



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA
CURSO DE PG-LATO SENSU
GESTÃO PÚBLICA/DISTÂNCIA/SANTA VITÓRIA DO PALMAR/RS**

**ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: GESTÃO
DE SERVIÇO**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Leticia Silveira Cardoso

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: GESTÃO DE SERVIÇO

Leticia Silveira Cardoso

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública
da Universidade Federal de Santa Maria
como requisito parcial para obtenção de grau em
Especialista em Gestão Pública

Orientador: Prof. Paulo Sergio Ceretta

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA
CURSO DE PG-LATO SENSU
GESTÃO PÚBLICA/DISTÂNCIA/SANTA VITÓRIA DO PALMAR/RS**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização**

Atendimento Móvel de Urgência: gestão de serviço

elaborada por
Leticia Silveira Cardoso

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública

COMISSÃO EXAMINADORA

Paulo Sergio Ceretta
(Presidente/Orientador)

Valdecir Zavarese da Costa (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Marta Regina Cezar-Vaz (Universidade Federal do Rio Grande - FURG)

Laurelize Pereira Rocha (Universidade Federal do Rio Grande - FURG)

Santa Maria, 30 de Agosto de 2014.

Lista de Abreviatura e Siglas

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

BR - Brasil

RS - Rio Grande do Sul

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV - Suporte Avançado à Vida

SBV - Suporte Básico à Vida

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência compõe-se de profissionais que realizam cuidados de saúde a pessoas em diferentes ambientes que não o hospitalar. Atendimento solicitado de forma gratuita via telefonia de discagem rápida à Central de Regulação, na qual ocorre a tomada de decisão das ações de assistência. Fato que caracteriza a centralização da gestão do serviço e define a opção dos autores em investigar a percepção dos profissionais de enfermagem de pronto socorro acerca da funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Investigação realizada pela técnica de entrevista semiestruturada gravada com 16 profissionais e analisada pela abordagem qualitativa temática. Os resultados descrevem as ações, finalidades, contribuições e contra-sensos identificados pelos profissionais do pronto socorro a respeito do serviço em investigação. Deste conjunto de informações pode-se concluir que a implantação está viabilizada e o funcionamento disponibiliza o suporte avançado à vida. Assim como, a comunicação interprofissionais é um aspecto positivo, já a investigação clínica do profissional regulador com o solicitante, não.

Palavras-Chave: Socorro de urgência; Inter-relação; Enfermagem.

ABSTRACT

The Mobile Urgent Care is made up of professionals who perform health care to people in different environments than the hospital. Customer requested free of charge via phone quickly to the Regulation Center dial, which occurs in the decision making of assistance actions. Apparel featuring the centralized management of the service and sets the option of the authors to investigate the perception of nurses and emergency room about the functionality of the working process of the Mobile Emergency Care. Investigation by semistructured interview technique with 16 professional recorded and analyzed by qualitative thematic approach. The results describe the actions, purposes and contributions nonsensical identified by professionals in the emergency department about service in research. This set of information can conclude that the implantation operation is made possible and provides advanced life support. As well as the inter-communication is a good thing, since clinical research professional regulator with the requestor, no.

Keywords: Emergency relief; Interrelation; Nursing.

Dedicatória

Aos meus pais que me fazem acreditar que sou capaz de investir parte de mim no novo e inovador.

À Deus que me possibilita conhecer novas pessoas e sempre apreender tudo o que posso.

Agradecimentos

A todos os amigos que enchem minha vida de energias e fazem-me buscar compreender o que me motiva.

Ao Paulo Cesar Pinto Holmos pelas horas de sua vida dedicadas a auxiliar-me e, pelo carinho.

Ao Prof. Paulo Sergio Ceretta por acreditar em minha energia e orientar-me nesta caminhada.

Epígrafe

Dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários.
C.C. Lewis

SUMÁRIO

Introdução	10
Revisão de Literatura	11
Metodologia	12
Resultados	14
Discussão	21
Considerações finais	24
Referências	25
ANEXO I	29
ANEXO II	30

Atendimento móvel de urgência: gestão de serviço¹

Mobile emergency care: service management

Resumo: Objetivou-se compreender a percepção dos profissionais de enfermagem de um pronto socorro acerca da funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Investigação realizada pela técnica de entrevista semiestruturada gravada com 16 profissionais e analisada pela abordagem qualitativa temática. Os resultados descrevem as ações, finalidades, contribuições e contra-sensos identificados pelos profissionais do pronto socorro a respeito do serviço em investigação. Deste conjunto de informações pode-se concluir que a implantação está viabilizada e o funcionamento disponibiliza o suporte avançado à vida. Assim como, a comunicação interprofissionais é um aspecto positivo, já a investigação clínica do profissional regulador com o solicitante, não.

Descritores: Socorro de urgência; Inter-relação; Enfermagem.

Abstract: Aimed to understand the perception of nursing professionals in the emergency room about the functionality of the working process of the Mobile Emergency Care. Investigation by semistructured interview technique with 16 professional recorded and analyzed by qualitative thematic approach. The results describe the actions, purposes, and contributions nonsensical identified by professionals in the emergency department about service in research. This set of information can conclude that the implantation operation is made possible and provides advanced life support. As well as the inter-communication is a good thing, since clinical research professional regulator with the requestor, no.

Descriptors: Emergency relief; Interrelation; Nurse.

Introdução

O Atendimento Móvel de Urgência constitui-se em um serviço de atenção primária à saúde. Situa-se pré-ambiente hospitalar e as ações dos profissionais de saúde permitem a interação com o ambiente hospitalar¹. A finalidade deste serviço está em propiciar assistência a pessoas em situações de urgência e emergência

¹ Artigo formatado nas normas da Revista Saúde Santa Maria. Site: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude>>

clínica ou traumática. Tal assistência deve ter início no próprio local em que se encontre o paciente², para que se garantam não somente os direitos sociais dos cidadãos como também a manutenção da vida, direito constitucional³.

Manutenção da vida que representa um dos fundamentos da ciência da enfermagem⁴ e que na especificidade deste serviço promove o acesso à informação, a cuidados e a outros níveis de suporte à vida¹. Acesso de evidente necessidade para a sociedade, reforçado em diferentes políticas públicas de saúde, tais como a de redução de morbimortalidade por causas externas e violência⁵.

Políticas que demonstram a crescente incidência de acidentes e o aumento de vítimas relacionadas à violência urbana que implicam em um trabalho complexo de assistência a estas pessoas⁶. Complexidade que imbricou na gestão centralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), via Central de Regulação Médica. Compreendendo-se gestão como o modo estratégico planejado e elaborado para ordenar o processo de trabalho em uma empresa⁷.

Os profissionais de saúde atuantes na Central de Regulação exercem papel fundamental para a organização e qualificação da relação entre os vários serviços de saúde. Favorecem o direcionamento do fluxo de pacientes no sistema de saúde considerando as especificidades e a capacidade de atendimento das unidades de pronto socorro e dos hospitais do município⁸. Ela responde ainda pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população pelo número gratuito 192, de forma gratuita⁹.

Pode se dizer que estruturar e ampliar o serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) é um dos focos principais da Política Nacional de Atenção às Urgências. Porém, tal estruturação não tem acontecido de forma igualitária em todos os municípios brasileiros¹⁰. Em muitos lugares ainda não se conseguiu implantar o serviço, motivo pelo qual se considerou relevante compreender a percepção dos profissionais de enfermagem de pronto socorro acerca da funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Acredita-se que este estudo irá proporcionar subsídios para o APH ser implantada em outros municípios do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Revisão de Literatura

O APH surge no Brasil como um serviço que atende pessoas em situações de urgência ou emergência. Esta caracterizada pela imediatez de um cuidado

especializado com fins a evitar o óbito ou mesmo complicações clínicas graves. Já aquela se define por uma situação que compromete ou oferece risco à saúde de uma ou mais pessoas¹¹.

Anteriormente a implantação do SAMU, o APH operacionalizava-se pelo trabalho do Corpo de Bombeiros que se deslocava para o atendimento das pessoas. E, já no local realizava os cuidados do suporte básico à vida (SBV)¹². Cuidados representados por procedimentos não invasivos como a imobilização em prancha longa¹³.

Concomitantemente com os avanços tecnológicos a sociedade ao usufruí-los expôs-se a um maior grau de risco, o que tornou a implementação do suporte avançado à vida (SAV), necessidade¹⁴. Necessidade socioambiental que associa as pessoas ao Estado, ou seja, configura-se no cumprimento do direito à vida pelos representantes do Estado por meio do acesso aos serviços de saúde¹⁵. Acesso viabilizado pelo SAMU que está padronizado em todo o território brasileiro para ser acionado pela discagem rápida e gratuita do número 192¹⁶.

Tal implementação não ocorre de modo homogêneo entre os municípios, pois em alguns o serviço ainda inexistente¹⁶. Inexistência que se contrapõe a proposição da Política Nacional de Atenção às Urgências¹. E, paralelamente a estudos que enfatizam o aprimoramento dos profissionais de nível técnico para atuação no SBV¹⁷ e dos de nível superior para o SAV¹⁸.

Aspectos que impulsionaram a presente investigação a respeito do processo de implantação e funcionamento do SAMU em um município da região da campanha, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR).

Metodologia

O objeto deste estudo constitui-se do conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em um pronto socorro em relação à implantação e funcionamento do APH. Para tanto, ele tem um caráter exploratório-descritivo, analítico que permite observar, apreender e registrar os fenômenos sem interferir em seus desfechos¹⁹.

Desenvolveu-se a investigação com um conjunto de 16 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 05 são enfermeiros e 11, técnicos de enfermagem. Atuantes em um serviço de pronto socorro localizado em município situado na região da campanha – RS – BR no qual vítimas conduzidas pelo SAMU

têm acesso direto aos serviços, sem precisar aguardar na recepção.

Contatou-se o responsável pela instituição, solicitou-se permissão para desenvolver as etapas da pesquisa. Após a autorização do mesmo, agendaram-se as entrevistas semiestruturadas gravadas com os referidos profissionais. Foram realizadas durante o turno de trabalho, no primeiro semestre de 2012.

As informações gravadas foram digitalizadas no formato Microsoft Word e organizadas em um sub-banco do projeto de pesquisa: “A sistematização da assistência de enfermagem em serviços pré-hospitalares e o atendimento em situações de emergência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 11/2011.

Os dados foram analisados por meio da abordagem qualitativa temática¹⁹. E, a partir da exaustão na leitura e releitura, apreenderam-se as categorias analíticas: As ações do SAMU; Finalidades do SAMU; Contribuições do SAMU para o trabalho em Pronto Socorro; Contra-sensos na centralização dos serviços do SAMU. Elas estão apresentadas, de modo não excludente, com a intenção de descrever a especificidade do trabalho do SAMU para os profissionais de um pronto socorro (Figura I).

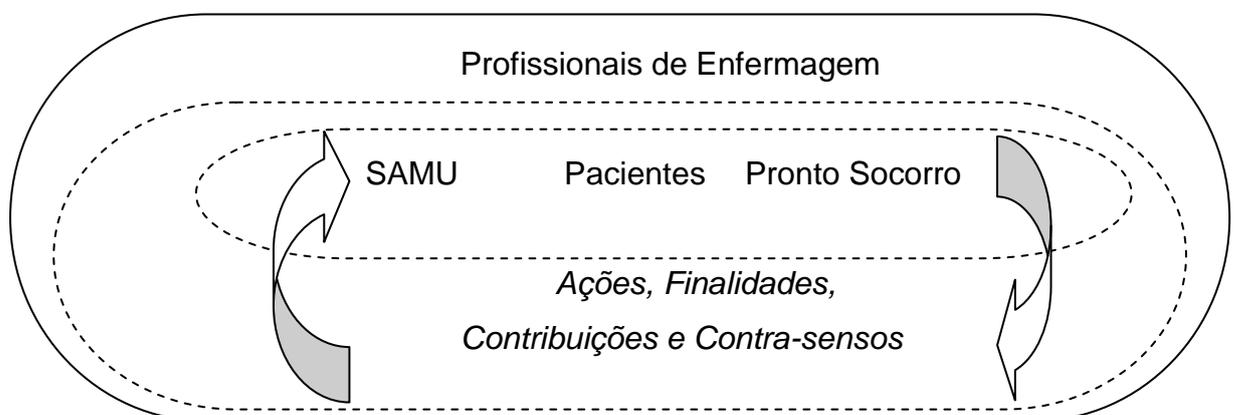


Figura I – Categorias analíticas emergentes da percepção de profissionais de enfermagem de um pronto socorro a respeito do SAMU.

Ações, Finalidades, Contribuições e Contra-sensos constituem-se nos elementos referidos pelos profissionais de enfermagem do pronto socorro a respeito da percepção do trabalho do SAMU, cujo sentido está indicado pelas setas. A sobreposição dos círculos associada ao tracejado representa a interação das relações do trabalho em saúde, no qual o objeto central é o paciente.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos teve-se a preocupação em assegurar o anonimato dos sujeitos investigados, a ausência de risco a integridade pessoal e profissional dos trabalhadores e das instituições conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante, esclarecendo-se os objetivos e finalidades da pesquisa, fortalecendo o direito do participante em obter informações a respeito da pesquisa ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo.

Utiliza-se ainda a seguinte codificação das informações, com fim de garantir o anonimato dos participantes: Ent_1_Ativ_X. A sigla Ent representa a realização da entrevista e o número 1, o participante; Ativ X identifica o tipo de atividade desenvolvida pelo participante. As entrevistas estão identificadas de 1 a 16, e as atividades em X ou Y.

Resultados

A distribuição de frequência dos relatos foi utilizada somente para consubstanciar os dados qualitativos. Desta forma, os explica-se a seguir.

As ações do SAMU

Do conjunto de 16 (100%) profissionais de enfermagem investigados, 11 (68,75%) mencionaram que o SAMU propicia uma assistência em primeiros socorros no local em que se encontra o paciente. Realizando, o primeiro atendimento, utilizando técnicas de imobilização, massagem cardíaca, oxigênio terapia, verificação de glicemia e sinais vitais, orientações a familiares, entre outras ações. Exemplos: “[...] traz até a unidade, já está com os sinais todos verificados, o paciente se sentindo melhor, dependendo do caso do paciente, mas é bem importante o trabalho deles, o primeiro atendimento é o deles (Ent_14_Ativ_X) ”.

A partir da ligação que é feita pedindo o atendimento do SAMU, é o primeiro atendimento, os primeiros socorros, vê se o paciente está convulsionando, tem que saber identificar o que é, no caso de paciente com suspeita de fratura, faz-se a imobilização, acalma-se a família, geralmente todo mundo fica

nervoso e conduz ao pronto socorro para maiores atendimentos, para avaliação médica (Ent_9_Ativ_X).

Os primeiros procedimentos que ninguém tem condições de fazer o SAMU presta ali na hora. Então se tiver que trazer uma pessoa com vida até o pronto socorro, eu tenho certeza absoluta que eles são preparados para isso. Fazem HGT, verificam a pressão. Eles já vêm com tudo, oxigenação, pulsação. Eles mantêm o paciente controlado e trazem todas as dicas que vão nos ajudar a dar continuidade ao serviço. Acho muito bom o serviço deles, nessa parte acho que o que eles praticam é fundamental (Ent_13_Ativ_X).

Outros 05 (31,25%) relacionam o trabalho do SAMU somente com o deslocamento do paciente até o ambiente hospitalar. Exemplos: *“[...] eles trazem o paciente até nós, no caso quando são chamados para algum atendimento (Ent_1_Ativ_Y).” “[...] conduz o paciente até o pronto socorro passando o quadro do paciente para nós, que é passado imediatamente para o médico plantonista, conforme o que é prescrito, tomamos a conduta necessária (Ent_12_Ativ_X).”*

A comunicação da urgência para os profissionais do pronto socorro foi referida 02 (12,50%) vezes, bem como o desconhecimento das ações dos profissionais do SAMU. Exemplos: *“[...] Aí tendo esse andamento do SAMU nós já sabemos aqui no PS quando é urgência e emergência, aí agente já dá prioridade para o atendimento deles (Ent_5_Ativ_X). ” “Eles fazem o atendimento pré-hospitalar, quando tem emergência ligam para eles, que vão lá prestam o primeiro atendimento, e encaminham o paciente para o pronto socorro (Ent_8_Ativ_Y).” “[...] Essa parte não sei te dizer (Ent_10_Ativ_X).”*

Finalidades do SAMU

Os profissionais do serviço de pronto socorro compreendem que o SAMU tem como finalidade do trabalho deslocar os pacientes, com 04 (25%) referências. Exemplo: *“[...] acho que facilita um pouco o trabalho, tem pessoas que não tem*

condições de se locomoverem até um serviço de Pronto Socorro de urgência, então eles acabam auxiliando também nesse processo (Ent_1_Ativ_Y).”

Outros 04 (25%) ainda indicam que as finalidades do SAMU é agilizar os atendimentos das necessidades dos pacientes e do próprio trabalho da equipe do pronto socorro. Exemplos: *“Para agilizar o atendimento (Ent_3_Ativ_X). ”*

Por que é o primeiro atendimento, fora do Pronto Socorro, então eles já vão nos trazer praticamente mastigadinho, já trazem alguma coisa, vão nos explicar toda a situação, e a partir disso, depois do paciente entrar no nosso serviço é nós que assumimos o paciente (Enf_10_Ativ_X).

O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabe se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

A definição do prognóstico clínico do paciente referida por 03 (18, 75%) profissionais investigados contrapõe-se a fragilidade doutros 02 (12,50%) que simplesmente indicam que a finalidade do trabalho é ter outro serviço que atenda urgência e emergência na cidade. Exemplos: *“[...] para a população ter um SAMU na cidade [...] (Ent_16_Ativ_X).”*

Por que foi visto por vários estudos durante muito tempo, que o primeiro atendimento do paciente no local da cena, muitas vezes é o que dá um prognóstico bom para esse paciente [...]. Então se faz esses procedimentos para que esse paciente tenha uma condição de sobrevivida melhor, fora nos acidentes de trânsito toda a imobilização que é feita, todo o procedimento de colocar em maca rígida, de colocar colar isso faz com que esse paciente, se tiver uma lesão mais importante, tenha condições

de se recuperar dessas lesões recebendo esse primeiro atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

Vão assistir o paciente de forma correta, isso evita que traga para nós agravado, por que muitas vezes é isto que acontece. É o que acontecia aqui, o pessoal pegava de qualquer jeito e trazia o paciente. Já atendi um pneumotórax de um paciente que caiu, fez uma fratura de costela, e o acompanhante do cara o carregou na moto, trouxe de moto, complicou a situação, ele até veio a morrer (Ent_11_Ativ_Y).

É importante para a vítima que está necessitada no momento, para ter uma sobrevida maior. Desde o momento que ela sofreu aquele acidente, ela sendo atendida por profissionais qualificados terá um tempo de sobrevida maior e aumenta também o tempo para nós trabalhar aqui no Pronto Socorro (Ent_12_Ativ_X).

Contribuições do SAMU para o trabalho no Pronto Socorro

A percepção dos profissionais do pronto socorro a respeito do trabalho do SAMU decorre predominantemente, em 11 (68,45%) referências, das informações da clínica do paciente obtidas no contato entre os profissionais. Estas informações abarcam a verificação dos sinais vitais, de presença de doenças agudas, crônicas, ou sequelas de processo de adoecimento. Exemplos:

Contribuem bastante, por que eles já trazem uma informação, vão fazer a verificação dos sinais vitais, vão fazer HGT, se esse paciente teve uma hiperglicemia ou uma hipoglicemia nós já iremos saber o que aconteceu. O atendimento deles é muito importante, por que ele já vem

sempre com os primeiros atendimentos, já vem com uma informação (Ent_4_Ativ_X).

[...] facilita bastante, por que quando chega o SAMU o pessoal já diz, o paciente é sequelado de AVC, está com dor, está com hemiparesia, refere tal coisa, ou não está falando, teve vômito. Já facilita, tu já tens uma ideia do que aconteceu com aquele paciente, que já é diferente quando trazem o paciente de casa. O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabe se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

Por que o paciente já vem com meio caminho andado, 30% dos serviços prontos para nós. Eles já vêm trazendo o histórico do paciente, então isso já ajuda o trabalho no pronto socorro. O paciente sofreu tal coisa, está com isso, portanto fica melhor para nós. Não precisamos perder tempo perguntando o que aconteceu, como aconteceu, onde que foi (Ent_15_Ativ_X).

Segue-se pela referência, 10 (62,45%), da condição de estabilidade clínica do paciente pelas ações dos profissionais da APH/SAMU. Estas incluem a realização dos procedimentos, a administração de medicamentos, a facilidade de mobilidade. Exemplos: *“Muito bom, pois eles já trazem o paciente estabilizado (Ent_3_Ativ_X).”* *“Sim, contribui. Pois eles chegam com o paciente estabilizado e com os sinais verificados (Ent_1_Ativ_Y).”* *“No caso o SAMU atende, colhe tudo que é tipo de informações, pode também dar uma medicação antes, verificar os sinais, sintomas, tudo para nós já sabermos se é urgência ou emergência (Ent_5_Ativ_X).”*

[...] diria contribui para que o paciente tenha uma condição de sobreviver melhor. Mas o que contribui para nós é que muitas vezes o paciente já chega com uma avaliação, chega medicado, já chega imobilizado, é um paciente bem mais fácil da gente manejar por que ele já recebeu um primeiro atendimento. Então é um paciente que já vem manejado. E isso contribui para que agente dê uma continuidade naquele atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

O tempo para preparação da equipe do pronto socorro para o atendimento dos pacientes foi referida em 01 (6,25%) relato. Exemplo: *“Tem a comunicação que eles têm conosco aqui do pronto-socorro e entre eles. Eles sempre vão trazer os pacientes para nós. (...) Contribui muito para o nosso trabalho, para nos se preparar para receber os pacientes (Ent_16_Ativ_X).”*

Contra-sensos na centralização dos serviços do SAMU

Os profissionais de enfermagem do pronto socorro quando questionados a respeito da regulação médica do serviço de urgência mencionaram preponderantemente em 12 (75%) citações, a preferência pelo método anteriormente utilizado, no qual os pedidos de socorro eram realizados pelo telefone do pronto socorro. Exemplos: *“Prefiro a solicitação de socorro pelo pronto socorro, a que é feita pelo [município B] perde muito tempo. O povo está com razão de reclamar (...) (Ent_13_Ativ_X).”*

Aqui pelo Pronto Socorro, por que era mais rápido. Até que o médico regulador entenda o que esta acontecendo com paciente, para depois liberar [veículo] perde-se tempo, e antes não, mesmo que eles trouxessem umas bobagens que não era tão importante, mas era mais rápido (Ent_14_Ativ_X).

Outros profissionais, 11 (68,75%) citam o lado positivo de cada um dos recursos utilizados para pedir socorro. Bem como, referem que o processo de

comunicação de quem está presenciando o agravo à saúde deve ser eficiente na maneira que vão transmitir os sinais e sintomas ao médico regulador. Exemplo:

No meu ponto de vista a regulação, tanto no [município B] como a que era feita por aqui depende muito de quem está na cena, como essa pessoa está passando para quem está regulando. Penso que as duas são competentes para regular, só que o regulador no caso, só pode regular se tiver informações exatas, informações objetivas, que tenha condições de dar continuidade ao serviço. Então pra mim é mais importante quem está atuando na cena tenta passar o mais claro possível do que está acontecendo (Ent_11_Ativ_X).

No entanto alguns profissionais, 06 (37,50%) referem que apesar da regulação pelo número 192 ser demorada, ter consciência que o serviço funcionando da outra forma era irregular. Exemplo:

A regulação pelo link 192 é demoradinha, eu já tive experiência de ligar para solicitar o serviço e eles fazem muitas perguntas, porém não tem como existir o SAMU, sem a regulação médica. Então isso é uma dificuldade que estamos passando, por que a população não entende a questão burocrática do negócio, eles querem ser atendidos de qualquer jeito e em um curto espaço de tempo, mesmo que o serviço seja irregular (Ent_6_Ativ_Y).

A percepção de outros 02 (12,50%) profissionais de enfermagem refere-se à regulação médica como sendo essencial nesse serviço de urgência, pois o profissional médico é quem tem capacitação para fazer a triagem do agravo à saúde. Exemplos:

A regulação mais eficiente é a feita pelo [município B] que é realizada pelo médico, aqui não era feita por um médico. Aqui

era uma pessoa, inclusive leiga que atendia ao telefone e falava com as pessoas. Mas em relação a tempo, aqui era mais rápido. Isso tem certas normas que devemos seguir, não adianta eu achar que aqui é melhor, por que tem que ter regulação e quem faz a regulação é médico e infelizmente nós não fazemos, então tem que seguir as leis e as normas do SAMU (Ent_2_Ativ_X).

É complicado, por que aqui não era o médico que fazia. Eu considero a do [município B] boa. Por que é a realidade em tudo que é lugar, não tem como agente ir contra. Não implantaram isso do dia para noite, fizeram pesquisas e treinamentos para saber que tem que ser assim. Por que aquela nossa por aqui sem médico, agente atendia qualquer coisa. O serviço do SAMU não mudou sempre foi igual só que a resposta é mais rápida por aqui. Mas eu acho que o povo tem que aprender a trabalhar com o SAMU, até se adaptarem, aprender a falar direitinho, isso que é demorado (Ent_14_Ativ_X).

Discussão

As ações do SAMU são descritas claramente pela maioria dos profissionais de enfermagem do pronto socorro. Eles as enumeram como a realização de procedimentos de verificação dos sinais vitais, oferta de oxigênio, imobilização se for trauma e, orientações aos familiares.

Fato que elucida o quão imprescindível é o reconhecimento pelo profissional de enfermagem dos sinais e sintomas da clínica ou do trauma no paciente²⁰. Já que sua formação acadêmica deve conduzi-lo para a apropriação de conhecimentos que o torne habilitado para o cuidado profissional e ético²¹. Logo para identificar a evolução prognóstica do quadro clínico do paciente, ou seja, o seu grau de risco

para manutenção das funções vitais do organismo humano, o que facilita a tomada de decisões²².

Acresce-se que as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem estão correspondendo ao que é proposto para esse âmbito do trabalho em saúde. Uma vez que, o serviço de APH móvel visa à estabilização do paciente no local e, se caracteriza por atendê-lo nos primeiros minutos após o agravo, adequadamente e, prestando um rápido e seguro transporte para um estabelecimento de referência².

Referência que se constitui nos serviços hospitalares acessados pelo pronto socorro, unidade que recebe pacientes externos a instituição que necessitam de assistência especializada e imediata²³. Assistência que exige dos profissionais do APH móvel condutas adequadas durante a fase de estabilização hemodinâmica e de imobilização e no decorrer do transporte do local de socorro ao serviço de referência¹. Conduas estas que podem determinar não somente o grau de comprometimento das atividades da vida diária e seu período de duração, como também o desfecho favorável ou não à vida do paciente²⁴.

Dentre tais condutas a comunicação interprofissional representa a qualidade do cuidado para com os envolvidos com este trabalho. Promovendo a compreensão de que os cuidados em saúde representam um contínuo de ações de trabalho produzidas por diferentes profissionais. Contínuo que fortalece o fazer e se traduz em qualidade da assistência¹⁴ e, na temática em questões pode definir o permanecer vivo ou não do paciente.

O desconhecimento de alguns profissionais sobre as ações do APH móvel, quando referiram que o SAMU tem como finalidade das ações, somente deslocar os pacientes para o pronto socorro revela a lacuna do conhecimento. Contrapondo-se a agilidade do atendimento no local e da equipe do pronto socorro referidos também como finalidades e ratificados nos relatos das contribuições.

Apesar desta discrepância nota-se que as ações propostas pelo SAMU, conforme a Portaria N^o 2.048/GM que regulamenta tecnicamente os sistemas de urgência e emergência, são desempenhadas por seus profissionais com eficiência²⁵. O enfermeiro ou o técnico de enfermagem do APH móvel realizam as intervenções necessárias, fazem a estabilização, reavaliam o estado geral e realizam o transporte do paciente para o tratamento definitivo¹⁷. Reduzem-se, assim o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce²⁶.

Diante de todas as reduções supracitadas ainda há contribuições referidas pelos profissionais do pronto socorro relativas ao processo de trabalho em seu ambiente institucional. Elas decorrem do acesso a informação clínica, dos procedimentos e ações já desenvolvidas que facilitam a movimentação do paciente e a continuidade dos cuidados na instituição hospitalar.

Continuidade que se constitui em direito constitucional evidenciado pelos princípios impressos ao sistema brasileiro de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade da atenção²⁷. Princípios que se traduzem neste estudo pelos relatos das ações, finalidades e contribuições do APH móvel/SAMU e pela articulação com APH fixo/pronto socorro. Articulação primordial para a manutenção da vida do paciente e da qualidade dos serviços e, para que se mantenha, requer atualização constante dos conhecimentos a respeito do processo de trabalho e dos protocolos de atendimento²⁸.

Atendimento massivamente compreendido pelas características de gravidade ou comprometimento das funções vitais dos pacientes e pela atuação imediata dos profissionais do SAMU¹³. E, além de constituir-se em um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do SUS, agiliza o atendimento aos pacientes em situações de urgência.

Seu atual modo de operacionalização, gestão centralizada, promoveu alterações para solicitação do serviço a qual passou a ser mediada por um profissional da saúde, o médico regulador. Este deve produzir a investigação clínica a partir do contato telefônico com quem solicita o socorro para assim decidir pelo envio ou não de uma equipe e de um veículo especializado²⁵. Mediação que caracterizou a centralização da gestão do SAMU em municípios ditos sedes das microrregiões na conjectura de descentralização dos serviços públicos de assistência à saúde. Descentralização que tenciona para a ampliação da acessibilidade aos diferentes níveis de atenção¹.

Tencionamento que foi identificado neste estudo por meio dos contra-sensos na centralização do referido serviço. Evidenciados pela identificação positiva da regularização do serviço e negativa pelo maior tempo entre a solicitação do socorro e o atendimento.

Regularização que qualifica a ação das equipes de APH móvel por comporem-se de profissionais da saúde habilitados para realizar o suporte básico, já

produzido pelo corpo de bombeiros anteriormente e, o avançado¹⁰. Este último caracterizado por um cuidado específico à pacientes em situação de emergência em que a morte é uma possibilidade iminente²⁹.

Iminência que exige profissionais em constante aperfeiçoamento, acrescidos por uma permanente gestão de pessoas e materiais³⁰. Primeiramente, para viabilizar o cuidado com a saúde e a segurança de quem cuida, os próprios profissionais, para posteriormente permitir que estes possam desenvolver constantemente a investigação clínica e a tomada de decisão no socorro aos pacientes¹⁴.

Socorro que deve ser acionado pelas pessoas que se encontram em situação de acometimento agudo da saúde, ou melhor, vivenciam uma crise. Logo, para aqueles que necessitam de informações sobre os diferentes tratamentos medicamentosos ou não, devem dirigir-se as unidades de saúde da comunidade. Evitar a sobrecarga operacional do SAMU é dever dos cidadãos, uma vez que, o uso provocado por outras motivações que não o real atendimento a pessoas em situações de urgência ou emergência pode ser interpretado como dano à vida em sociedade¹⁰. Dano que vem de encontro com a referência negativa do maior tempo entre a solicitação de socorro o atendimento no local e o resgate. E que ratifica a necessidade já apontada de articular a rede de serviços de saúde, qualificar seus profissionais para torná-la funcional e resolutiva, bem como difundir esta perspectiva para as pessoas³¹. De modo geral, evidencia-se que o processo de implantação do SAMU certamente foi um benefício para os profissionais de enfermagem do pronto socorro.

Considerações finais

Diante do exposto, nota-se que as ações realizadas pelos profissionais do serviço de APH móvel, são referidas com clareza pelos do pronto socorro. Evidenciando que o SAMU, recentemente implantado no município, presta seus cuidados no local da ocorrência, realizando procedimentos de enfermagem, bem como, administrando medicações conforme orientação do médico regulador. Dessa forma compreende-se que o funcionamento do serviço pesquisado, na forma de gestão centralizada, está de acordo com as portarias que regulamentam o APH móvel.

Abordando as finalidades do SAMU compreende-se que este serviço denota o aumento da probabilidade de sobrevivida para a pessoa vitimada. Esta antes de ser

removida recebe cuidados primários que permitem tal probabilidade pelo alcance da maior estabilidade hemodinâmica possível. Fato que facilita a continuidade de cuidados no ambiente hospitalar, promovendo a resolutividade da atenção em saúde e a redução das tensões emocionais de profissionais que lidam com situações limítrofes à vida.

Considerando os elementos listados como contribuições do SAMU para o trabalho do Pronto Socorro destacam-se a comunicação entre profissionais a respeito das ações desenvolvidas e as características clínicas da pessoa vitimada ambas como facilitadores e agilizadores do processo de trabalho.

Os contra-sensos indicam que a implantação do SAMU de modo centralizado esta em andamento e os profissionais identificam a legalidade do trabalho como algo benéfico. E ao mesmo tempo salientam os aspectos a serem melhores implementados tais como: o tempo para a tomada de decisão para o deslocamento de um veículo, a linguagem investigativa do profissional regulador para com a pessoa leiga que solicita o socorro.

Os maiores subsídios deste estudo estão nas sugestões dos próprios profissionais de enfermagem do pronto socorro que referem alternativas à centralização do serviço. Propondo a disponibilidade de múltiplos contatos telefônicos de emergência para que a população utilize no pedido de socorro. Do mesmo modo, o redirecionamento do chamado para a base do SAMU e o imediato deslocamento dos profissionais do resgate para o local da ocorrência. Assim, estes entrariam em contato com o médico regulador para comunicação efetiva e atuação no local.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [acesso 2014 Jun 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf
- 2- Silva EAC, Tipple AFV, Souza JT, Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(3):571-7.
- 3- Santos MPG. O Estado e os problemas contemporâneos. Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2009.
- 4- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1986.

- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. [acesso 2014 Jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_a_cidentes_2ed
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048/GM, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso 2014 Maio 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html
- 7- Bregue ST. Cultura e mudança organizacional. Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2010.
- 8- Nishio EA, Franco MTG. Modelo de gestão em enfermagem, qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, dá outras/providências. [acesso 2014 Jun 10] Disponível em: http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=319&temid=140
- 10-Figueiredo DLB, Costa ALRC. Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. Acta paul enferm. 2009;22(5):707-10.
- 11-Rodrigues FJM. Guias práticos de enfermagem em emergências. Rio de Janeiro (RJ): McGraw Hill; 2000.
- 12-Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):71-5.
- 13-Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. Saúde Soc. 2009;18(1):95-102.

- 14-Cardoso LS, Braga MG, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Vaz CHJ, Oliveira SHS. Cardiopulmonary Resuscitation: nursing work in rescue services. J. Nurs UFPE on line. 2013;7(1):221-6.
- 15-Malmegrin ML. Gestão operacional. Florianópolis: Departamento de Administração/UFSC, Brasília, CAPES: UAB, 2010.
- 16-Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. [acesso 2014 Maio 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456.
- 17-Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta paul enferm. 2000;13(3):59-65.
- 18-Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRPUSP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina. 2003;36(2/4):498-515.
- 19-Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre, Artmed, 2009.
- 20-Silveira CLS, Lima LS. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. Acta paul enferm. 2009;22(5):679-85.
- 21-Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Acesso em [24 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>
- 22-Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):327-33.
- 23-Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(1):72-8.
- 24-Anjos KC, Evangelista MRB, Silva JS, Zumiotti AV. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. Acta ortop. bras. 2007;15(5):262-66.

- 25-Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 2048, de 05 de novembro de 2002: Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2006.
- 26-Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(4):530-40.
- 27-Brasil. Congresso Nacional. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. [acesso 2014 Mar 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 28-Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2009;25(7):1439-54.
- 29-Mássimo EAL, Carvalho DV, Costa TAH, Oliveira DU. Historical development of the cardiopulmonary resuscitation: review study. J. Nurs UFPE on line. 2012;3(2):709-14.
- 30-Bueno AA, Bernades A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2010;19(1):45-53.
- 31-Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública. 2011;45(3):519-28.

ANEXO I

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – PROPPEX
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – URCAMP

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região da Campanha analisou o projeto

Número: 11/2011

Título do projeto: "A sistematização da Assistência de Enfermagem em serviços pré-hospitalares e o atendimento em situações de emergência"

Investigador(a) principal: Leticia Silveira Cardoso

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da URCAMP, em reunião datada de 16 de maio de 2011, ata nº 03, por estar adequado ético e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/98 do Conselho Nacional de Saúde.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão para a coordenação da referida projeto ao Comitê de Ética – CEP/URCAMP na Secretaria do Centro de Ciências da Saúde.

Beçá, 20 de junho de 2011


Elaine Soares Tavares
Coordenadora CEP/URCAMP

ANEXO II

Revista Saúde Santa Maria - Diretrizes para Autores**INFORMAÇÕES GERAIS**

Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

O idioma principal da Revista Saúde (Santa Maria) é o Português (BR), por este motivo, os manuscritos deverão ser encaminhados em português.

O idioma secundário da Revista Saúde (Santa Maria) é o Inglês (En), por este motivo, aceitamos o envio de manuscritos na língua inglesa.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área da Saúde.

A submissão dos artigos é online no [site](#):

Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista Saúde (Santa Maria).

A Revista Saúde não cobra taxas para a submissão de artigos.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados.

O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho **NÃO DEVERÃO** ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da Revista Saúde. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

ATENÇÃO

- Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983). A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".
- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a obras derivadas 3.0 Unported License) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição, uso não-comercial, vedada a criação de obras derivadas.
- Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar seu trabalho.
- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à participação, o que lhes garante liberdade para julgamento.
- Envio da declaração das políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer-view*, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos.

Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas. Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados online para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por

entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

Tipos de trabalhos aceitos para publicação e critérios adotados para seleção

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. O conteúdo do manuscrito deve ser apresentado da seguinte forma:

INTRODUÇÃO deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. **METODOLOGIA:** indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS: As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo. **AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÃO.** É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

Artigos de revisão: compreende avaliação crítica, sistematizada da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo. A Revista Saúde (Santa Maria) atualmente está publicando no máximo 5 (cinco) artigos de revisão em cada edição. Se este número for ultrapassado, os demais artigos serão publicados nas próximas edições.

Nota prévia: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a área de abrangência da Revista. A apresentação pode acompanhar

as mesmas normas exigidas para artigos originais. Espaço destinado à síntese de Dissertação ou Tese em processo final de elaboração. Deverá conter todas as etapas do estudo. Devem obedecer ao limite de 3 páginas no total do artigo. **Editorial**: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite de 2 páginas. **Cartas ao editor**: correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a área da Saúde ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 1 página total.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Arial 12, espaçamento 1,5, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

QUANTO À REDAÇÃO: os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; seção primária com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; e seção secundária em minúsculas e sublinhado. Ex.: **Título; Resumo; Abstract; Resultados** (seção primária); Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras e apresentá-lo nas versões que contemplem dois idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título) e/ou Inglês (Title), sendo necessário apenas uma das línguas estrangeiras. Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada somente na última versão do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Resumo: conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract). Devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve conter objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo.

Descritores: abaixo do resumo incluir 2 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords. Usar: Descritores, Descriptors.

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Exemplos:

Pesquisas evidenciam que... 1-4

Autores referem que... 1,4,5

“[...] quando impossibilitado de se autocuidar”. 5:27

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Referências: A Rev Saúde (Sta Maria) adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas ? Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português). Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> . Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “*et al*”.

Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Os trabalhos poderão ainda conter:

- *Ilustrações*: poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da Revista Saúde UFSM inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser enviadas na forma de Documento Suplementar em formato GIF ou JPG
- *Tabelas*: devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.
- Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.
- *Símbolos, abreviaturas e siglas*: Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.
- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.
- Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

Artigos de periódicos

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>). Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1 Artigo Padrão

Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL P, Scatena LM, Palha PF et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta paul. enferm. 2010 ; 23(1): 131-135.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 Múltiplas instituições como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. Kardiologia. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. Diabetologia. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 Sem indicação de autoria

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

7 Volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

8 Fascículo com suplemento

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

9 Volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

10 Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

11 Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999;(43):55-9.

12 Sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

13 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. Tenn Med. 2005 Feb;98(2):53.

14 Artigo com indicação de subtítulo

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul. Enferm. 2010;23(1):73-79.

15 Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

16 Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

17 Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007; 16(15):915.

18 Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)
Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia

Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DC C, Dal Sasso G T M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2010 Jul 01];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol.* No prelo 2009.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

Waldow, VR. *Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

2 Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.* 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

3 Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). *Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 Capítulo de livro

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.361-5. 209-22

5 Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. *Profissionalização da enfermagem brasileira.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 Livro com indicação de série

Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

7 Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

8 Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p. Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

10 Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

11 Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

12 Dicionários e obras de referência similares

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

13 Trabalho apresentado em evento

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

14 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino. Fortaleza: [s.n.], 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2006. Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2007. 178 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico [online].1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>