

# **Centro de Informação Científica e Tecnológica GHC-FIOCRUZ**

**Maria Luísa Ávila Pilagatti**

O que os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Porto Alegre consideram como situação de risco e/ou violenta?

**Porto Alegre  
2008**

**O que os profissionais do Serviço pré-hospitalar Móvel de Urgência do Município de Porto Alegre consideram como situação de risco e/ou violenta?**

**Projeto de Pesquisa apresentado  
Como Requisito Parcial à Obtenção de título de  
especialista em Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde  
Centro de Informação Científica e tecnológica  
Grupo Hospitalar Conceição  
Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ**

**Orientadora: Heloísa Helena Rousselet de Alencar**

**Porto Alegre  
2008**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .. .. .</b>	<b>05.</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA E REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>06</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>19</b>
<b>6 ORÇAMENTO .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>

## INTRODUÇÃO

O presente projeto pretende investigar as situações consideradas como violentas e /ou de risco pelos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de urgência do Município de Porto Alegre. O mesmo tem como finalidade o cumprimento de um dos requisitos para conclusão e obtenção do Título de Especialista do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, promovido pelo Grupo Hospitalar Conceição e FIOCRUZ.

A vontade de saber o que os profissionais do SAMU pensam acerca do que é perigoso em suas atividades, surgiu após a autora ter presenciado algumas situações que no seu entender podem ser de risco para a equipe. Torna-se bastante rico obter a resposta de todas as categorias profissionais envolvidas em um serviço pré-hospitalar móvel, uma vez que o ângulo pelo qual é visto modifica conforme inúmeras variáveis, desde a experiência de vida até o local em que a pessoa se encontra quando participa de alguma missão no SAMU.

Diante disto, elaborou-se um projeto no qual serão feitas perguntas abertas, àqueles que concordarem em participar, a fim de elaborar um plano para o que é considerado violento e/ou de risco no desempenho das atividades no SAMU. Catlette (2005) menciona que existe um manual denominado OSHA guidelines, desenvolvido para proporcionar informação às organizações de cuidado de saúde em como conduzir um trabalho e estabelecer um programa de prevenção da violência. Após a coleta dos dados oriundos das entrevistas pretende-se utilizar este material para confrontar o que o profissional do SAMU considera violento com o que está exposto no guia preventivo, visando utilizar as idéias que forem compatíveis para a elaboração da sugestão de medidas preventivas.

Espera-se poder auxiliar a Coordenação do SAMU na elaboração das medidas preventivas a partir do exposto e sugerido pelos profissionais deste serviço, pois desta forma acredita-se que o maior beneficiado será o usuário, uma vez que poderá contar com pessoas sentindo-se mais apoiadas nos quesitos que não consideram seguros.

## **1 OBJETIVO GERAL**

- a) Identificar as situações consideradas como de risco ou violentas pelos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Município de Porto Alegre/RS, durante o atendimento pré-hospitalar móvel, a fim de analisar o quanto estas podem interferir na dinâmica do serviço e nas práticas de seus agentes.

## **2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Compreender as várias faces que a violência adquire no âmbito do SAMU, identificando qual é a contribuição das mesmas para a satisfação no trabalho.
- b) Identificar as situações consideradas como de risco ou violentas passíveis de terem seus riscos reduzidos através de protocolos e rotinas de manejo.
- c) Identificar se as situações relatadas pelos profissionais de saúde ocorrem em proporção significativa em relação aos atendimentos em geral;
- d) Identificar junto às telefonistas auxiliares de regulação médica, aos rádios-operadores e aos reguladores as dificuldades em detectar as situações de risco
- e) Identificar junto aos entrevistados que medidas poderiam reduzir os riscos nas situações difíceis e violentas

### **3 JUSTIFICATIVA E REVISÃO DA LITERATURA**

A idéia deste projeto deve-se ao fato de serem pouco abordadas, teoricamente, as situações de risco e de violência durante atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência. A maioria das referências bibliográficas refere-se a estudos em emergências hospitalares. Considerando-se que a autora labora no Serviço de Assistência Móvel de Urgência de Porto Alegre (SAMU), despertou-lhe a curiosidade de questionar qual é o significado de situações de risco e violência para os seus colegas do serviço pré-hospitalar móvel, durante o desempenho de suas atividades.

A partir da leitura de Hislop (2002), pensou-se qual seria a importância de definir os termos violência e risco, pois os mesmos, no mencionado trabalho, definem os termos agressão e violência em virtude de estes serem comumente utilizados alternativamente na literatura. Porém, como no Projeto em voga o objetivo é o de saber aquilo que os profissionais pensam decidiu-se por não efetuar nenhum tipo de definição.

A finalidade de realizar a pesquisa entre os profissionais que trabalham no SAMU é a de buscar respostas sobre como as situações de risco e de violência podem impedir o profissional de desempenhar as funções a que se propõe bem como a incidência com que elas acontecem. Além disso, oportunizará a proposição de medidas para minimizar os efeitos das mencionadas situações, podendo servir de base aos administradores da área da saúde para repensarem as políticas e programas de atenção ao serviço pré-hospitalar móvel de urgência.

A Portaria MS/2048 (2002) define como Serviço pré-hospitalar móvel de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Na Constituição Brasileira de 1988, nos artigos 196 a 200, estão elencados conceitos, princípios e a forma de organização da saúde, onde encontram-se normas que prevêm a criação do SUS, sistema descentralizado, com um comando único em cada esfera governamental, com atendimento integral e com a participação da comunidade.

Em setembro de 1990 houve a promulgação da Lei nº. 8.080 - Lei Orgânica da Saúde. A referida Lei reafirma os princípios e diretrizes do SUS como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a eqüidade, a integralidade da assistência, a participação dos cidadãos, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, a descentralização político-administrativa, a complementaridade do setor privado, aptidão do sistema para a resolutividade dos problemas de saúde que levaram o cidadão a buscar atendimento (Ministério da Saúde 2006 ).

Os atendimentos de urgência/emergência, áreas de enfoque do presente projeto, também estão inseridos no SUS. Em função do baixo investimento em atenção a medidas preventivas de saúde, as portas das emergências continuam sendo as primeiras a serem procuradas. O atendimento prestado ao cidadão continua sem foco em suas necessidades e os casos agudos de menor complexidade permanecem sem atendimento na atenção básica, este fluxo desencadeia em um atendimento insuficiente para os casos agudos de média complexidade, resultando em emergências lotadas (Ministério da Saúde 2006 ).

Em função disso, os pacientes procuram os serviços de maior complexidade para os atendimentos de urgência, sobrecarregando-os e evidenciando as deficiências estruturais do SUS. Associado a este quadro estão os recursos humanos disponíveis, os quais não possuem habilitação adequada para o atendimento das urgências. Este quadro pode ser visto na demanda de pessoal para estas áreas, pois em função de não existir formação específica e de ser uma área pouco reconhecida, a contratação acaba por ser pouco qualificada (Ministério da Saúde 2006 ) .

A Portaria GM/MS n°. 2.923, publicada em junho de 1998 e a Portaria GM/MS n°. 479, publicada em abril de 1999 antecederam a política de atenção às urgências, sendo essa mais recente que a criação do SUS. A primeira Portaria, dentre outros investimentos, determinou os que seriam designados a Assistência Pré-hospitalar Móvel. Por sua vez, a segunda valorizou o valor financeiro das internações, para os hospitais habilitados, realizadas dentro de uma lista pré-determinada de procedimentos considerados de urgência (Ministério da Saúde 2006).

Em abril de 2000, foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), a partir do qual foram tomadas algumas medidas, dentre elas um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais, resultando daí a revisão da Portaria GM/MS n°. 824, de junho de 1999 dando origem à Portaria GM/MS n°.814, de junho de 2001. Foi também elaborada a Portaria GM/MS n°. 2.048, onde estabelece-se o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, publicado em novembro de 2002 (Ministério da Saúde 2006 ).

Esta última Portaria estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas, critérios de funcionamento, estabelece a classificação e cadastramento dos hospitais de urgência e determina a criação das coordenações do Sistema Estadual de Urgências .

Em 2003, publicada a Portaria GM/MS n°. 1863, na qual consta a “Política Nacional de Atenção às Urgências”, onde há a incorporação de novos conceitos e revisão de outros já bastante conhecidos. A mesma prevê a interligação das redes de atendimento, considerando-se o componente pré-hospitalar fixo, o pré-hospitalar móvel, o componente hospitalar e o pós-hospitalar (Ministério da Saúde 2006 ).

Posteriormente, em 29 de setembro de 2003 com a Portaria GM/MS n°.1.864, é instituído o componente pré-hospitalar móvel na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em

Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Além disso, a mesma portaria, dentre outras coisas, estabelece os parâmetros de estruturação dos Serviços acima mencionados, os pré-requisitos para inclusão no programa, as diretrizes gerais para a estruturação e funcionamento dos comitês gestores, nos vários níveis de governo (Ministério da Saúde 2006 ).

O atendimento fora do ambiente hospitalar teve sua origem em 1792, quando os soldados de Napoleão acometidos em combate eram atendidos no próprio campo de batalha. Porém, as ambulâncias medicalizadas foram utilizadas para os atendimentos extra-hospitalares pela primeira vez em Nova York, no final do século XIX; tendo posteriormente os franceses incorporado o conceito de regulação médica (Ministério da Saúde, 2006).

No Brasil, utiliza-se o conceito de regulação médica a partir do atendimento pré-hospitalar francês, o qual teve legislação publicada em 1986, ou seja, após mais de 50 anos de existência do SAMU francês. Lopes (1999) menciona que o modelo francês foi o que deu início ao atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil, oriundo de um acordo bilateral entre este e a França, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde brasileiro. Conforme o mesmo autor, em São Paulo, após anos de estudos e pesquisas foi criado, em 1988, o Projeto Resgate ou SAMU, chefiado por um capitão médico, visto que estava vinculado ao Corpo de Bombeiros.

Porém, o Ministério da Saúde (2006) informa que a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ocorreu no início da década de 90, com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França. Acredita-se que exista um pequeno desacerto nas datas, pois a origem e a base referenciadas são as mesmas.

A criação da RBCE foi estimulada pela estruturação de alguns SAMUs como o de Porto Alegre, do Vale do Ribeira e de Campinas. A partir de 1995 organizaram-se discussões sobre a atenção às urgências; a Resolução nº. 1.529/98

do Conselho Federal de Medicina e as Portarias, anteriormente mencionadas, tiveram origem a partir do trabalho do grupo que formava a RBCE.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o SAMU, serviço que constitui-se numa importante ligação entre os vários níveis de atenção do Sistema, atende as solicitações dos cidadãos que possuem um comprometimento agudo à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica a partir do contato telefônico gratuito. O atendimento inclui desde um aconselhamento médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida.

O SAMU possui uma Central de regulação médica do sistema de urgência, da qual fazem parte da equipe: o médico regulador, o telefonista auxiliar da regulação e o rádio - operador. Já nas ambulâncias, que devem obedecer às normas da ABNT-NBR 14561/2000, de julho de 2000, estão presentes os seguintes profissionais: enfermeiro, médico e motorista nas ambulâncias de suporte avançado, e técnico e/ou auxiliar de enfermagem nas ambulâncias de suporte básico (Ministério da Saúde 2006).

No SAMU de Porto Alegre utilizam-se três tipos de veículos para prestar socorro ao indivíduo, uma ambulância com suporte básico de vida, uma com suporte avançado e um veículo de suporte à ambulância básica. Na primeira são realizados procedimentos não invasivos, já nas outras duas modalidades as ações podem ser invasivas, no que tange ao aparelho ventilatório e circulatório.

As centrais SAMU têm a sua estrutura e operacionalização definidas pela Portaria GM/MS n.º. 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Já a Regulação médica das urgências encontra-se na Portaria GM/MS n.º. 2.048, de 2002 .

Após este breve relato acerca da origem do SAMU abordar-se-á a questão da violência, tema central desta pesquisa, a qual adquire visibilidade e constância nos serviços de emergência Deslandes (2000), visto que na área da saúde é a porta de entrada para o atendimento Holleman (2006). Pode-se dizer, então, que o serviço pré-hospitalar móvel torna-se a “porta aberta” no Sistema de Saúde (Pereira e Dias,

2006), pois o acesso se dá na intimidade dos indivíduos, uma vez que se vai até os mesmos.

Os impactos da violência são universais e considerando-se o tipo de atendimento prestado nas emergências, concorda-se quando Deslandes (2000) diz que é um modelo de atendimento que despersonaliza, ignora e coisifica o usuário; o processo de trabalho impõe sofrimento aos trabalhadores e clientela podendo chegar ao confronto corporal em casos de oposição, além da presença de preconceitos e estigmas sociais que podem ser utilizados como critérios subjetivos para a qualidade do atendimento prestado. Os trabalhadores de emergência estão sob o risco de serem afetados por atos de violência, principalmente por ser um ambiente acessível a todos (Holleman, 2006).

A equipe de saúde que trabalha em uma ambulância entra em contato com os pacientes nas mais diversas circunstâncias e situações, bem como o cuidado é prestado nos mais variados locais; há momentos em que a condição crítica do paciente requer uma prontidão no ato (Suserund et. al., 2002). O profissional de um serviço pré-hospitalar móvel de urgência enfrenta ambientes tantas vezes inóspitos e perigosos, bem como locais de difícil acesso; além de confrontar-se com as mais variadas reações da clientela e seus pares quando não existe a possibilidade de entendimento do que está ocorrendo ou há origem de caos, gerando um tumulto social.

Há alguns anos a violência contra profissionais da saúde restringia-se àqueles que cuidavam de pacientes psiquiátricos; hoje, porém, é comum observar manifestações agressivas no setor de emergência (Deslandes, 2000).

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel pode ser crucial para a determinação da taxa de mortalidade e morbidade das vítimas de trauma. Neste tipo de atendimento busca-se realizar todas as ações possíveis e que poderão beneficiar o paciente antes de sua chegada a um hospital.

Na mencionada Portaria MS/2048, a única referência acerca de cuidado com fatores de risco para a equipe, é que a mesma contará com ações pactuadas,

complementares e integradas de outros profissionais não oriundos da saúde, tais como: bombeiros militares, policiais militares e rodoviários, nos momentos em que houver necessidade em função de causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso. Algumas das ações destes profissionais serão: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais, tais como: incêndio, materiais energizados, produtos perigosos obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Considerando-se que no SAMU trabalha-se com um grande número de informações, inúmeras vezes torna-se difícil averiguar a veracidade das mesmas e inviabiliza-se a chamada de um dos Serviços que podem dar um suporte de Segurança à equipe. Desta forma, as equipes podem ser colocadas em situações de risco, expondo os profissionais, bem como inviabilizando o próprio atendimento ou dificultando o envio correto do meio para a ocorrência. Vendo-se a questão da violência de forma ampla, poder-se-ia acrescentar o uso inadequado do serviço como uma manifestação sociopática e de um potencial expositor das equipes de saúde.

Pode-se supor, preliminarmente, que existam situações de intervenção que estejam repletas de riscos e possibilidades de violência. Então, pensou-se em focar neste projeto a análise do que os profissionais consideram como agressores à sua integridade física, moral e profissional com o intuito de propor medidas alternativas para as questões encontradas.

Lancman et al.(2007) menciona que os impactos da violência geram desmotivação, depressão, raiva, etc. no nível individual; já no nível social acarreta o custo da reabilitação para reintegração das vítimas, custos da deficiência e invalidez, etc. além da possibilidade de comprometimentos dos projetos profissionais em função da vivência com a violência.

Stato (2002) e Seligman-Silva (1997) mencionam que profissionais do setor público ficam ainda expostos à deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público, e a responsabilização deles pelas deficiências dos serviços e por possíveis crises das instituições públicas.

Cezar e Marziale (2006) menciona que em função de existirem situações violentas em hospitais e centros de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos, Organizações como a OIT (Organização Internacional do Trabalho), OMS (Organização Mundial da Saúde), o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e Internacional de Servicios Públicos (ISP) traçaram diretrizes com o fim de auxiliar os profissionais da área da saúde a combaterem as manifestações de violência a que ficam expostos.

No mesmo trabalho, os autores dizem que a violência a que ficam expostos os trabalhadores da área da saúde se estende para a qualidade da assistência prestada. Os trabalhadores que estão mais vulneráveis à maior incidência dos delitos de violência são aqueles que trabalham no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, como médicos, enfermeiros; no nosso meio pode-se acrescentar os motoristas e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Zapparoli e Marziale (2006) realizaram um estudo em um Serviço hospitalar móvel de urgência, de uma cidade do interior de São Paulo, no qual buscavam identificar o risco ocupacional a que estão expostos os profissionais das equipes das unidades de suporte básico e avançado de vida. Os mesmos demonstraram que o tema violência é um fator de risco do trabalho de pré-hospitalar. Os entrevistados consideraram a violência como preocupante no trabalho de pré-hospitalar móvel, alguns descreveram terem sido assaltados durante o desenvolvimento de suas atividades profissionais, ter havido extermínio de paciente dentro da ambulância e de que a polícia, muitas vezes, chega ao local da ocorrência após o SAMU. Deslandes (2000), também considera como uma constante o risco profissional e pessoal das equipes que trabalham em urgência/emergência.

Diante da vulnerabilidade em que podem se encontrar os profissionais do SAMU de Porto Alegre, quando existe uma situação de violência instalada no local em que o atendimento será prestado, será que estes trabalhadores expostos a agressões, tanto física, quanto psicológica podem optar entre proteger-se ou atender a quem chamou? Considerando-se o que Costa et. al. (1998) menciona que signifique autonomia, ou seja, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que,

dentre outras coisas, afetem a sua integridade físico-psíquica; que a pessoa autônoma é livre de coações internas ou externas para escolher as alternativas que lhe são apresentadas estariam estes profissionais podendo ser autônomos em suas decisões profissionais?

No Brasil, as pesquisas sobre violência no trabalho são pouco desenvolvidas, Santos Junior e Dias (2005) relatam que não há consenso sobre o que vem a ser violência no trabalho; atribuem as agressões sofridas por médicos, em um Posto de Saúde estudado, ao fato de o mesmo estar localizado nas proximidades de uma favela, onde existe comércio de drogas e assaltos à luz do dia. Em Porto Alegre enfrenta-se situação bastante semelhante, porém com um agravante: os trabalhadores do SAMU entram na favela e nos becos da mesma para atender as pessoas que estão necessitando do Serviço, e nos casos em que há violência entre os moradores das favelas, o confronto, muitas vezes, ainda está ativo quando a equipe do SAMU chega para atender.

No mesmo estudo, os autores, perceberam que as agressões relatadas podem ser classificadas como leves, porém ressaltam a importância de tomar medidas preventivas, uma vez que na seqüência de agressões leves seguem-se as graves e fatais. A prevenção tem que considerar o profissional de saúde, o processo de trabalho e a comunidade como um todo. Além disso, há necessidade de avaliar a situação de outros profissionais que trabalham mais expostos, tais como enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Os profissionais da saúde estão acostumados a orientar formas de prevenção, ou seja, a possibilidade de antecipar uma decisão sobre um fator de risco, nas mais variadas áreas. Porém, quando trata-se de pensar medidas protetivas, para contornar possíveis reações de violência contra os mesmos, esquecem-se de aplicar o princípio utilizado na clínica. Tintinalli (1993) menciona que os trabalhadores de pré-hospitalar deveriam estar familiarizados com métodos que pudessem assegurar a sua própria segurança, limitando a conduta do paciente e controlando a violência quando esta se apresenta.

No atendimento pré-hospitalar móvel de urgência o profissional fica bastante vulnerável, bem como não existe uma rotina de prevenção para as situações de violência, pois, muitas vezes, quando ela ocorre, não há como sair de cena. Em alguns casos toma-se uma atitude não prevista em protocolo, a fim de que se possa escapar ileso. Nos momentos em que não é possível solicitar auxílio da regulação médica, em função de o atendimento exigir uma resposta imediata, como diz Lancman et al.(2007) o elemento mais desenvolvido é a inteligência de sobrevivência.

Na legislação e protocolos existentes não há previsão para resolver situações-problema. Apenas encontra-se referência sobre condutas a serem praticadas em determinadas situações, porém as mesmas referem-se aos pacientes; inexistindo qualquer abordagem quanto ao aspecto do risco profissional.

Engüin e Karadakovan, (2005) consideram que a violência nos serviços de saúde pode ocorrer de diferentes formas, ou seja, pode ser: violência física ou verbal, perda de dias no trabalho, restrição das atividades laborais e troca de trabalho em função dos riscos expostos. Sullivan, (1999) menciona que as emergências são consideradas locais de trabalho bastante perigosos, visto que a possibilidade de o profissional ser agredido se dá tanto a partir do paciente, quanto do seu familiar, bem como, do colega de trabalho E para os profissionais do SAMU-POA, o que vem a ser violência e/ou fator de risco durante a sua prática profissional? Eles estão preparados?

#### **4 METODOLOGIA**

Considerando-se que o objetivo desta pesquisa é o de identificar o que os profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) da prefeitura municipal de Porto Alegre pensam acerca do que vem a ser violência e/ou situações de risco a que estão expostos, durante as suas atividades laborais, a idéia inicial é de evitar as definições dos termos em questão.

Será utilizada a metodologia do tipo qualitativa, visto que esta busca o detalhamento de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Além de viabilizar a percepção dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo e como o compreendem. Dentre os métodos, que se costuma empregar em pesquisa qualitativa, será utilizada a entrevista semi-estruturada, uma vez que são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada. (Pope e Mays, 2006).

O método de amostragem empregado será o de quotas, a partir de critérios previamente estabelecidos entre os diferentes grupos de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de urgência da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, ou seja, grupo de auxiliares de enfermagem, de enfermeiros, de médicos, de motoristas, de técnicos de enfermagem e de telefonistas.

Optou-se por abranger todas as categorias com o intuito de obter-se uma resposta mais ampla do que é considerado uma situação violenta, bem como das medidas que consideram relevantes a serem tomadas para os casos que identificarem como de risco e/ou violentas. A amostra não terá um número mínimo, visto que em pesquisa qualitativa o tamanho da mesma não é determinado por regras difíceis e inflexíveis (Pope e Mays, 2006). Pensa-se em entrevistar todos os profissionais que aceitarem participar da pesquisa, utilizando-se como demarcador do tamanho da amostra que exista, pelo menos, 25% dos profissionais de cada categoria.

A pesquisa contará, também, com a característica a aderência voluntária dos profissionais envolvidos, principalmente para viabilizar a escuta da vivência dos profissionais do SAMU; uma vez que para cada um, em função de suas experiências pessoais e da forma como observa o mundo, violência e situação de risco podem ser conceituados de forma bastante diversa. Embora, possam existir respostas muito semelhantes devido ao senso comum do que é considerado violência e/ou fator de risco.

Previamente, ao início da pesquisa obter-se-á o consentimento, devidamente esclarecido, do entrevistado, além da autorização da Gerência do Serviço e da liberação pelo Comitê de Ética do HPS (Hospital de Pronto Socorro). Além disso, serão fornecidos todos os esclarecimentos que o entrevistado julgar necessário e explicados os objetivos, riscos, benefícios e como será a participação do entrevistado na pesquisa.

Serão abordadas as seguintes perguntas:

O que você considera como situação de risco e/ou violenta durante o desenvolvimento de suas atividades profissionais no SAMU ?

Que medidas você considera importantes a serem tomadas para as situações de risco e/ou violência que você citou?

As entrevistas serão realizadas, preferencialmente, fora do horário de trabalho; porém se as mesmas forem efetuadas durante o período de trabalho, somente serão consideradas aquelas que puderem ser concluídas, visto que durante as mesmas o entrevistado poderá ter que prestar atendimento a algum cidadão de Porto Alegre. As mesmas serão gravadas, em um ambiente privado, escolhido conforme o local em que serão realizadas, visto que os profissionais não exercem suas atividades no mesmo ambiente.

Em primeiro lugar, serão realizadas as entrevistas com aqueles profissionais que tiverem disponibilidade de comparecerem fora do seu horário de trabalho, posteriormente serão realizadas as entrevistas possíveis no turno de trabalho. As mesmas serão efetuadas pela própria pesquisadora, utilizando-se gravação com posterior transcrição das respostas.

Os dados obtidos, no que tange as situações consideradas de risco e/ou violentas serão categorizados conforme a área em que poderá afetar o trabalhador, ou seja, no nível individual, social, institucional e danos adicionais em função de possível trauma sofrido. As sugestões para contornar os problemas evidenciados também serão categorizadas conforme a sua relação com cada situação de risco e/ou violenta correspondente.

Posteriormente, será feito um cruzamento dos dados obtidos com aqueles observados nas referências bibliográficas utilizadas e a partir daí a elaboração de sugestões preventivas e de possibilidades de resolução para os pontos identificados como situações de risco e ou violentas que são previsíveis e imprevisíveis.

Além disso, pretende-se fazer um levantamento bibliográfico de artigos que tratem da violência a que profissionais da saúde podem sofrer durante o desenvolvimento de suas atividades em um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. Os documentos serão obtidos por meio eletrônico, no localizador uniforme de recursos (URL) da Bireme, utilizando-se os diretórios vinculados à área da saúde, tais como: Scielo, Lilacs e Medline. Objetiva-se com isto identificar pontos em comum entre os temas da pesquisa em questão com o encontrado na bibliografia, bem como averiguar as alternativas para proteger os profissionais, já empregadas em outros locais. Utilizar-se-à palavras-chave como: unidades móveis de emergência, atendimento de emergência pré-hospitalar, serviço de emergência médica, violência e profissionais da saúde, emergência e violência, etc.

O trabalho em questão poderá identificar situações que muitas vezes passam despercebidas durante o transcorrer dos dias de trabalho, muitas vezes por acomodação, outras por desestímulo de que a identificação de problemas não é algo positivo e de que não será dado nenhum direcionamento para os mesmos.

## 5 CRONOGRAMA

A pesquisa em questão, após o aprovação do Projeto, seguirá o cronograma abaixo:

<b>Atividade</b>	<b>Tempo a ser utilizado (em meses)</b>
Coleta de dados	02 meses
Complementação da Rev. Bibliográfica	01 mês
Avaliação dos dados obtidos	02 meses
Redação do trabalho a ser divulgado	01 mês
Apresentação	Após 10 meses do início da pesquisa
Encontros com Orientador	A ser acertado com o orientador

## 6 ORÇAMENTO

<b>Material necessário</b>	<b>Custo em R\$</b>
Computador e impressora	2.500,00
Folhas	100,00
Tinta para impressão	200,00
Verba para deslocamento da entrevistadora	800,00
Mini-gravador e pen drive	200,00
Profissional para digitar	500,00
Profissional para revisão ortográfica	500,00
Despesa com gráfica para cópias e encadernação	200,00
<b>Valor total</b>	<b>5.000,00</b>

## REFERÊNCIAS

- 1 HISLOP, Ethel; MELBY, Vidar. The lived experience of violence in accident and emergency. **Accident and Emergency Nursing**, v.11,n.1,p. 5-11,jan.2003.
- 2 BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002a.
- 3 \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. disponível em :<http://www.presidencia.gov.br/legislação> Acesso em 05 de dezembro de 2007.
- 4 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**, Brasília, DF:Editora do Ministério da Saúde, 2006, 126p.
- 5 LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma Breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar.**Medicina**,Ribeirão Preto, v.32, p.381-387, out.-dez,1999.
- 6 DESLANDES, Suely Ferreira. **Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência Hospitalar: representações,práticas, interações e desafios**. Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. Tese (doutorado em Saúde Pública), FIOCRUZ,2000.
- 7 HOLLEMAN, Reneé Semonin. Preventing staff injuries from violence. **Journal of Emergency Nursing**. v.32, n.6, p.523-524,dez.. 2006.
- 8 SUSERUND, B.O.; BLOMQUIST, M. ; JOHANSSON, I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. **Accident and Emergency Nursing**. v.10,p. 127-135, 2002. Disponível em [www.idealibrary.com](http://www.idealibrary.com)
- 9 LANCMAN, Selma, et al. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface**,Botucatu, v.11,n.21, p.79-92. jan./abr. 2007
- 10 STATO L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. De Saúde Pública**, v. 18, p. 1147-66., 2002.
- 11 SELIGMAN-SILVA E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad. Saúde Pública**, v.13, supl.2, p. 95-109, 1997.
- 12 CEZAR, Eliene Simões; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.217-221, jan. 2006.
- 13 ZAPPAROLI, Amanda dos Santos e MARZIALE, Maria Helena Palucci. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev.Bras. Enferm**,v.59, n.1, p.41-46, jan.2006.
- 14 COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei (coordenadores). **Iniciação à Bioética**. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998, 319p.

- 15 SANTOS JUNIOR, Éber Assis dos; DIAS, Elizabeth Costa. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento **Cadernos de Saúde Coletiva**, RJ, v.13, n.3, p.705-722, 2005.
- 16 TINTINALLI, Judith. Violent patients and the prehospital provider. **Annals of Emergency Medicine**, v. 22, n. 8, ago. 1993, p. 1276-1279.
- 17 ENGÜIN, F.S.; KARADAKOVAN, A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. **International Nursing Review**, v. 52, p.154-160, 2005.
- 18 SULLIVAN, Eleanor. Violence and Nursing. **Journal of Professional Nursing**, v.15, n.5, set./out. 1999, p.259-260, editorial.
- 19 POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre, Artmed, 2ª ed., 2006, 118p., traduzido por Amanyr Porto Fajardo .
- 20 GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Da Casa editora. 2.ed. Porto Alegre: Da Casa editora, 2000, 179p.
- 21 CATLETTE, Martha. A Descriptive Study of the Perceptions of Workplace Violence and Safety Strategies of Nurses Working in Level I Trauma Centers. **Journal of Emergency Nursing**, v. 31, n. 6, Dez. 2005, p. 519-525
- 22 FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho científico**. 13.ed. Porto Alegre: [ s.ed.], 2004, 185p.

**ANEXO A- Entrevista**

**ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## **Identificação**

Entrevistado n<sup>o</sup>.

Idade:                      Sexo:                      Profissão:                      Estado Civil:

Há quanto tempo trabalha no SAMU-POA:

Você possui Base fixa?                      Qual?

## **Entrevista**

1- O que você considera como situação de risco e/ou violenta durante o desenvolvimento de suas atividades profissionais no SAMU ?

2- Que medidas você considera importantes a serem tomadas para as situações de risco e/ou violência que você citou?

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A presente pesquisa tem por objetivo identificar o que os profissionais que trabalham no SAMU de Porto Alegre consideram como situações de risco e/ou violentas, durante o desenvolvimento de suas atividades. Posteriormente, a partir do que for levantado nas entrevistas pensa-se em buscar alternativas para minimizar ou melhorar condutas, a fim de tornar o ambiente no qual os trabalhadores do pré-hospitalar do Município de Porto Alegre desenvolvem as suas atividades mais seguro ou, pelo menos, poder prever com maior agilidade os possíveis riscos.

Pretende-se obter estas respostas por meio de entrevistas, as quais serão gravadas e, posteriormente, transcritas pela própria pesquisadora. As entrevistas serão realizadas, preferencialmente, no local de trabalho e fora do turno em que o profissional labora; porém, se o entrevistado preferir as mesmas poderão ser realizadas em local escolhido pelo mesmo, desde que exista privacidade para a abordagem. Quanto ao horário as mesmas também poderão ser realizadas no horário de trabalho, porém somente serão consideradas aquelas que tiverem no mínimo 5 minutos de entrevista.

Existe a alternativa de que as mesmas sejam escritas, nesse caso será utilizado o mesmo tempo destinado às entrevistas, bem como os locais e a pesquisadora estará presente aguardando as respostas daqueles profissionais que concordarem em participar.

Diante das informações acima, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, das alternativas às quais poderia prestar a entrevistas, todas acima listados.

Fui informado igualmente:

-Que terei resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca das perguntas que estejam relacionados à pesquisa;

