setores de educação, segurança social, transportes e outros. (BRASIL 2013)

Além das principais diretrizes, a RUE é integrada por componentes específicos:

2.3.1 Atenção básica

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2013).

2.3.2 Promoção prevenção e vigilância da saúde.

Os componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde têm por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltada para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde. (BRASIL, 2006)

2.3.3 Sala de estabilização

Define-se por Sala de Estabilização (SE) o equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. Deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede. (BRASIL 2013)

2.3.4 Força nacional do SUS-

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) é um componente humanitário do SUS, estruturante para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob gestão do Ministério da Saúde. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011, e deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir à integralidade da assistência em situações de risco

ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade. (BRASIL 2013)

2.3.5 Atenção hospitalar –

O Componente da Atenção Hospitalar (AH) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

O Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é constituído por:

1. Portas hospitalares de urgência e emergência;
2. Enfermaria de retaguarda clínica;
3. Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados;
4. Leitos de terapia intensiva;
5. Organização das linhas de cuidado prioritárias:

- LC do infarto agudo do miocárdio (IAM);
- LC do acidente vascular cerebral (AVC);
- LC da traumatologia. (BRASIL 2013)

2.3.6 –2.3.6 Atenção domiciliar –

A Atenção Domiciliar redefinida pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para a retaguarda das urgências e a preservação dos vínculos familiares, além da ampliação da autonomia dos usuários e familiares para o cuidado em saúde. É uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. (BRASIL 2013)

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. Funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e poder resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. (BRASIL 2016).

A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas. (BRASIL 2016)

São três portes de UPA:

- UPA Porte I: tem no mínimo 7 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes;
- UPA Porte II: tem no mínimo 11 leitos de observação. Capacidade de atender até 250 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes;
- UPA Porte III: tem no mínimo 15 leitos de observação. Capacidade de atender até 350 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. (BRASIL 2016)

2.5 CARACTERIZAÇÕES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU é o componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº1. 010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL 2002).

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funcionam 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas. É um serviço fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte. (BRASIL 2002)

O objetivo do serviço é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. (BRASIL 2002)

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. O serviço pode ser acessado gratuitamente pelo número 192, a partir de qualquer telefone, fixo ou móvel. A ligação é atendida por técnicos, que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações ás vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

Figura 01- Componentes da RUE e suas interfaces

Fonte:SAS/MS, 2011

2.6 BREVE HISTÓRICOS DO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DO PARÀ

Ao ser criado através de uma Portaria Provincial, datada do dia 24 de novembro de 1882, o Corpo de Bombeiros Militar surge no Estado do Pará como uma companhia da Policia Militar e, teve como primeiro comandante o então Capitão BM Antônio Veríssimo Ivo de Abreu. O atual comandante geral da corporação, o Coronel QOBM Zanelli Antônio Melo Nascimento, é o 50º Comandante do Corpo de Bombeiros. A Corporação tem como patrono nacional Dom Pedro II (assim como todos os Corpos de Bombeiros do Brasil) e, como patrono estadual - o Intendente Antônio Lemos. (BOMBEIRO 2016)

No contexto histórico a 3° seção de combate a incêndio como era chamado de 2° Grupamento de bombeiros Militar na cidade de castanhal-Pa, chegou à cidade motivados por sucessivos incêndios ocorridos na cidade no período de agosto a novembro do período de 1981, pois o auxilio para esses incêndios vinha sempre do corpo de bombeiros Belém, então dia trinta de dezembro de 1981, o então 1º tenente Cupertino chegou a castanhal com um guarnição de 18 bombeiros militares. Foram recebidos pelo prefeito de Castanhal Almir Tavares de lima recebidos e pelo presidente da câmara Valdir e Pismel, Guarnição pioneira foi instalada nas

dependências do ginásio de esporte Loyola passarinho local improvisado até o dia 25 de novembro de 1984, quando o prefeito da época Paulo Sergio Rodrigo Titan, doou o terreno na travessa Floriano Peixoto bairro Pirapora, para onde os próprio bombeiros com sua mão de obra construíram e foi transferido a terceira seção de combate a incêndio no 25 de novembro de 1984. (2° GBM Livro de Castanhal e suas raízes e outras historia). (BOMBEIRO 2016)

2.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Os cuidados relacionados à enfermagem fazem parte de um mundo silencioso, restrito e geralmente solitário dentro da unidade, setor ou local denominado cenário do cuidar. Para a população em geral, em sua imaginação popular, a função da enfermagem restringe-se a fazer curativos e ministrar medicação. Daí saber que a enfermagem trabalha em um mundo próprio e singular, que na emergência, é mais diferenciado, pois é nele que o cenário de vida e morte circula lado a lado. E é nesta fronteira que a enfermagem se faz presente.

Onde a pratica da enfermagem é composta por uma multiplicidade de técnicas e conhecimentos bem articulados. Os cuidados acontecem em momentos rápidos e muitas vezes aparentemente desordenados. Portanto, aprender tudo isso às vezes pode ser um atarefa difícil ou ate mesmo impossível, para aqueles que estão de fora. No entanto, o profissional nunca deve desanimar, pois é o desejo de manter uma vida que o profissional de enfermagem se faz presente com os seus cuidados.

O tipo de trabalho desenvolvido pela equipe enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar é uma prática nova para os padrões da enfermagem tradicional, no Brasil a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar, na assistência direta, vem desenvolvendo-se a partir da década de 90, com o início das unidades de suporte avançado, a partir de então o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assumem em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada as vítimas. (THOMAZ-2000).

A Enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo tendo como “foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido” (SMELTZER; BARE, 2002).

A atuação do enfermeiro está relacionada à assistência direta ao paciente grave, sob-risco de morte, mas não se restringe a esta. O enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência, também desenvolve três atividades educativas como instrutor, participa da revisão dos protocolos de atendimentos, da elaboração do material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções e ser o responsável pela liderança e coordenação da equipe envolvida (WEHBEET et al, 2005).

Desde a inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar do Brasil, podem-se identificar mudanças e ampliação de sua atuação, na maior parte, ainda vinculadas estritamente aos aspectos assistenciais. A partir da década de 90, o profissional de enfermagem passa a ser um participante ativo da equipe, assumindo a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas, assim como os outros membros. A literatura indica que a prática da enfermagem de emergência está inteiramente ligada à competência clínica, desempenho, cuidado holístico e metodologia científica (WEHBE et al, 2005).

Assim, entre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem no atendimento pré-hospitalar estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente. O desenvolvimento desses serviços culmina com a necessidade de profissional qualificado que atenda às especificidades do cuidado de enfermagem a ser realizado, durante o atendimento pré-hospitalar ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde (GENTIL et al, 2008).

2.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE X POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O SUS pode ser entendido primeiramente como política de Estado, materialização de uma decisão adotada pelo congresso Nacional em 1988, na chamada constituição cidadã de considerar a saúde como um “Direito de cidadania e um dever de estado. Este é um projeto que assume e consagra os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção a saúde.” (TEIXEIRA, 2005).

A universalidade é um principio finalístico, ou seja, é um processo de universalização de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, se tornar acessível a toda população.

A integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e assistência a doentes, é um modelo de atenção integral a saúde.

A equidade é um dos mais finalísticos do SUS diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais “de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, ou seja, é o reconhecimento da desigualdade entre pessoas e grupos sociais que são injustas e devem ser superadas”“. (TEIXEIRA 2005).

O acolhimento foi uma estratégia micropolítica criada no setor de urgência e emergência como forma de tentar diminuir a superlotação dos hospitais, minimizando o risco de morbimortalidade, pois através da classificação de risco, clientes mais graves terão atendimento priorizado. (BRASIL, 2009)

A palavra “humanismo” deriva do latim humanus, definido como alguém cuja visão de mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. O tema da humanização esteve aliado a práticas de cuidado, como aquelas direcionadas à criança e à mulher, comprometidas com os direitos dos usuários, com o protagonismo dos sujeitos, com a importância da qualidade da relação entre profissionais da saúde e usuário, com os aspectos comunicacionais (RODRIGUES, 2010).

A humanização é entendida como “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (SHIROMA; PIRES, 2011*).*

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS, que está voltada para: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, com o objetivo de produzir saúde. Olhando o desafio do MS quanto ao que se refere a tratar a defesa da vida dos brasileiros como garantia de saúde, percebe-se que o SUS tem muitas vitórias, mas os desafios a percorrer são muitos na busca de respostas de igualdade de assistência à população no campo da saúde das micro políticas e das macro politicas. (BRASIL, 2006).

Com base nas diretrizes da PNH, o acolhimento demanda uma atitude de responsabilidade de todos profissionais de saúde junto ao usuário, que precisa ser compreendido de modo ético, de escuta, com garantia de atendimento e com

capacidade de intervenção na relação de trabalhador e usuário. No acolhimento, o profissional ouvirá as queixas e as expectativas, identificará o risco e se responsabilizará por dar uma resposta ao problema. Enquanto ouve, o profissional de Enfermagem deve prestar atenção e transmitir ao usuário que suas queixas e seus sentimentos estão sendo compreendidos. As ações de responsabilidade desenvolvidas e assumidas são imprescindíveis para a realização do melhor acolhimento do usuário que procura por ajuda de saúde na rede básica de saúde e para garantir o direito de atendimento humanizado. (BRASIL, 2006).

A Politica Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores e usuários, porém humanizar se traduz então como inclusão nas diferenças, nos processos de gestão e de cuidado. Neste contexto requer criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que permitem a privacidade, proporcione mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro com pessoais. Tendo a visão holística com a realização de cuidados prestada priorizando as necessidades humanas para melhorias na assistência do serviço de urgência emergência, possibilitando o acolhimento com a classificação de risco mais eficaz e humana.

O MS (BRASIL, 2006) descreve acolhimento como uma ação técnico-assistencial que possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações. Implica uma modificação na relação entre profissional, usuário e sua rede social, bem como entre profissional e profissional, frente a parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como um sujeito participante e ativo no processo de produção da saúde. Brasil, 2006 ainda diz que é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude na afirmação de acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética, política da PNH.

2.9 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RÍSCO EM URGÊNCIA APÓS O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

A palavra “acolher” em seus vários sentidos, expressa “oferecer refúgio proteção ou conforto físico, amparar, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito”. Já em saúde o acolhimento consiste em uma tecnologia para reorganização dos serviços de saúde que visa ao acesso universal à resolubilidade e ao atendimento humanizado (RODRIGUES et al 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma preposição desafiadora anortear as ações cotidianas em saúde no que se refere às mudanças do modelo de atenção e de gestão das praticas de saúde.

O acolhimento com classificação de risco faz parte de todos os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais que um direito do cidadão, é dever de todo o Estado dispor de forma clara e sem discriminação o método de classificação utilizado pelas unidades de saúde, que incluem as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e as Unidades de Emergências e Urgências localizadas em hospitais.

A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza, além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão garantido por lei, estabelecido na portaria n°2048 do Ministério da Saúde (2002).

Esta portaria propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do dispositivo acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta portaria, este processo de triagem deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

O enfermeiro ao realizar o acolhimento com classificação de risco, mostra suas competências através de ações que detectam as necessidades do usuário que muitas vezes se encontram fora de risco de morte e fora da situação que gere vulnerabilidade e consequentemente atendimento prioritário preferencial. Contudo, para eficácia da aplicação desta ferramenta é necessário que o enfermeiro possua domínio de todos os componentes que a cercam e, por este motivo, torna-se imperativo conhecer e aprofundar o conhecimento quanto à aplicação do PACR. Considerando a importância do PACR, que além de promover um atendimento mais ágil, também é responsável por uma escuta qualificada gerando um atendimento mais humanescente, ou seja, um acolhimento completo de acordo com as reais necessidades de cada usuário (BRASIL, 2009).

Em consonância com (BRASIL, 2006, p. 55).

> O enfermeiro no processo de Acolhimento de Classificação de Risco tem papel fundamental uma vez que, além de ser um profissional definido pelo ministério da saúde para classificar o risco do usuário, tem sensibilidade para acolher e ainda agrega, entre seus atributos, a capacidade de elabora processo educativo, do usuário e família durante o mesmo após Acolhimento com Classificação, orientando-os quanto ao serviço a ser utilizado quando necessário, sendo ainda capacitado para treinar as equipes de Acolhimento de Classificação de Risco e gerencia o serviço de urgência/emergência.

Desenvolver um trabalho de atendimento em saúde pública é complexo e de grande responsabilidade para a equipe técnica. E um dos atendimentos é o protocolo de classificação de risco que foi instituído para minimizar e humanizar o atendimento para quem precisa de assistência médica imediata. Neste contexto foi necessário implantar um acolhimento prioritário, ou seja, atender primeiramente os usuários com risco de morte. Sendo o enfermeiro protagonista, seu papel é fomentar relevantes dimensões para apreender um acolhimento que minimizem riscos de morte.

O enfermeiro tem a capacidade de organizar o fluxo dos usuários conforme a prioridade do atendimento e a demanda dos serviços, sendo um profissional de excelência na execução da triagem com a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. (BITTENCOURT, 2010).

O governo federal lançou através do Ministério da Saúde uma politica nacional denominada de humaniza SUS, “[...] decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS [...]” (BRASIL, 2004). Uma proposta significativa, pois não tão somente a classe carente, mas, a tudo usuário que procura e necessita de atendimento medico e/ou hospitalar. Neste sentido todos são iguais perante a lei.

A equipe multidisciplinar que está apta em acolhimento em classificação de risco é singular. Seu principal escopo é salvar vidas e para isso o acolhimento deve envolver espaços e implementos específicos.

Para Brasil (2004, p. 20)

> A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do espaço. Portanto, é recomendada a utilização de cores que identifiquem as respectivas áreas e eixos, baseado no sistema adotado pela classificação de risco/vulnerabilidade. Esta utilização pode ser feita de formas variadas – as cores podem ser utilizadas em pequenos detalhes, numa faixa no piso, em uma parede do ambiente, alguma marca no teto, etc.

Embora o governo federal promova politicas publicas no contexto saúde de qualidade, ainda assim são insuficientes para uma demanda carente de informação, aparelhos obsoletos ou sem manutenção e reduzida qualificação profissional. Ainda assim o papel do enfermeiro é significativo em se tratando de atendimento e acolhimento hospitalar mediante a necessidade do usuário.

O Manual do Humaniza SUS 2006 p. 22 diz que:

> O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

A estratégia do acolhimento é uma ação implantada visando o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. Acolher no contexto dos serviços de saúde é “receber bem”, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar com ela.

Dessa maneira é que o distingue-se de triagem, pois ele não se compõe como uma etapa do processo, mas como ação que deve acontecer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho é um estudo analítico, exploratório, descritivo, documental e bibliográfico, com abordagem quantitativa.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião (BARROS E LEHFELD, 2007).

A pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas x pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc. notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (SANTOS 2000).

A pesquisa quantitativa difere da qualitativa, pois, enquanto esta tende a “salientar aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana” os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados, e “Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa”. Onde a partir do ano de 2012 o serviço de Urgência e Emergência passou a funcionar do município de Castanhal-Pa. De forma coordenada e regulada através de uma central de regulação (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

3.2 LOCAL D ESTUDO

O local escolhido para realização da pesquisa foi o município de Castanhal no Estado do Pará, Cidade pólo da região metropolitana de Belém ha 65 quilômetro da Capital do Estado do Pará.

Foi realizada a coleta de dados do Corpo de Bombeiros e do SAMU através das fichas de atendimento relacionadas ao número de acidentes de trânsito no período de 2010 a 2015. O grupamento do presente estudo o 2ºGBM fica localizado na TV. Floriano Peixoto, 1716, Pirapora, Castanhal-PA.

A escolha do número de acidentes automobilístico se deu pela abrangência do número absoluto de atendimentos no período anterior a implantação da Rede de Urgência e Emergência e após a mesma.

3.2.1 Castanhal PA: informações básicas sobre o município

A origem do município de Castanhal é atribuída a um povoamento de colonos e imigrantes nordestinos.

O desenvolvimento do Núcleo de Castanhal começou mesmo a partir do momento em que o Governo decidiu dar início à execução do tão discutido e até mesmo desacreditado por alguns homens da Província, Projeto de construção da ferrovia que ligaria Belém e Bragança, cuja obra conforme a região passou a ser chamada de Estrada de Ferro de Bragança. Em 1885, os trilhos chegaram à localidade de Itaqui às proximidades de Apeú, graças ao incansável trabalho desenvolvido por um dos heróis, que para essa promissora terra se deslocara como parte integrante da imigração nordestina, o coronel Antônio de Souza Leal, a quem o Governo confiara o comando de tão importante obra. (Castanhal-PA, Prefeitura 2013).

Existem duas hipóteses que tentam explicar a origem do nome Castanhal. A primeira delas, diz respeito ao fato que, apesar da área em questão nunca ter se caracterizado, nem no passado e nem nos dias de hoje, como uma área onde seja frequente a ocorrência de castanheiras, o nome do município foi dado em homenagem a essa espécie vegetal. A segunda versão remete-se à época da construção da estrada de ferro que ligava Belém a Bragança, quando uma das suas estações ficou localizada sob a sombra de uma frondosa castanheira e, a partir daí, o local foi batizado como Castanhal, constituindo-se o núcleo urbano. (Castanhal-PA, Prefeitura 2013).

3.3 TÉCNICA DE REGISTRO DE DADOS

Os Dados foram obtidos, através de levantamento documental dos atendimentos, realizados pelos componentes que atuam na urgência e emergência do munícipio de Castanhal-PA. Os dados foram obtidos através dos dados estatísticos cujos itens requerem as informações necessárias para o estudo. Estas informações foram obtidas através das fichas de atendimentos utilizadas pelos serviços Pré-Hospitalares (SAMU e Corpo de Bombeiros), durante as ocorrências no período de 2010 a 2015, sendo que em 2012 foi implantada a Rede de urgência e emergência no município de Castanhal-PA, dessa forma foi analisados os impactos na assistência durante o período supracitado.

3.4. ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas na pesquisa através da contagem das fichas de atendimento utilizadas pelos serviços que compõe a rede, cujos itens preencheram as informações necessárias para o estudo. Todas as informações foram listadas e computadas para a confecção dos gráficos, os indicadores foram organizados e submetidos a tratamento estatístico com frequência absoluta e percentual.

Onde foi possibilitada a realização do comparativo do número de atendimentos do Corpo de Bombeiros e SAMU, antes e após a implantação da Rede de Urgência e Emergência na cidade de Castanhal-Pa.

- Critérios de Inclusão

Ocorrências realizadas pelo Corpo de Bombeiros e SAMU dentro do período de 2010 a 2015 no município de Castanhal – PA, relacionadas ao atendimento de “urgência e emergência Móvel”.

- Critério de exclusão

Dados e resultados de ocorrências não foram extraídos de cobertura da rede de Urgência e Emergência Móvel (Bombeiros e SAMU) do período de 2010 a 2015 e que não tenha sido no município de Castanhal – PA.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para pesquisa foram mantidas as autenticidades dos dados e resultados, bem como foram realizados dentro do critério de inclusão.

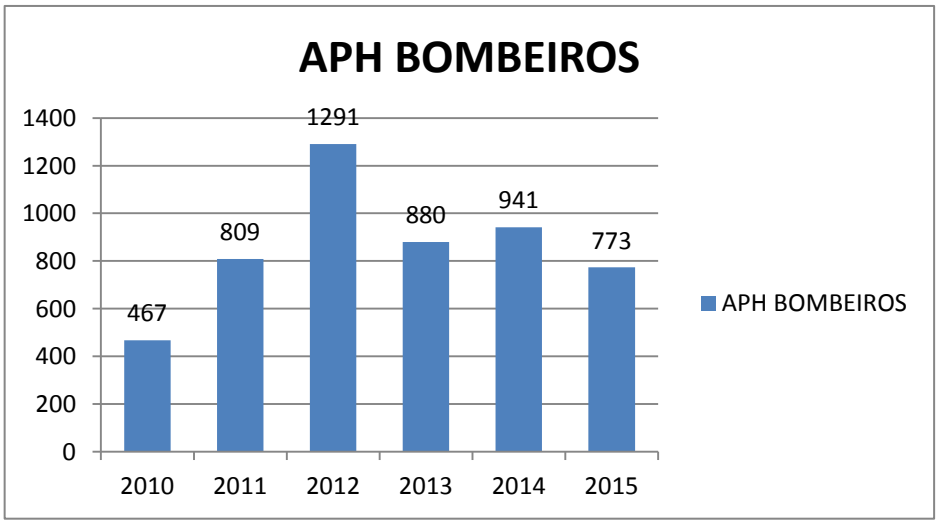
4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Tabela 1. Número total de atendimento Pré-Hospitalar - APH móvel, realizado pelo Corpo de Bombeiros da cidade de Castanhal - PA no período de 2010 a 2015.

UNIDADE MÓVEL	ANO	N° TOTAL DE APH
CORPO DE BOMBEIROS	2010	467
	2011	809
	2012	1291
	2013	880
	2014	941
	2015	773

Fonte: 2°GBM de Castanhal Pará

Gráfico 1. Número total te atendimento Pré-hospitalar - APH móvel, realizado pelo Corpo de Bombeiros da Cidade de Castanhal no período de 2010 a 2015.



Fonte dos autores

O gráfico 1 evidencia o número total de atendimentos pré-hospitalares realizados pelo corpo de bombeiros no período de estudo, vale ressaltar que o corpo de bombeiros contava apenas com uma Ambulância e nesse período não existia o componente SAMU 192 nos atendimentos pré-hospitalar móvel no município. Evidencia que o APH móvel no período de 2010 a 2012 ocorreu um crescimento de 824 atendimentos, um aumento aproximado de 276,4% no APH móvel em contra partida no período de 2012 a 2015 ocorreu um declínio de 518 casos com uma queda de aproximadamente 40% no APH móvel atendido pelo corpo de bombeiros relacionado à implantação de um dos componentes da rede de urgência e emergência o SAMU 192, junto ao município de Castanhal no ano de 2012.

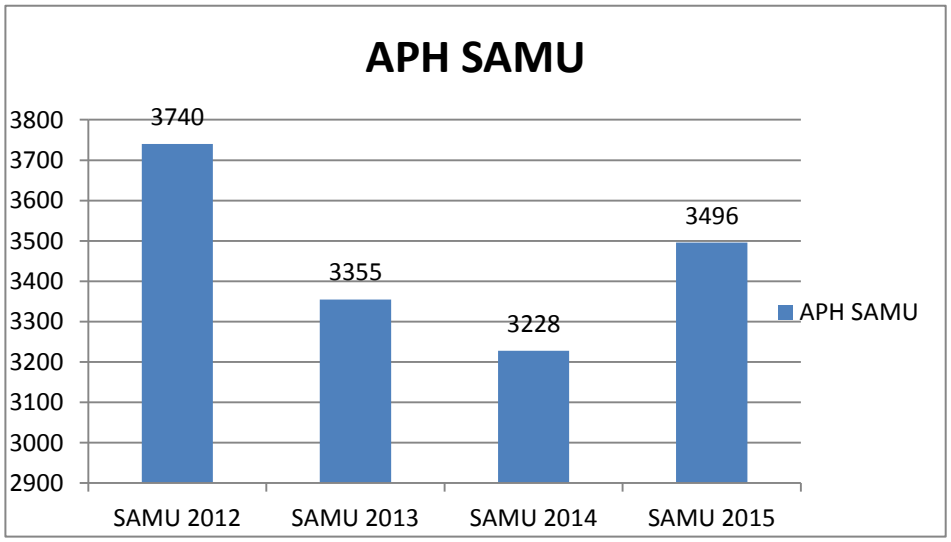
Para Martins (2004) o Corpo de Bombeiros, além de ser responsável por uma prática específica no que se refere à segurança pública, por ser militarizado, possui atribuições implícitas na sua organização militar que não se coadunam com sua atribuição específica muito menos com a prestação direta de assistência à saúde, como vem fazendo. No estrito exercício de sua práxis, de prevenção dos eventos, de proteção da população e, em última instância, quando estas ações não foram suficientes, realizar o salvamento, o resgate, a busca, o desencarceramento, enfim, tem um limiar que se encerra na necessidade de prestação da assistência direta à saúde que por sua vez pressupõe um conhecimento específico. Por isso, as ações dos bombeiros voltadas a intervir nos eventos que tem como consequência agravos à saúde humana, precisam obrigatoriamente contar com uma retaguarda de um serviço de Saúde de APH de urgência/emergência.

Tabela 2. Número total de atendimentos Pré-Hospitalar-APH, realizado pelo SAMU 192 após a sua implantação na cidade de Castanhal-PA.

URGÊNCIA MÓVEL	ANO	Nº TOTAL DE APH
SAMU	2012	3740
	2013	3355
	2014	3228
	2015	3496

Fonte: Coordenação Samu Castanhal - PA

Gráfico 2. Número total de atendimentos Pré-Hospitalar-APH, realizado pelo SAMU 192 após a sua implantação na cidade de Castanhal-PA.



No gráfico 2 foi possível quantificar o numero de atendimentos anuais, variando de 2012 com um total de 3.740 em 2013 com 3.355 havendo um declínio de 385 ocorrências, em 2014 com 3.228 em 2015 com 3496, havendo um acréscimo de 268 ocorrências, podemos analisar que nos dois primeiros anos quando deu inicio o serviço de atendimento móvel de urgência, nesse período era composto por três ambulâncias de suporte básico e até o final do 1º semestre a central de regulação ainda não havia sido implantada no município, por esse motivo todas as ocorrências solicitados ao SAMU-castanhal, eram feitas através de um celular corporativo que ficava sobre a responsabilidade de um Enfermeiro nas 24 h e como na portaria 2048 a autonomia do envio da ambulância é restrita a um médico, por esse motivo enfermeiro acabara por envia uma ambulância a todas as solicitações realizadas, já no segundo período houve uma diminuição nesse quantitativo devido à implantação da central de regulação em 01 de setembro de 2012 e problemas mecânicos das ambulâncias.

De acordo com a portaria GM 2048 de 05 de novembro de 2002, na qual regulamenta os serviços técnicos dos sistemas estaduais de urgência e emergência é resultante do crescimento dos números de acidentes, atos de violências e a insuficiência estruturação da rede de atendimento a população.

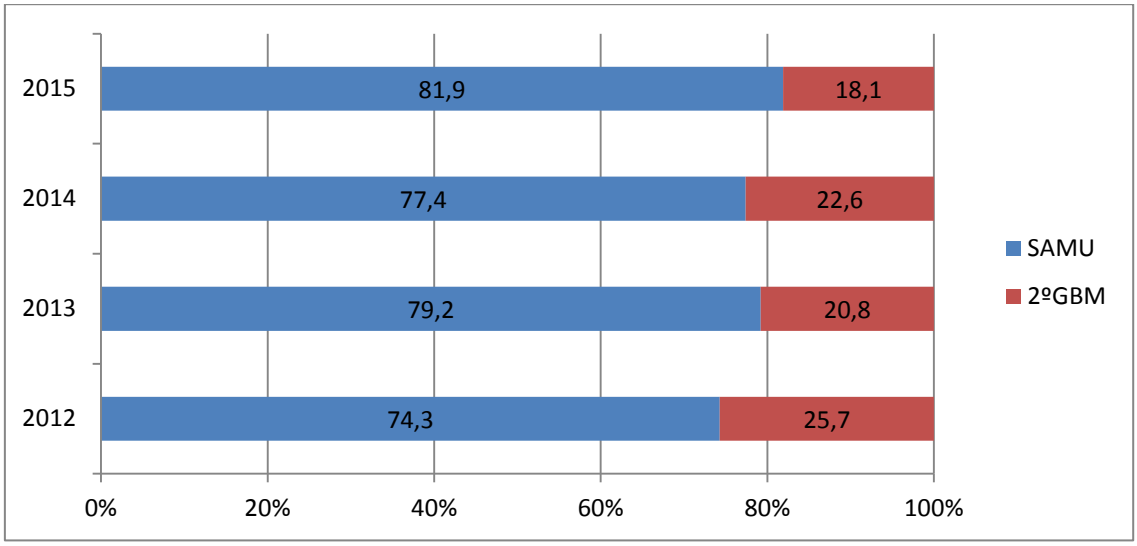
Segundo Ministério da Saúde Brasil, (2002) diz que de acordo com a portaria n° 2048 GM, considera como nível pré-hospitalar móvel de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive psiquiátrica), que possa levar o sofrimento, a sequelas ou mesmo á morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transportá-la adequadamente a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao sistema único de saúde (SUS).

Tabela 3. Número de atendimentos registrado pelo corpo de bombeiros e SAMU no período de 2012 a 2015, após a implantação do componente da rede de urgência e emergência no município de castanhal**.**

ANO	2° GBM	SAMU	TOTAL DA SOMA
2012	1291	3740	5031
2013	880	3355	4235
2014	941	3228	4169
2015	773	3496	4269

Fonte: 2º GBM Castanhal e coordenação do SAMU de castanhal.

Gráfico 3. Número de atendimentos registrado pelo corpo de bombeiros e SAMU no período de 2012 a 2015, após a implantação do componente da rede de urgência e emergência no município de castanhal**.**



Fonte dos Autores

Conforme mostra o gráfico 03 o total da assistência relacionada ao atendimento pré-hospitalar móvel na cidade de Castanhal Pará, pelas equipes do resgate do 2°GBM da cidade com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU, após a sua implantação. Conforme mostra os dados em 2012, foram atendidas 5.031 ocorrências de APH móvel, deste total 74,3% referente ao SAMU e 25,7% realizados pelo 2° GBM da cidade de castanhal, em 2013 houve um declínio de atendimentos do SAMU e um aumento referente ao 2° GBM totalizando 4235 atendimentos, sendo 79,2% SAMU e 20,8% do 2°GBM. Em 2014 obtemos um total de 4.169 de APH móvel, gerando 77,4% de atendimentos realizados pelo SAMU e 22,6% 2°GBM e por fim em 2015 com um total de 4.269 APH equivalente a 81,9% do SAMU e 18.1% do 2°GBM da cidade de Castanhal. De acordo com os dados numéricos comparados anualmente entre os dois serviços no período de 2012 a 2015 foram observados que, com a implantação do componente da Rede de Urgência e Emergência, SAMU192, as médias de atendimento sofreram um acréscimo consideravelmente na cidade de estudo. Disponibilizando a população de castanhal uma assistência à saúde com uma ampla cobertura da área de abrangência.

Segundo PAIVA (2007) o acréscimo das ocorrências relacionadas ao atendimento pré-hospitalar móvel se inicia a partir de 2003, quando toda e qualquer

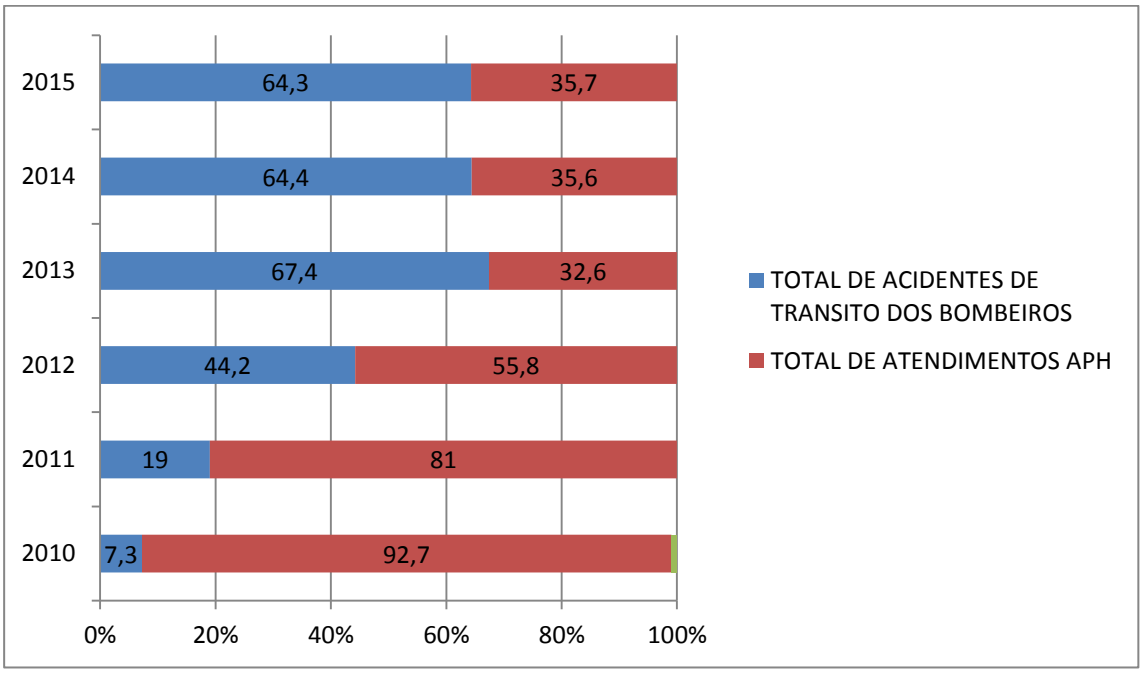
assistência foi considerada emergência, sendo que antes de 2003 era considerado atendimento pré-hospitalar apenas os acidentes e violências.

Tabela 4. Total de atendimentos Pré-Hospitalar realizado pelo Corpo de Bombeiros, relacionado a acidentes de trânsito.

ANO	TOTAL DE ATENDIMENTO APH	TOTAL DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
2010	467	34
2011	809	153
2012	1291	570
2013	880	593
2014	941	606
2015	773	497

Fonte: 2º GBM de Castanhal.

Gráfico 4. Total de atendimentos Pré-Hospitalar realizado pelo Corpo de Bombeiros, relacionado a acidentes de trânsito.



Fonte: Dos autores

Conforme o gráfico 4 em 2011 dos 809 APH 19% foram acidentes de transito, havendo um aumento de 173.24% relacionado ao ano anterior. Em 2012 contabilizou-se 44,2% e 2013 com 67,4% de acidentes de trânsito gerando um aumento de 465% nesse período. Já 2014 e 2015 o percentual de acidentes de trânsitos manterão uma

media de 64,30%. Pode-se avaliar que o acréscimo dos acidentes de trânsitos no período de estudo e de grande preocupação, visto que, as consequências se deparam com elevado número de impactos sociais, econômicos e pessoais.

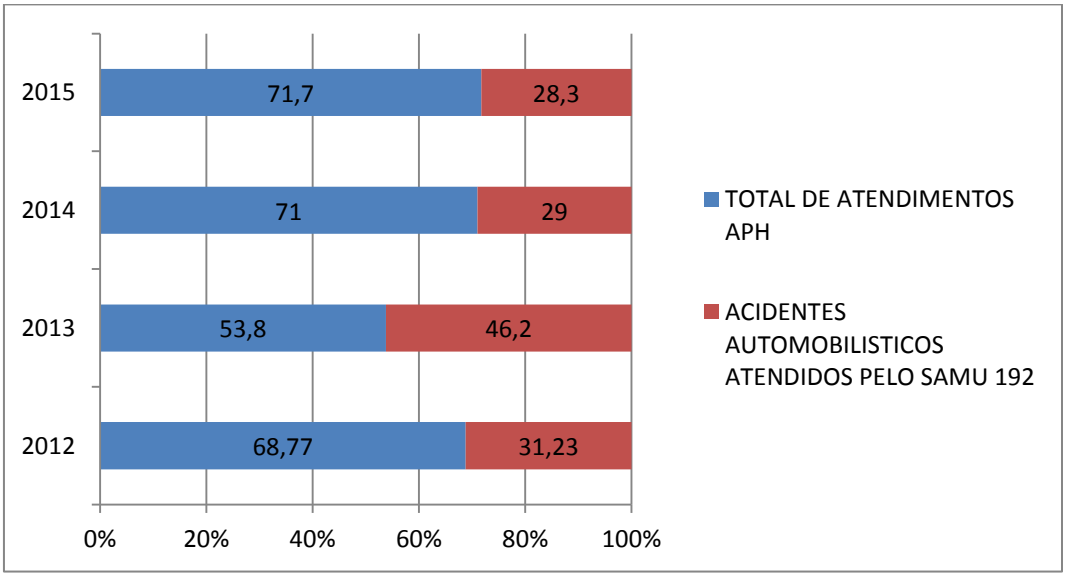
Segundo Souza (2007), os danos causados pelos acidentes e violências no trânsito corresponde um auto custo emocional e social como: prejuízos econômicos decorrentes de absenteísmo, danos mentais e emocionais incalculáveis nas vitimas e em seus familiares, anos de improdutividades ou de vidas perdidas, aumento de gasto de atendimento de emergência e assistência e reabilitação muito mais onerosas que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. No âmbito da saúde pública, torna-se fundamental abordar os eventos de saúde em uma estrutura baseada em dados científicos e multissetoriais, permitindo a elaboração de respostas para uma grande variedade de doenças e problemas de saúde, incluindo acidentes e violências.

Tabela 5 - Total de atendimento Pré-Hospitalar realizado pelo SAMU relacionado a acidentes de trânsito.

ANO	TOTAL DE ATENDIMENTO APH	TOTAL DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
2012	3740	1168
2013	3355	1550
2014	3228	936
2015	3496	989

Fonte: Coordenação SAMU de Castanhal.

Gráfico 5 - total de atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU relacionado a acidentes de trânsito.



Fonte dos Autores

Conforme demonstra o gráfico 05, o percentual de atendimentos aos acidentes de trânsito na cidade de estudo, atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), no período de 2012 quando se deu inicio o componente da rede de urgência obtivemos os dados de 31,23% de acidentes de transito e 2013 com 46,2%, gerando um acréscimo de 14,7% de acidentes de transito. Em 2014 totalizando 29% de atendimentos e 2015 com 28,3% apresentou um decréscimo de 0,7% no total de atendimentos pré-hospitalar móvel na cidade de castanhal. As informações supracitadas onde indicam que o acréscimo entre os períodos de 2012 e 2013 se da por conta do efetivo completo de

Ambulâncias oferecem uma assistência ampla na área de cobertura. E o declínio dos atendimentos nos anos de 2014 e 2015 pode ser justificado pela implantação da Unidade de Pronto Atendimento-UPA, que acabou por atender os pacientes de demanda espontânea que procuraram o atendimento sem o suporte de ambulâncias das instituições da rede.

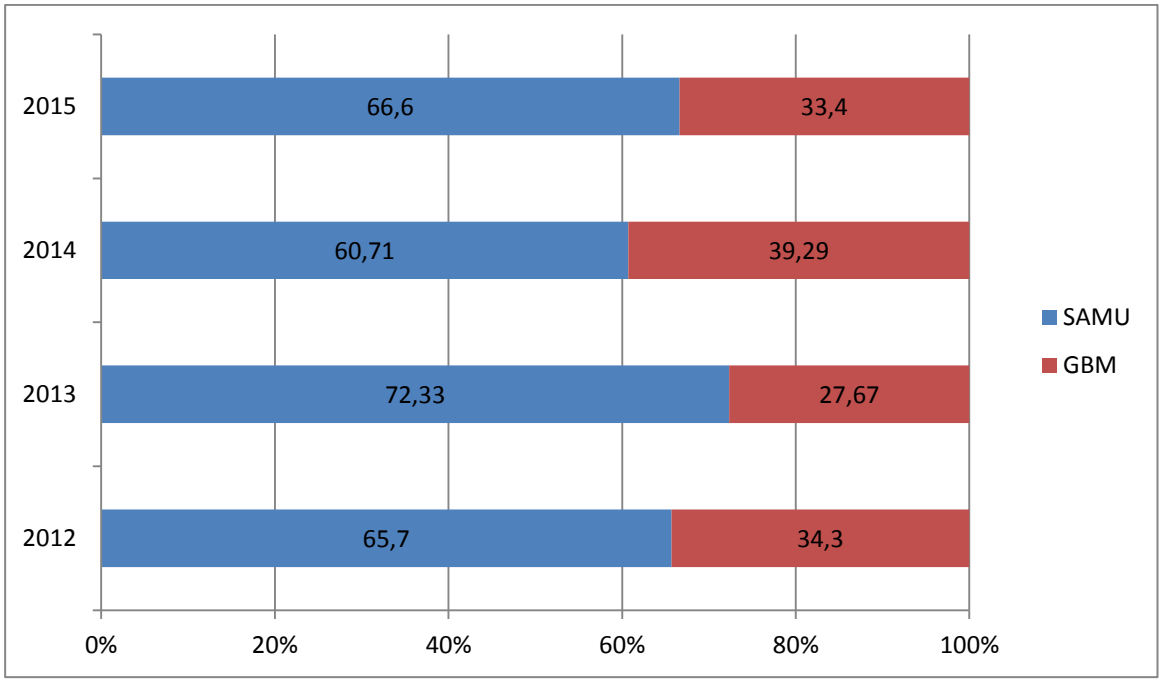
Segundo Paiva (2007), ao atender as ocorrências que configurem urgências ou emergências, o SAMU está contribuindo para a melhoria da qualidade e da sobre vida de quem está sendo atendido e o conhecimento desses resultados possibilita a implementação de programas visando à prevenção para a proteção da integralidade das pessoas.

Tabela 6. Total dos acidentes de trânsitos atendidos pelos componentes da rede de urgência e emergência SAMU e Corpo de Bombeiro, no período de 2012 a 2015.

ANO	SAMU	GBM	TOTAL
2012	1168	570	1,738
2013	1550	593	2,143
2014	936	606	1,542
2015	989	497	1,486

Fonte: 2º GBM de Castanhal e Coordenação SAMU Castanhal.

Gráfico 6. Soma dos acidentes de trânsitos atendidos pelos componentes da rede de urgência e emergência SAMU e bombeiro, no período de 2012 a 2015.



Fonte: Dos autores

Com objetivo de explicitar e demonstrar de forma quantificada os dados do atendimento pré-hospitalar móvel no município de Castanhal, o gráfico 06 representa as ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e pelo 2º Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar entre os anos de 2012 e 2015 demonstram a importância dos serviços de urgência e emergência da rede municipal e estadual. Pois, nota-se o crescimento do número de atendimentos envolvendo acidentes de trânsitos entre os anos de 2012 e 2013 para o SAMU e 2ºGMB entre os anos de 2012 a 2014.

Para o SAMU em 2012, os atendimentos foram de 1168, já em 2013 ocorreu o crescimento de 382 ocorrências, gerando um total de 1550. Já para o 2º GBM o crescimento das ocorrências se estabeleceu da seguinte forma: em 2012 foram 570 ocorrências, em 2013 foram 593 e por fim em 2014 o aumento se deu a um número de 13 acidentes representando o número de 606.

Não obstante, para o SAMU no ano de 2014 as ocorrências se deram a um número de 936 ocorrências com um aumento para 989 atendimentos no ano de 2015. Ou seja, ocorreu o decréscimo entre os anos de 2013 para 2014, voltando a aumentar no ano de 2015. Já no 2º GBM a diminuição do número de atendimentos ocorreu entre os anos de 2014 de 606 para 497 em 2015.

Segundo Ribeiro (2001), a existência do atendimento pré-hospitalar, integrado ao sistema de saúde do município pode influenciar positivamente nas taxas de mortalidade por trauma decorrente, não só de acidentes de trânsitos, mas também por todos os agravos que coloquem em risco iminente a vida das pessoas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa evidenciaram-se os impactos positivos da implantação do componente da Rede de Urgência e Emergência, SAMU 192 antes de sua implantação, mediante a analise comparativo do quantitativo de atendimentos pré-hospitalar móvel. No período de 2010 a 2011 foi contabilizado um total de atendimentos realizados pelo corpo de bombeiro insuficiente para a demanda da população do município de estudo.

A partir do levantamento de informação a cerca da instituição, foi detectada que o serviço de estática do atendimento ainda não estava sendo feito de forma eficaz, sendo muitas informações perdidas ao longo do tempo, nesse período tivemos um quantitativo menor de atendimento de pré-hospitalar (APH) em relação ao segundo período de estudo, ou seja, após a implantação do componente SAMU 192 que veio desenvolver um serviço qualificado no município de Castanhal Pará com uma equipe técnica altamente capacitada para garantir um atendimento rápido e de qualidade, resguardando a sobrevida nos casos de assistência imediata.

No Período de 2012 a 2015 apresentou-se uma crescente demanda de ocorrências relacionada aos acidentes de trânsito, aliado ao aumento do contingente populacional e a fácil aquisição dos veículos automobilístico, além do abuso de bebidas alcóolicas e a imprudência com o descumprimento dos limites de velocidades e da sinalização. O primeiro atendimento pré-hospitalar pode salvar vidas, reduzir as chances de transtornos a vitimas minimizando o sofrimento dos pacientes.

Nossa análise mostra que após a implantação do serviço móvel de urgência (SAMU 192), uma vez que o município de estudo possui uma grande demanda de atendimentos com características de APH, os atendimentos pré-hospitalar do Bombeiro e SAMU 192, houve um aumento consideravelmente, principalmente em relação aos acidentes de trânsitos, visto que o município caracterizado como cidade Pólo recebe diariamente uma grande demanda de atendimento pré-hospitalar.

Diante de dos dados obtidos seria de grande relevância a implantação de politicas publicas voltadas para educação continuada no trânsito e uma fiscalização preventiva ou até mesmo ostensiva nos períodos propícios a agravos de transito, como em finais de festas. A capacitação periódica dos profissionais moto taxistas cadastrados e a fiscalizações dos clandestinos, ou uma capacitação relacionada à prevenção de acidentes de trânsito, abrangendo direção defensiva e outras

atualizações de seus conhecimentos, entendendo-se não apenas aos condutores de moto, mas os de todos os outros veículos, além de fazer parcerias com outros setores municipais para uma educação a esse respeito, desenvolvendo palestras relacionadas a tal agravo.

Por tanto este trabalho não se esgota aqui, podendo dar continuidade para outros tipos de pesquisa, para melhor enfatizar este tema que é de extrema importância para a comunidade.

REFERÊNCIAS

BARROS E LEHFELD 2007, Pós Graduando As diferenças entre pesquisa descritiva, exploratória e explicativa.
disponível em: http://posgraduando.com/diferencas-pesquisa-descritiva-exploratoria-explicativa/ acesso em: 10/03/2016

BITTENCOURT, Roberto Jose. **A Superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar como Evidência de Baixa Efetividade Organizacional**. 2010. 152.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 05 de Novembro de 2002**, disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
Acesso em 03/04/2016.

Castanhal (PA). Prefeitura. 2013. Disponível em: http://www.castanhal.pa.gov.br/sobrecastanhal.php Acesso: 08/03/2016

CIDADE DE CASTANHAL IBGE 2014 http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150240 acesso em: 08/03/2016.

Caracterização da unidade de pronto atendimento- upa**, disponível em: http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento.**

CASSETTARI , S. da S. R-. **Redes de atenção às urgências: atuação do enfermeiro em unidades de pronto atendimento -2014.**

Costa, A.F, de Araújo D.V, Barros W.C.T.S **O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar,** disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0047_0182_01.pdf acessado em:01/09/2016

Curso de capacitação do ministério da saúde em parceria com HAOC- Hospital Alemão Oswaldo Cruz- 2014 carga horária: 180horas

GRANJA, G. F, Viana, A. L, Ibañez, N. E, Zoboli, L. C. P, 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível, **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde**. 2013 Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/008.pdf acesso em: 08/02/2016

GENTIL, RC, Ramos LH, Whitaker IY. **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré- hospitalar**. Rev. Latino-Am. Enferm. 2008 abr.; 16(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf acesso em: 06/03/2016

Histórico do Corpo de Bombeiros do Estado do Pará Disponível em: http://www.bombeiros.pa.gov.br/index.php/institucional/10-historico-do-cbmpa Acesso: 24/11/2016.

KRAEMER, Carlos Cesar. **Caracterização do Perfil dos Atendimentos de Serviço de Pronto Atendimento Municipal Na Zona Sul de Porto Alegre**, disponível em http://coleciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=275. Acesso em: 30/03/2016

MARTINS, P. P. S 2004, ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde "para" o Brasil à luz da filosofia da práxis. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/sesmt/Meus%20documentos/Downloads/dissertacao_pedro_paulo_scremin.pdf acesso 01/128/2016

_____Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, Humaniza SUS,** Brasília. Série B. Textos Básicos de Saúde, 1° edição, Ed. MS,S, Brasília. Série B. Textos Básicos de Saúde, 1° edição, Ed. MS, 2009.

_____Ministério do Planejamento **UPA**, disponível em www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento Acesso em 10/04/16.

_____Ministério da Saúde www.saude.gov.br disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/ominister io/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/l2-forca-nacional-do-sus/13407 servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192) Acesso em 11/04/2016.

_____Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____Ministério da Saúde – **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema único de Saúde (SUS)** -2013.

_____Ministério da Saúde. **Revista de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS-2014**.

_____ **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011,** disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html acessado em:01/09/2016.

Macêdo. D, W, de Matos; Oliveira. F, P de Azevedo
Epidemiologia de acidentes urbanos com atendimento móvel de urgência, Santarém, PA, maio a setembro de 2009. Revista Saúde e Desenvolvimento | *vol.1 n.1* | *Jan -Jun 2012.*

Marques GO, Lima MADS. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento**, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf acesso em: 06/03/2016

MENDES**, E.V As Redes de Atenção à Saúde** - 2011 disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-

em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf acesso em: 01/03/2016

Pereira WAP, Lima MADS. **O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito**. Rev. Esc. Enf. USP 2009; 43(2): 320-7 disponível em :http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a10v43n2.pdf acesso em 06/03/2016

Ramos VO, Sanna MC. **Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar**. Rev. Bras. Enferm. 2005 mai-jun.; 58(3): 355-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf acesso em 07/03/2016.

REIS, D.O, Araujo, E.C, Cecilío, L.C de O, **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**, disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf Acesso em 26 de Maio de 2016.

RODRIGUES, APB, Ribeiro SCL, Santos AMR dos et al **Concepção da Equipe de Enfermagem sobre Acolhimento com Classificação de Risco** ; Revenferm UFPE online 2014. Disponivel em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6619/pdf_5840 Acesso em 10 de Abril de 2016.

SANTOS 2000, Disponível em: http://pesquisadocumental.blogspot.com.br/p/o-conceito-de-pesquisa-documental.html Acessado em: 10/03/2016.

SILVA, B.F.**O Papel do Enfermeiro emergencista: Uma Revisão Bibliográfica**, Disponívelem:http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo08.pdf Acesso:02/03/2016.

SHIROMA, Licia Mara Brito; *PIRES Denise Elvira Pires.* **Classificação de Risco em Emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os,** Revista Federal do Conselho de Enfermagem V 2 n 01, 2011. Acesso em 15 de Novembro.

TEIXEIRA, R.R. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Cienc. Saúde Colet., v.10, n.3, p.585-97, 2005. _____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.

WEHBE G, Galvão MC. **Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência.** Rev. Bras. Enferm. 2005 jan-fev.;58(1): 33-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a06.pdf acesso em:06/03/2016

APÊNDICE A - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

FAPEN
Faculdade Paraense de Ensino

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, professor (a) Mônica Oliveira O. Saí de Souza, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino, declaro aceitar orientar o trabalho intitulado "Análise do Impacto da Assistencia de urg. e emergência", de autoria dos(as) alunos (as) Edilene Lázaro, Francisco Castro, Lidiane Ribeiro. Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho Nacional de Saúde - CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, 08 de março de 2016.

Mônica Oliveira O. Saí de Souza.

Prof.

Orientador(a)

APENDICE B - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

FACULDADE PARAENSE DE ENSINO - /FAPEN

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Através do presente instrumento, solicitamos da Secretaria de Saúde do Município de Castanhal a Excelentíssima Sr.ª Maria Alice Leal, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de conclusão de curso (TCC) dos acadêmicos, Edilene Monteiro Lazaro, Francisco Castro Fontes Junior e Lidiane Ribeiro Monteiro, orientados pela Professora Esp. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza, tendo como título: ANÁLISE DO IMPACTO DA ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL - PA NO PERÍODO DE 2010 A 2015: UM ESTUDO COMPARATIVO DO ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE. A coleta de dados será realizada através de um questionário com perguntas pertinentes a cobertura da assistência de urgência no município de Castanhal diretamente do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), e do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM da FACULDADE PARAENSE DE ENSINO – FAPEN.

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Belém-PA 02 de Maio de 2016

Orientadora Esp. Mônica O. L. Sá de Souza

Edilene Monteiro Lazaro de Souza

Acad. Edilene Monteiro Lazaro

Francisco Castro Fontes Junior

Acad. Francisco Castro Fontes Junior

Lidiane Ribeiro Monteiro.

Acad. Lidiane Ribeiro Monteiro

Deferido (X)

Indeferido ( )

Assinatura e carimbo do gestor

Maria Alice Leal

Secretária Mun. de Saúde de Castanhal

Dec.: Nº 020/14 01/04/14

ANEXO A - Segundo a PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012, que altera a 2048/2002.

Art. 2º Para efeito desta Portaria considera-se:

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, às sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências;

II- Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção;

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s);

IV - incentivo: modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio;

V - investimento: modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário;

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência;

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio;

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio;

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil;

X - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

XI - Responsável Técnico: profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço;

XII - Responsável de Enfermagem: profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e

XIII - Médicos Reguladores: profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

Parágrafo único. Os indicadores do SAMU 192 são:

I - número geral de ocorrências atendidas no período;

II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta;

III - identificação dos motivos dos chamados;

IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);

V - localização das ocorrências;

VI - idade e sexo dos pacientes atendidos;

VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;

VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e

IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

DA COMPOSIÇÃO DO COMPONENTE SAMU 192

Da Central de Regulação das Urgências

Art. 3º A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por:

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR);

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e

III - Radio-Operador (RO).

Art. 4º A partir da publicação desta Portaria, as Centrais de Regulação das Urgências já existentes ou as novas Centrais que venham a se configurar deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Das Bases Descentralizadas sessão II

Art. 5º As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido

no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

Parágrafo único. As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual.

Seção III

Das Unidades Móveis

Art. 6º As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aero médico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Parágrafo único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de Unidade Móvel mais adequado às peculiaridades regionais. (PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012).

ANEXO B - MAPA DA LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CASTANHAL PA

FONTE: IBGE 2014