

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENSINO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU*
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GESTÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Grazieli Cardoso da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Grazieli Cardoso da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na forma de Artigo ao Curso de Pós-Graduação à Distância, especialização *lato-sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde, Área de Concentração em Gestão em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria
Curso de Pós-Graduação de Ensino à Distância
Especialização *lato-sensu*
Gestão de Organização Pública em Saúde**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GESTÃO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

elaborado por
Grazieli Cardoso da Silva

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

COMISSÃO EXAMINADORA:

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr.
(Presidente/Orientador)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a. (UFSM)

Neida Luiza Kaspary Pellenz, Msc. (UFSM)

Susane Flores Cosentino, Msc. (UFSM)

Três de Maio, 15 de dezembro de 2012.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso

Curso de Pós-Graduação de Ensino à Distância Especialização *lato-sensu*

Gestão de Organização Pública em Saúde

Universidade Federal de Santa Maria

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Autora: Grazieli Cardoso da Silva

Orientador: Luiz Anildo Anacleto da Silva

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 15 de dezembro de 2012.

O presente estudo ressalta a importância da organização do atendimento pré-hospitalar móvel a partir de políticas públicas e definição de competências das instituições que realizam o referido serviço e em questões concernentes a gestão dos serviços de saúde. O **objetivo** foi elaborar uma proposta para a reorganização do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência em um município de do interior do estado do Rio Grande do Sul. A **metodologia** utilizada nesta pesquisa é de natureza qualitativa com uma abordagem descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo foram bombeiros militares atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar do município. Com referência aos cuidados éticos foi rigorosamente observado o que consta Resolução 196/96. Os **resultados** indicam que embora os Bombeiros Militares saibam identificar quais são as suas atribuições durante o atendimento de ocorrências, há uma necessidade de ampliar a inter-relação entre as equipes e há falta de coordenação entre todas as instituições envolvidas. Observando a situação ora vivenciada pelos profissionais atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel do Corpo de Bombeiros, sugere-se a reorganização deste serviço, com a criação dos Núcleos de Educação em Urgências e Regulação Médica incluindo a área de Segurança Pública, utilizando como base o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Descritores- Bombeiros. Políticas públicas. Atendimento de Emergência.

ABSTRACT

PREHOSPITAL MOBILE EMERGENCY AND URGENCY SERVICE'S ORGANIZATION: A MATTER OF MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES

The present study release the importance of the prehospital mobile organization from public policy and skill development of institutions that perform this service, and on issues concerning the management of health services. The **objective** was prepare a proposal for the reorganization of prehospital mobile emergency care in a municipality in the state of Rio Grande do Sul. The **methodology** used in this research is a qualitative approach with a descriptive and exploratory. The study subjects were firefighters working in the military service of prehospital care in the city. With reference to the ethical guidelines was strictly observed what appeared in the 196/96 Resolution. The **results** indicate that although the Military Firefighters know how to identify what are their responsibilities for the care of instances, the inter-relationship between the teams and a lack of coordination have to be more intensive, and all institutions involved too. Looking at the situation now experienced by professionals working in the service of prehospital Mobile Fire Department, suggested the reorganization of the service, with the creation of Centers of Education in Emergencies and Medical Regulation including the area of Public Safety, using as basis of the Technical Regulations of the State Systems Urgency and Emergency.

Descriptors: Firefighters. Publics Polices. Emergencial care.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	6
MÉTODO.....	10
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
Categoria 01 – Papel dos bombeiros militares no atendimento às emergências clínica e traumáticas.....	11
Categoria 2- A interface entre o trabalho do Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	14
Categoria 3- Ações de organização de um serviço de atendimento pré- hospitalar móvel.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS	24

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel envolve uma série de atividades, e necessita principalmente da inter-relação entre duas importantes instituições públicas que realizam este serviço, ou seja, o atendimento realizado por bombeiros militares e, pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A questão em si está na definição das atribuições de ambos os serviços, para tanto, insurge-se a necessidade de reorganizar tal atendimento com vista à diminuição de gastos públicos e, principalmente, ofertar a população um atendimento qualificado e humanizado. Esta questão está embasada fundamentalmente na gestão/administração e assistência em saúde. Na situação ora vivida, observa-se que esses serviços estão sendo prestados de forma compartimentada, distanciando-se da atenção holística das necessidades da população, ratifica-se o entendimento da necessidade de que estes sejam desenvolvidos de forma articulada, entre os bombeiros militares e os serviços de resgate, compreendido pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência. Neste estudo, busca-se entender quais as reais atribuições de bombeiros militares no atendimento de emergência pré-hospitalar, na intersecção entre a legislação e as práticas que são observadas no cenário da pesquisa.

Considera-se atendimento pré-hospitalar a assistência realizada sem discriminação de gravidade, por meio de orientações ou atuação direta, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis com objetivo de minimizar sequelas e manutenção da vida¹. A história do serviço de atendimento pré-hospitalar se aperfeiçoou ao longo dos anos, tendo início em 1949 no governo de Getúlio Vargas com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU, dando o primeiro passo para o atendimento universal ainda que limitado².

O modelo de assistência pré-hospitalar adotado no Brasil é de origem francesa, na qual o médico é o responsável pelo atendimento, sendo necessário o atendimento dos bombeiros apenas para a retirada das vítimas em difícil acesso. Diferente do modelo americano, cujos profissionais da saúde são paramédicos, os quais são técnicos, que podem administrar medicações (conforme previsto na legislação americana) e em alguns países realizam atividades pertinentes ao suporte avançado de vida como entubação endotraqueal, aplicação de medicamentos por via intravenosa e desfibrilação¹.

Assim, o Corpo de Bombeiros na década de 80 iniciou, entre tantas atribuições, também o transporte de feridos com o Grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros e o Projeto Resgate, respectivamente na cidade do Rio de Janeiro e São Paulo³. Desde então, outros estados sucessivamente criaram seus serviços independentes de alguma regulamentação ou uma normalização de planejamento, instalação e operacionalização, surgindo diferentes modelos, a maioria deles tanto no setor público quanto no privado, ainda possuem deficiências técnicas importantes⁴.

O Ministério da Saúde com vistas a atender a crescente demanda de vítimas dos acidentes e violências instituiu algumas Políticas de Saúde como, por exemplo, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01, a qual inclui como diretrizes a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar. Esta Política previa dentre outras ações a articulação entre os órgãos que já prestavam o atendimento pré-hospitalar com o novo modelo estruturado, devido à implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios que, por consequência, proporcionaria um estímulo para atuar de maneira compartilhada⁴.

Outra Política importante desenvolvida pelo Ministério da Saúde, a qual faz referência à implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, além de sistematizar todos os serviços de atendimento às Urgências, é a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta Política é um conjunto de portarias que regulamentam os serviços de emergência fixa e móvel, estruturação, financiamento, capacitação dos profissionais, além de prever a necessidade de haver uma ação compactuada complementar nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com outros profissionais não oriundos da saúde, como, por exemplo, o Corpo de Bombeiros⁵. Cabe salientar que consta ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências o atendimento das urgências/emergências clínicas e traumáticas.

As competências do Corpo de Bombeiros da Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul, são descritas pela sua Constituição Estadual de 1989, no art. 130: “À Brigada Militar, através do Corpo de Bombeiros, que a integra, compete a prevenção e combate de incêndios, as buscas e salvamento, e a execução de atividades de defesa civil”. Também descrita pela Lei Estadual nº 10.991 de 1997, a qual dispõe sobre a Organização Básica da Brigada Militar do Estado em seu artigo 3º, inciso VIII: “realizar os serviços de busca e resgate aéreo, aquático e terrestre no Estado”.

Não foi encontrado na legislação estadual algo que regule a utilização do 'Resgate' do Corpo de Bombeiros, como ambulância, no estado do Rio Grande do Sul⁶.

Na Política Nacional de Atenção às Urgências, Portaria GM nº 2048, capítulo IV, está descrito que o Corpo de Bombeiros deve atuar na: identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental; da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento; fazer o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podendo realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento⁵.

Quanto à definição dos veículos para atendimento pré-hospitalar móvel entende-se por ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. A viatura utilizada pelo Corpo de Bombeiros para tal função é denominada Ambulância de Resgate – Tipo C: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). A ambulância de Suporte Básico de Vida é Tipo B, destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. E, por fim, a Ambulância de Suporte Avançado – Tipo D: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função⁵.

No Brasil, atualmente existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e executado pelo governo municipal com o nome de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, principalmente nas capitais, ambos têm a presença do profissional médico⁴. Entretanto essa não é a realidade no interior do estado do Rio Grande do Sul e também em algumas capitais do Brasil¹.

No município em estudo, o médico faz-se presente apenas na Unidade Avançada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). As duas instituições funcionam a partir de central de chamadas diferentes que recebem as solicitações e enviam as equipes para o atendimento. No entanto, a central que recebe as solicitações para o SAMU está localizada na capital do estado, cidade de Porto Alegre. Nessa central são coletadas todas as informações do solicitante sobre o estado e localização da vítima pelo atendente, depois a ligação é transferida ao município de origem, na qual novamente é realizada uma triagem, mas agora com o médico regulador, para aí então emanar as ordens e apoio às diferentes ações⁴.

Contudo, a carência de informação da população sobre as competências de cada instituição e a dificuldade na implantação de uma central regionalizada fazem com que ambos os serviços SAMU e Bombeiros sejam solicitados para uma mesma ocorrência, gerando um custo duas vezes maior para o estado, demora no atendimento e até mesmo um atendimento deficitário. Problemas frequentemente discutidos pelos meios de comunicação local.

Estudos já comprovaram que um dos fatores críticos que interfere no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado. O *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, dos Estados Unidos, estabelece o tempo de vinte minutos como intervalo máximo ideal para execução dos primeiros procedimentos, em casos graves¹. A necessidade de presteza se dá pelo fato de existir um maior índice de mortalidade nas primeiras horas do evento pós-traumático, conhecida como 'Hora de Ouro'¹.

Esta pesquisa tem significativa relevância ao observar os elevados índices de morbimortalidade no trânsito acarretando na diminuição da qualidade e expectativa de vida^{1,5}, evidenciando a necessidade de um serviço de emergência pré-hospitalar organizado e qualificado. No que tange a necessidade do conhecimento sobre as competências de cada instituição prestadora do serviço pré-hospitalar móvel para assim, elaborar uma proposta de reorganização do atendimento pré-hospitalar no referido município.

O estudo em evidência tem como questão de pesquisa: 'qual o papel Bombeiros Militares no atendimento de emergências pré-hospitalares em um município no estado do Rio Grande do Sul'. O objetivo foi de 'compreender as reais funções dos Bombeiros Militares no atendimento de urgências e emergências em

um município do interior do estado do Rio Grande do Sul' e, especificamente, 'entender a relação de bombeiros militares na intersecção com outras instituições no atendimento de emergência'.

MÉTODO

O estudo realizado pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória^{7,8}, tipo estudo de caso⁹. O estudo foi desenvolvido em uma unidade do Corpo de Bombeiros da Brigada Militar de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos do estudo foram bombeiros militares que atuaram no serviço de atendimento pré-hospitalar durante a semana do dia 15 de agosto ao dia 22 de agosto do ano de 2012. A data foi escolhida aleatoriamente, tendo em vista a escala de serviço dos socorristas manter-se geralmente a mesma. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada¹⁰. Na apreciação dos dados utilizou-se o sistema de análise temática⁸.

Os aspectos éticos foram rigorosamente observados, conforme estabelecido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme consta no termo consubstanciado nº 41945 de 25/06/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados seis bombeiros militares os quais são identificados no texto como (BM1, BM2 e assim sucessivamente). O tempo médio de atuação destes militares no serviço de resgate e salvamento é de aproximadamente quatorze anos e seis meses. Os dados advindos da pesquisa permitiram construir três categorias: a primeira refere-se ao 'papel dos bombeiros militares no atendimento às emergências clínica e traumáticas'; a segunda categoria aborda a 'interface entre o trabalho dos bombeiros militares e o Serviço Móvel de Urgência'; e a terceira e última categoria as 'Ações de organização de um serviço de atendimento pré-hospitalar'.

Categoria 01 – Papel dos bombeiros militares no atendimento às emergências clínica e traumáticas.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, portaria GM nº 2048 capítulo II especifica o atendimento dos Bombeiros Militares em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Esta portaria prevê sua atuação na segurança do local, identificando riscos e facilitando o acesso da equipe de saúde, bem como realizando ações como o suporte básico de vida e procedimentos não invasivos sob supervisão médica direta ou à distância⁵. Com a criação do SAMU, o Corpo de Bombeiros de todas as regiões do Brasil tiveram de passar por um período de transição e adaptação de suas funções, pois anteriormente era a única instituição que prestava o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel pela linha 193, sem ter necessariamente regulação médica^{1,12,13}.

A partir dessa nova legislação o Ministério da Saúde passou a assumir o referido serviço como de responsabilidade da área da saúde com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, ficando os bombeiros militares como coadjuvantes juntamente com os demais profissionais não oriundos da saúde como os policiais militares e agentes municipais de trânsito¹⁴. Assim, como o atendimento passa a ter diferentes atores envolvidos há a necessidade de cada um entender qual é a sua função na prestação do socorro, além de uma sistematização de toda a equipe multiprofissional envolvida.

O Corpo de Bombeiros no município em estudo realiza os serviços de segurança da cena, isolamento de riscos, estabilização de veículos acidentados, facilitando o acesso da equipe de saúde até a vítima e quando necessário presta o Suporte Básico de Vida, os quais são entendidos pelos entrevistados como seu verdadeiro papel, entendendo também a importância da atuação da equipe do SAMU. Porém, mesmo que não sejam atribuições concernentes a sua área de atenção, continuam a atender emergências clínicas sem regulação médica, não conseguindo realizar um suporte adequado para esse tipo de ocorrência. Realizando apenas uma remoção ao hospital mais próximo, tanto pela falta de equipamentos quanto pela inexistência de profissionais de saúde integrantes no Corpo de Bombeiros, observado nos relatos de todos os participantes:

No meu ver as clínicas deveriam ser feitas pelo atendimento das SAMUs, que tem duas ambulâncias na nossa cidade e as traumáticas que no meu entendimento seria assim

Corpo de Bombeiro atende faqueado, baleado, acidente de trânsito [...] (BM1)

Eu acho que a função do Corpo de Bombeiros é dar suporte de atendimento de urgência no local da ocorrência e posteriormente conduzir ao hospital para ter um atendimento clínico. Ou, se o SAMU tiver no local da ocorrência, passar direto pro SAMU que toma essas providências clínicas. E no caso das emergências clínicas? Simplesmente como a gente não é, a gente é socorrista e não técnicos, e não temos o suporte pra emergências clínicas, infelizmente só conduzir a vítima até o hospital (BM2).

No atendimento pré-hospitalar de vítimas em acidentes e casos clínicos (BM3).

Ao meu ver, caso clínico teria que ser com o pessoal responsável, né, que tem um médico junto na equipe. Nós seria mais só pra questão traumática: acidente veicular, preso em ferragem, né? (BM4).

Eu acho que o corpo de bombeiros não, na verdade emergência clínica não contribui muito pela falta de, de um curso preparatório, de ter alguém especializado nessa área pra fazer esse atendimento, né? Traumático ainda a questão de primeiros socorros, a questão de, de atendimento e imobilizações estamos um pouco melhor preparado (BM5)

Bom, eu vejo que o corpo de bombeiros pela própria atividade fim, seria ahm atuar mais direto na, na parte de emergência com trauma, né? Parte de emergência, caso clínico nós pouco podemos fazer né, na verdade. Ahm, preso em ferragem, aquela situação assim que, que o se tu não socorrer o cara até chegar no hospital ali, não dá um, não tiver um conhecimento básico ali pra dá os o suporte básico de vida, o cara vai morrer, né? (BM6).

Pode-se observar que há divergências entre os profissionais, como acontece em algumas capitais onde o Corpo de Bombeiros era a única instituição a prestar o atendimento^{1,14}, evidenciando a não estruturação e a definição de atribuições nos respectivos serviços, no que se refere ao cuidado do usuário em situação de urgência. Entre tantos fatores salientam-se a falta de comunicação e a efetiva definição dos papéis a serem executados, ora sejam, os bombeiros militares, ora seja, a equipe do SAMU, ou ainda, as duas equipes, assumindo papéis distintos, mas que no ato das emergências traumáticas, a integração das ações das duas equipes, é preponderante para a efetividade da assistência.

A eficácia do atendimento pré-hospitalar influencia diretamente nas chances de sobrevivência da vítima. Tendo em vista que os óbitos por trauma ocorrem em três picos distintos: o primeiro em segundos ou minutos após a lesão, o segundo algumas horas após o trauma e o terceiro após 24 horas devido à falência múltipla dos órgãos ou por infecção. Essa situação ainda pode ser agravada quando há o envolvimento de mais de cinco vítimas no local, conhecido como ocorrência com múltiplas vítimas, a qual gera um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento¹⁵. Ressaltando a importância da anteriormente citada “Hora de Ouro”¹, período em que esse atendimento deve ser realizado.

A organização deste serviço deve observar a normalização existente devido ao envolvimento de diferentes atores e a realização de várias ações antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, incluindo o atendimento no local do acidente, no transporte e na chegada ao hospital. Com o desígnio de resolver o problema de saúde ou restabelecer a vítima nos casos clínicos, e no caso dos acidentes de trânsito, ou trauma, além de salvar suas vidas, mantê-las vivas até a chegada a um hospital, diminuir sequelas e por consequência proporcionar melhor qualidade de vida a essas pessoas. Embora o tratamento definitivo não seja realizado no pré-hospitalar, algumas intervenções críticas são realizadas no local da ocorrência, principalmente nas situações mais graves, pela equipe composta de profissionais técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos¹⁶.

Algumas técnicas no atendimento pré-hospitalar devem ser de domínio de todos os socorristas envolvidos, são entendidas como o Suporte Básico de Vida, o qual pode ser realizado não apenas pelos bombeiros, mas também pela Brigada Militar e pelos agentes de trânsito. Essas técnicas correspondem a uma sequência de ações protocoladas (modelo norte americano) que visam evitar sequelas decorrentes de um atendimento inadequado além de manter a vítima com vida, como a desobstrução das vias aéreas, imobilização da coluna cervical, a rolagem da vítima, colocação do *KED (Kendrick Extrication Dispositive)* que é uma maca para retirada da vítima do interior de automóveis, imobilização em maca rígida, imobilização de fraturas e contenção de sangramentos¹⁴.

Para os sujeitos do estudo, a atuação dos bombeiros militares nas emergências está clara e concernente com as formas de organização previstas em

lei. A legislação da forma como está descrita, estabelece de forma adequada a questão das atribuições dos respectivos serviços, contudo, as respostas dos sujeitos do estudo evidenciam que a mesma não é seguida, sendo que essas questões mereceriam a atenção dos gestores de ambas as instituições, para a elucidação das reais atribuições de cada serviço, não com o intento de compartimentar, mas, principalmente, de organizar a assistência de acordo com as especificidades de cada área e, prever, formas de assistência paralela e complementar.

A pesquisa permite entender que há vácuos de gestão em ambos os serviços, principalmente no que se refere à comunicação e o desvelamento das reais atribuições na sua especificidade, conforme está preconizado na legislação. Essa questão de gestão fomenta um impasse, pois os entrevistados atuantes do Corpo de Bombeiros reconhecem que há um serviço pré-hospitalar móvel melhor equipado para o atendimento dos casos clínicos, podendo oferecer melhor resolutividade às necessidades dos pacientes enquanto continuam a atender os mesmos casos em condições inadequadas.

Categoria 2- A interface entre o trabalho do Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Nos últimos anos a necessidade de reestruturação do atendimento pré-hospitalar cresceu muito, por consequência do aumento no número de acidentes e violência urbana contribuindo para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência em saúde e conseqüentemente para o surgimento de vários serviços de atendimento pré-hospitalar, tanto público quanto privado ^{17,18}. O capítulo IV da Política Nacional de Atenção às Urgências considera como nível pré-hospitalar móvel o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, tendo como motivo algum sofrimento de natureza clínica, cirúrgica, traumática e inclusive psiquiátrica, sendo necessário realizar atendimento e transporte adequado. E o divide em primário quando a solicitação for oriunda de um cidadão e secundário quando depois de realizado o primeiro atendimento, um serviço de saúde necessitar de remoção a outro de maior complexidade ¹⁷. Pode-se observar que mesmo sendo previsto tal atendimento, no município em estudo o Corpo de Bombeiros continua realizando este tipo de serviço, como evidencia a fala abaixo:

O SAMU, com certeza poderia atender também as ocorrências que nós atendemos que eu citei as anteriores. Só,

no caso, se tivesse mais de uma ocorrência, porque nós temos só uma ambulância, então eles fariam o papel dos transportes que o pessoal não consegue ir de carro, necessitando de uma ambulância, um acamado que caiu, quebrou a perna, ele não consegue se levantar ele não vai morrer! O SAMU bem que poderia transportar, porque eles têm duas viaturas e nós só uma (BM1).

Esse relato confirma a necessidade de uma regulação médica, neste município, que inclua a todas as instituições envolvidas neste serviço, com profissionais habilitados a discernir a instituição adequada para cada atendimento, como prevê a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Nesse sistema, o atendimento pré-hospitalar agora entendido como atribuição da área da saúde é vinculado a uma Central de Regulação Médica e todas as chamadas por socorro médico de outras centrais devem ser imediatamente retransmitidas à Central de Regulação, sendo que os serviços de segurança e salvamento devem ser orientados pelo Médico Regulador. E ainda nas situações relacionadas às causas externas ou vítimas em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde, reconhecidos formalmente pelo gestor público ¹³.

A política supracitada orienta a regulação médica para todas as equipes de atendimento pré-hospitalar, incluindo a atuação do Corpo de Bombeiros e demais profissionais oriundos da área da saúde ¹⁷. É preciso entender que em uma ocorrência de acidente de trânsito, por exemplo, há mobilização de vários agentes além da equipe de saúde, como policiais militares, bombeiros militares, polícia rodoviária, guardas municipais de trânsito ou até mesmo técnicos do serviço de energia elétrica. Para a efetividade da assistência necessita-se que esses agentes estejam bem preparados e trabalhar em conjunto para assim reduzir o tempo de atendimento melhorando a qualidade do serviço prestado ¹⁴.

No município em estudo essa forma de organização, ainda é incipiente e sem perspectivas imediatas de resolução. O fato é decorrente do distanciamento entre os gestores, os quais não inter-relacionam as equipes em um treinamento conjunto, na qual os profissionais dos Serviços de APH Móvel, oriundos dos serviços da área da Saúde e, outros profissionais (agentes de trânsito, defesa civil, polícia rodoviárias federais e estaduais...), devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais

de Urgência e Emergência ¹⁷. Essas ações permitem que se transcenda ao atendimento isolado, sem interação da coletividade. Os entrevistados reconhecem a necessidade e a importância do estreitamento desta relação como demonstram os relatos abaixo:

Pois além de experiência e aprendizado, ahm pode-se também trocar informações importantes a respeito de atendimentos de ocorrências clínicas e traumáticas, né? Ahm, então eu acho que falta aqui no nosso município um pouquinho mais de, digamos assim de, como é que eu vou te explica, de aproximação em SAMU e Corpo de Bombeiros ou vice-versa (BM2).

Na verdade assim, poderia haver mais trocas de informações e trocas de técnicas e táticas pra poder agregar valores as duas, como é que é, as duas instituições no caso. Teria que haver mais uma relação e troca de trabalhos e troca de experiências entre os dois e técnicas também, seria isso (BM3).

Pelo pouco tempo que eu to no GAE, pelo que deu pra ver que há um relacionamento bom entre o SAMU e os bombeiros, mas, poderia ser melhor. Ao meu ver também teria que trabalhar junto, a equipe sair junto, até pra questão é, de não ir os dois na mesma ocorrência, como já teve acontecido várias vezes, é, tanto nós trabalhando com os bombeiro com, com o SAMU e o SAMU trabalhando com nós (BM4).

O trabalho do SAMU junto com o corpo de bombeiros deveria ser primordial. O atendimento deveria ter um vínculo maior, como os dois possam trabalhar de uma forma, ahm, mais ligado um ao outro, né? Que existe uma convenção para que o trabalho melhorasse em prol da comunidade (BM5).

Bom, eu particularmente eu nunca enfrentei problemas com, com o pessoal que que atua na área do SAMU, mas, ahm, eu isso até por questões assim que são minhas, né? Particulares minhas de, de não, de manter uma política de boa vizinhança, mas é, é um, é um, infelizmente hoje nós, nós enfrentamos um problema (BM6).

Essa troca de valores, de informação, de técnicas e táticas deve ser priorizada para haver um bom trabalho em equipe. Pois, para que o cuidado prestado seja realizado de maneira qualificada é necessário que haja espaço para o diálogo, até mesmo porque a tomada de decisão deve ser uma ação conjunta e quanto mais coesa a equipe, de melhor qualidade é o cuidado. O trabalho em

equipe é uma parte do trabalho coletivo estruturada na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos profissionais, gerando consensos para elaboração de um projeto assistencial comum¹⁴.

Ao observar que no Brasil o atendimento pré-hospitalar é uma área emergente, constata-se a escassez de cursos de capacitação específica neste campo, pois este serviço ainda encontra-se recebendo influência dos modelos norte-americano e francês, sem estabelecer um modelo próprio de atendimento^{13,16}. Para os profissionais de saúde (modelo francês) a qualificação se faz através de cursos de especialização (lato sensu) em emergência ou atendimento pré-hospitalar, atendendo as diretrizes do Ministério da Educação¹⁸. Para todos os profissionais atuantes no APH, utiliza-se a sistemática de atendimento com base no método mnemônico ABCDE do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), adaptado na década de 80 ao atendimento pré-hospitalar pelo PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*), o qual foi trazido dos EUA em 1991 inicialmente pelo Distrito Federal (DF), e adotado por todo o Brasil. Essa sistemática foi traduzida e utilizada pelos então denominados “Socorristas”¹³.

Destarte, verifica-se se a necessidade de elaboração de um Núcleo de Educação em Urgências o qual deve objetivar ser um espaço de saber interinstitucional¹⁷, onde além de formar profissionais capacitados para o atendimento pré-hospitalar especificamente, capacita e habilita continuamente esses recursos humanos para tal atendimento, proporcionando coesão e entrosamento entre as equipes. Essas, por consequência, prestarão um serviço mais dinâmico e melhor qualificado tendo em vista que as ocorrências traumáticas são cada vez mais frequentes diante do crescente aumento da violência¹⁸.

Categoria 3- Ações de organização de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Ao discorrer sobre organização do serviço pré-hospitalar móvel, deve-se observar que as diretrizes para sua implementação, estruturação e financiamento encontram-se na Política Nacional de Atenção às Urgências. Ficando a cargo do estado e município a responsabilidade de coordenar e reestruturar os serviços já existentes de maneira à melhor atender a população¹⁷. Uma vez que no Brasil ainda

existem dificuldades no processo de transição entre os modelos norte americano e francês ¹⁶.

No Rio Grande do Sul, o modelo vigente é o francês, estruturado nas equipes com profissionais de saúde os quais seguem regulação médica, embora o respaldo teórico para a prática deste atendimento é americano, utilizando os protocolos (ATLS e PHTLS) elaborados pelo Colégio Americano de Cirurgiões e pela National Association of Emergency Medical Technicians ^{13,16}. Portanto, além de protocolar e uniformizar o atendimento das diferentes instituições que realizam o serviço, observa-se a necessidade de submetê-las a uma mesma regulação.

Para dinamizar o envolvimento de toda a rede assistencial, tanto a rede pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado) quanto a fixa (unidades básicas de saúde, ambulatórios...) de maneira a complementarem-se é necessário que haja uma regulação médica, gerenciando e organizando os sistemas de referência e contra-referência ¹⁹. Esta regulação médica está baseada na implantação de suas centrais de regulação, as quais estão estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, proporcionando agilidade durante o processo de comunicação com o público, o qual é atendido e redirecionado conforme necessário¹⁷.

O sistema deve integrar as centrais de regulação médica com as demais Centrais de Regulação como, por exemplo, de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, assistência social e outros serviços e instituições como as policiais militares e defesa civil. Porém, a falta de uma regulação médica que envolva a todas as instituições é a maior dificuldade enfrentada no município em estudo, como o observado nos relatos abaixo:

Olha, eu sugiro que faça uma reunião com o Comando dos Bombeiros e profissionais diretores da equipe do SAMU e realmente defina essa regulação, ou seja, atendimentos clínicos com o SAMU e atendimentos de emergência urgência com os bombeiros e SAMU, para que a gente não teja, digamos assim, desperdiçando dinheiro público. De tá as duas equipes de salvamento no mesmo local atendendo um caso clínico, eu acho que isso aí é um desperdício de dinheiro público e também perca de tempo, vamos ser bem sincero (BM2).

É mais ou menos a mesma resposta que eu dei na dois, trabalhar junto. Eu acho que os dois deveriam trabalhar juntos assim como acontece nas grandes metrópoles assim, que sai

SAMU e sai os bombeiro junto, né? Tipo São Paulo lá que faz muito tempo que existe já. Tanto nós poderia ser na área de motorista coisa e tal ali pra ajudar, né? E um médico junto pra atuar nas ocorrências. Por diversas vezes a gente chega é um caso clínico e a gente não pode fazer nada, não pode ministrar remédio não pode fazer nada, né? Então esse é o meu ver, assim eu acho que o certo seria trabalhar junto (BM4).

No corpo de bombeiros fica difícil uma regulação de chamadas, porque criou-se uma cultura com o povo em função do atendimento do corpo de bombeiros ser mais rápido e nem sempre ser o mais eficaz, mas por consequência da rapidez, agilidade no atendimento, essa cultura ao longo do tempo ficou muito grande. Hoje dificilmente se liga pro SAMU, cê lembra sempre o corpo de bombeiros. Então essa regulação é muito difícil para ser feita pelo corpo de bombeiros, deveria então ser passada pra alguém que estivesse melhor preparado, ou preparar os próprios componentes do corpo de bombeiros pra preparar, é pra o atendimento dessas ocorrências, agindo se for o caso e não sendo o caso passando ao SAMU, que estará com equipamento melhor e com pessoas, com técnicos pra atender de forma mais eficaz (BM5).

Tem! E eu acho que a comunicação tem que ser integrada. Sabe, é... Porque é tanto, é numero pra tudo, né, é por ser um, é até por ser tudo, até esses órgãos públicos mas eu to falando mais em relação a área de atendimento hospitalar, que é o nosso, a área, né, juntamente com a saúde e o policiamento ostensivo, no caso a gente até..a gente pode ter um canal pra sincronizar com eles, né, mas principalmente no tocante a acidentes e a atendimento pré-hospitalar, acho que ele deveria ser integrado junto com o SAMU, sabe as ações, não só a comunicação, a comunicação também, mas as ações deveriam ser integradas, mas isso não depende só da gente, tu sabe disso né? (BM6).

É através da Central de Regulação que a regulação médica deve orientar tanto as pessoas, via telefone, quando o deslocamento de uma viatura for desnecessário, quanto as ações de todas as equipes envolvidas no atendimento pré-hospitalar. Para isso, utiliza unicamente a leitura criteriosa que o socorrista faz da cena do acidente e da avaliação da vítima, verificando a necessidade ou não da presença de um médico, ou de outras equipes de apoio no local da ocorrência ¹⁶.

Portanto, o atendimento pré-hospitalar móvel deve estar vinculado a uma central de regulação de urgências e emergências de fácil acesso ao público, por via telefônica em sistema gratuito. E inclusive a normatização prevê a utilização de outro

número exclusivo para saúde caso o número nacional de urgências médicas 192 não for tecnicamente possível¹⁷. Ratificando as sugestões dos entrevistados abaixo:

Eu acho que deveria ser criado um telefone, um 0800 com o ramal, no caso dos n.ºs telefônicos xxxx, yyyy, zzzz, que abrange a cidade de, pra cai aqui as chamadas e não em Porto Alegre, o caso que demora. É isso aí que teria que ser feito (BM1).

Teria que cair num, a chamada teria que cair dentro da própria cidade, teria que haver uma regulação para o um nove dois (192) e um nove três (193) que já é na própria cidade, um número específico pra cidade – entrevistadora: no caso tipo um CIOSPE assim, uma central – é digamos isso. Teria que cair na cidade e não na capital, né, que todas as chamadas vão até a capital. Teria que ter cada cidade a sua, seu número direto (BM3).

Observando a situação ora vivenciada pelos profissionais atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel do município em estudo, constata-se a necessidade urgente de uma reorganização deste serviço, pois mesmo com a existência de recursos e com uma legislação vigente, a população está sendo prejudicada devido à dificuldade de articulação entre os agentes disponíveis. Causando a impressão de falta de gestão do setor saúde no município em estudo, pois a central de regulação existente é utilizada apenas pela instituição do SAMU, não incluindo as demais instituições atuantes no referido serviço.

As Centrais de Regulação podem atuar em todas as áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, etc¹³. Seu aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico dependerá, entre outros, de sua área de abrangência¹⁹. As internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade são classificadas em Central de Regulação de Urgência¹⁷, Central de Regulação de Internações, Central de Regulação de Consultas e Exames¹⁹. Abrangendo a área geográfica de cobertura assistencial, podendo ser: nacional, estadual, regional, municipal ou distrital¹⁹. Cabe ao gestor público a elaboração de projetos que envolvam todas as unidades de trabalho e recursos assistenciais disponíveis.

Ressalta-se, para fins desta pesquisa, que as Corporações de Bombeiros independentes ou vinculadas às Polícias Militares, as Polícias Rodoviárias e outras organizações da área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme Regulamento Técnico já mencionado¹⁷. Estes setores, de Saúde e de Segurança Pública, devem proceder de maneira a favorecer ações integradas. Pois, ao decorrer das emergências por causas violentas e outras que necessitem de Resgate verifica-se que o APH depende da Segurança Pública como o contrário, tanto no sentido de apurar os fatos e realizar atividades de prevenção dos eventos, quanto para dar continuidade de assistência à vítima¹⁶. Comprovando a importância da coesão desse sistema, do trabalho em equipe e da participação fundamental do gestor, neste processo de adaptação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que o atendimento pré-hospitalar móvel no município em estudo encontra-se em processo de transição, assim como aconteceu inicialmente nas principais capitais do Brasil, onde o referido serviço era realizado há muitos anos unicamente pelos Corpos de Bombeiros Militares. Para os profissionais participantes, atuantes no serviço de APH da instituição supracitada, a realização dos serviços de segurança da cena, isolamento de riscos, estabilização de veículos acidentados e prestação do Suporte Básico de Vida, caracterizam as ações ideais incumbidas ao Corpo de Bombeiros, o qual está descrito nas portarias que regem o modelo de assistência atual, a qual define tal serviço como responsabilidade do Setor Saúde.

Porém, verificou-se que a inter-relação entre as instituições que realizam o APH não está acontecendo de maneira satisfatória, faltando entrosamento e coordenação entre os referidos atores. Essa falta de comunicação prejudica diretamente a sociedade que, por falta de gerenciamento dos recursos humanos e materiais, acaba por não obter resolutividade do seu problema de saúde e nem continuidade da assistência.

Assim sugere-se a elaboração de um Núcleo de Educação em Urgências, com vistas a incluir todas as instituições, objetivando além da formação profissional, a capacitação permanente para o atendimento pré-hospitalar especificamente,

habilitando continuamente esses recursos humanos para tal atendimento, proporcionando então, coesão e entrosamento entre as equipes. Evidenciando também, a necessidade de incluir a área de Segurança Pública junto a Central de Regulação, com base no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Organizando, conforme os recursos humanos e materiais disponíveis, a demanda das chamadas de urgência e emergência do referido município.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2008000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/02/2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>.
2. Mercadante AO, Schechtman A, Cortes BA *et al.* Evolução Das Políticas E Do Sistema De Saúde No Brasil. Caminhos da Saúde Pública no Brasil 2002, capítulo 3, pág 236-313. Editora Fiocruz.
3. Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 58, n. 3, Jun 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União 2001.
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. – 3. Edição ampliada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).
6. Estado do Rio Grande Do Sul (RS). Texto constitucional de 3 de outubro de 1989, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1991, a 63, de 2011.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.
8. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2007.
9. Yin Rk. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman. 2005.
10. Triviños AN. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): 1996.

12. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº. 5.055. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 27 abr.
13. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 56, n. 1, Feb. 2003.
14. Pereira WAP, Lima MADS. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009 .
15. Simoes RL. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, June 2012.
16. Pereira WAP, Lima MADS. A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Ciência Cuidado Saúde. 2006;5(2):127-34.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002.
18. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008 .
19. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ANEXOS

Anexo A - Preparo dos Manuscritos para submissão a Revista de Enfermagem da UFSM – REUFSM ISSN 2179-7692

Os trabalhos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003, fonte Trebuchet MS 12, espaçamento duplo em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Quanto a redação

Redação 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 ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções 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.

Estrutura do manuscrito

Títulos

Título do artigo (inédito, conciso em até 15 palavras, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações) nos idiomas português (Título), inglês (Title) e espanhol (Título). 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.

Título de seção primária e resumo - maiúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESULTADOS.

O abstract e resumen em maiúsculas, negrito e itálico. Ex.: *ABSTRACT*; *RESUMEN*.

Título de seção secundária - minúsculas e negritas. Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Resumo

Conciso, em até 150 palavras nos três idiomas, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract) e para o Espanhol (Resumen), começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve ser estruturado separado nos itens: objetivos, método, resultados e considerações finais ou conclusões (todos em negrito). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem.

Descritores

Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou Medical Subject Headings – MESH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Cada descritor utilizado será apresentado com a **primeira letra maiúscula**, sendo **separados por ponto e vírgula(;)**.

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-clave.

Usar: Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente em português, inglês e espanhol.

Introdução

Deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Método

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. Quanto à literatura, sugere-se a utilização de referências majoritariamente de artigos e atualizadas (dos últimos cinco anos) e sugere-se, ainda, utilizar artigos publicados na REUFSM.

Conclusão ou Considerações Finais

As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

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 espaço** e sem mencionar o nome dos autores.

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que... 1-4

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que... 1,4,5

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, em sobrescrito. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes "[...]" Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: "[...] 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 e após o ponto. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações

Poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco ou colorido, conforme as especificações a seguir:

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, 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. 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. Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUFMS, 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 elaboradas no programa Word ou Excel e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc.

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.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

Referências

A REUFMS 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).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o **Estilo Vancouver**.

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*".

- 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.

- Com relação à **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*.

- Alguns periódicos, como no caso da REUFMS, só possuem publicação online, sendo necessário que sua referência seja sempre organizada conforme exemplo de "**Artigo de revista em formato eletrônico**".

EXEMPLOS:

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 Latinoam Enferm*. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, 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):131-5.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). 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. Kardiologija. 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. 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 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar (Jr, 2nd, 3rd, 4th...)

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.

Obs.: Se brasileiros, o grau de parentesco deve ser acrescentado logo após o sobrenome. Ex.: Amato Neto V.

8 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.

9 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.

10 Fascículo com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

11 Volume em parte

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

12 Fascículo em parte

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

13 Fascículo sem volume

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

14 Sem volume e sem fascículo

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

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. Retratação de: 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 Latinoam Enferm. 2007 nov-dez;15(6):1072-9. Errata en: Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2009;43(1). Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. Texto Contexto Enferm. [internet] 2010 Mar [acesso em 2010 Jul 1];19(1): 54-63. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt)

[07072010000100006&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt) doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo (In press)

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.

J Bras Pneumol.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

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, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 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 Trabalho apresentado em evento e publicado em periódico

Imperiale AR. Obesidade, carne, gordura saturada e sedentarismo na carcinogênese do câncer do cólon. II Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer – GANEPÃO; 2006 maio 24-27; São Paulo, BR. Anais. (Rev bras med. 2006;63(Ed esp):8-9).

15 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 161 p.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007. 178 p.

Obs.:

Para Mestrado [dissertação], Tese de doutorado [tese], Tese de livre-docência [tese de livre-docência], Tese PhD [PhD Thesis], para Especialização e Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. Ao final da referência podem ser acrescentados o grau e a área do conhecimento. Ex.: Especialização em Gestão de Pessoas.

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. [internet] 1999 [acesso em 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>.

Material eletrônico

1 Artigo de revista em formato eletrônico

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

2 Matéria publicada em site web

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

3 CD-ROM e DVD

Bradshaw S. The Millenium goals: dream or reality? [DVD]. London: TVE; C2004. 1 DVD: 27 min., sound, color, 4 3/4 in.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

*As expressões contidas nas referências que determinam a edição e o tipo de material devem ser registradas na língua do artigo original. Por exemplo: 2ª ed., 2nd ed., [dissertation], [review].

*Para os autores nacionais, o acesso ao documento eletrônico é registrado com a expressão entre colchetes [acesso em...], seguida da data de acesso em formato ano, mês e dia e o endereço eletrônico antecedido de “Disponível em:”

* Para os autores estrangeiros, indica-se a seguinte estrutura [cited 2009 Feb 13] e o endereço eletrônico antecedido da expressão “Available from:”

*As datas são sempre no formato ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram informadas quando necessário.
4. O texto está em espaço duplo, em todo o manuscrito; usa a fonte Trebuchet MS de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares](#).