



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



THAMYRIS ABREU MARINHO

**A COMPREENSÃO DOS SOCORRISTAS ACERCA DO ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR PARA IDOSOS À LUZ DA POLÍTICA HUMANIZASUS**

BELÉM

2022

THAMYRIS ABREU MARINHO

**A COMPREENSÃO DOS SOCORRISTAS ACERCA DO ATENDIMENTO  
PRÉ-HOSPITALAR PARA IDOSOS À LUZ DA POLÍTICA HUMANIZASUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

**Co-orientadora:** Prof<sup>o</sup>. Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

BELÉM

2022

## RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender o atendimento pré-hospitalar para idosos à luz da política de humanização do SUS por socorristas. Trata-se de uma pesquisa sob o enfoque qualitativo, por meio de um estudo exploratório-descritivo, realizada com socorristas do SAMU Belém, no estado do Pará, utilizando técnica de coleta de dados em ambiente virtual, com auxílio de formulário eletrônico e aplicativo de troca de mensagens. Foram analisadas 54 entrevistas, na qual 56,9% dos participantes eram do sexo masculino, em sua maioria (46,2%) casados, referindo (73,1%) possuírem dependentes, com ensino superior completo (40,4%), atuando 41,5% em unidade de suporte básico e 42,5% em suporte avançado e 17% em ambos; quanto ao tempo de serviço no APH 32,1% trabalham há mais de 5 anos e menos de 10 anos, atualmente 37% exercendo função como técnico de enfermagem, 27,5% como condutor, 20,4% como enfermeiro e 14,8% como médico, com idades que variam de 27 a 64 anos. A partir da análise dos dados, extraíram-se três (03) unidades temáticas: Primazia do Conhecimento Técnico Científico no APH para Idosos; A Humanização no APH para Idosos; O Descuidado ao idoso no APH. Por fim, esta pesquisa possibilitou compreendermos o atendimento pré-hospitalar para idosos considerando a humanização pelos socorristas, uma vez que mesmo não sendo homogênea, revelaram as lacunas que precisam ser trabalhadas para qualificação deste tipo de serviço e por conseqüente sua compreensão. Porém, são necessárias mais pesquisas sobre o assunto, fortalecimento da educação permanente e ações educativas, comprometimento da gestão, elaboração de protocolos institucionais, alinhamento dos componentes da rede de atenção às urgências, qualificação para o atendimento integral e humanizado aos idosos e ressignificação dos conceitos de humanização. Com isso, esperamos que essa pesquisa possa contribuir para os processos de trabalho em urgência e emergência voltados para a pessoa idosa.

**Palavras-chave:** Idosos; Atendimento Pré-Hospitalar; Humanização.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>O contexto dos serviços de atendimento móvel de urgência .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>O trabalho em urgência e os profissionais de saúde .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3</b>	<b>As políticas públicas e a saúde do idoso no Brasil .....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>BASES POLÍTICO-CONCEITUAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Local de pesquisa .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimento de coleta de dados .....</b>	<b>16</b>
<b>4.5</b>	<b>Organização e análise dos dados .....</b>	<b>17</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>18</b>
<b>4.7</b>	<b>Riscos e benefícios .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Primazia do Conhecimento Técnico no atendimento pré hospitalar ao idoso ...</b>	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>A Humanização no APH para Idosos .....</b>	<b>24</b>
<b>5.3</b>	<b>Descuidado ao idoso no APH .....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH), no Brasil, são regulamentados pela Portaria nº 2048 de 2002, a qual tem como objetivo principal realizar o atendimento de urgência no menor tempo possível, preservando vidas humanas. Logo, compreende-se o APH como toda e qualquer assistência realizada fora do ambiente hospitalar, desde um simples conselho ou orientação médica dada em uma unidade pré-hospitalar fixa, até o envio de uma viatura de serviço pré-hospitalar móvel ao local da ocorrência (BRASIL, 2002).

Observa-se negligência aos idosos pelos socorristas, uma vez que as preferências de atendimento em uma unidade de urgência são dadas as crianças, aos jovens e as mulheres, em detrimento ao atendimento geriátrico. Essas atitudes ferem os princípios éticos de vulnerabilidade, de utilidade social e de equidade, uma vez que os idosos devem ser abordados adequadamente no APH, pois leva a uma série de benefícios para essa população, como a redução de internações e de reinternações e o aumento da capacidade funcional a médio e a longo prazo (FORTES; PEREIRA; 2012).

Quanto a definição de pessoa idosa, no Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94, e o Estatuto do Idoso, Lei 10741/03 expressam que pessoas com 60 anos ou mais são classificadas como idosos. Ademais, a fim de garantir a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia da pessoa idosa, criou-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da Portaria nº 2.528 de 2006. Como papel primordial, essa portaria visa direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para alcançar seus objetivos, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, exclusivamente para idosos brasileiros (FRANKLIN et al., 2018).

Sousa, Gonçalves e Gamba (2018) referem que a boa capacidade funcional do idoso desenvolve fator importante que confere melhor qualidade de vida a essas pessoas sendo uma condição relevante para proporcionar um envelhecimento ativo.

Nesse sentido, é fundamental o acesso dos idosos à assistência de sistemas de APH organizados e integrados aos demais serviços de saúde. Esse serviço contribui, significativamente, para a redução do número de mortes, como também para diminuir ou eliminação de sequelas e de agravos provocadas pelas lesões (MESCHIAL et al., 2014).

Diante dessas vulnerabilidades que acometem os idosos, estratégias de atenção à saúde para essa população se impõem. Para isso, entre todos os serviços de saúde, destaca-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a equipe de APH, ou seja, serviço e socorristas que desenvolvem suas atividades para a redução de internações, de agravos e de morte da

população idosa (LUZ; JUNGER; CAVALNI, 2010). Portanto, os serviços de atendimento móvel constituem a linha de frente no atendimento ao idoso, principalmente, em casos que podem evoluir para incapacidades e para internações (FRANKLIN et al., 2018).

Quanto a formação integral dos socorristas, essa se impõe como necessária no que diz respeito às particularidades e as necessidades da população idosa. Por sua vez, o Ministério da Saúde, ciente dessa deficiência na capacitação básica dos socorristas, compreendendo também que o APH não é uma especialidade médica e nem da enfermagem, criou os Núcleos de Educação em Urgências para instruir, permanentemente, todos os socorristas que atuam nos serviços de APH (BRASIL, 2002).

Porém, apesar de existir programas mundiais de qualificação em que se destaca o APH ao idoso, como o curso PHTLS, referência nos estudos da área, não é explícito no currículo mínimo a ser executado pelos Núcleos de Educação Permanente em Urgências e nem nos protocolos assistenciais para o suporte básico e avançado de vida nacionais, diretrizes para o cuidado em urgências aos idosos.

Em termos regionais, no SAMU Belém, no estado do Pará, não é evidente a formação direcionada aos socorristas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e pilotos) para o APH ao idoso, e nem quanto aos aspectos do APH humanizado, apesar deste serviço ter pouco mais de 25 anos de existência.

A realização desse estudo também faz parte de um macro projeto interinstitucional intitulado “Envelhecimento Ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas” desenvolvido no Grupo de Pesquisa Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e ainda ao Grupo de Estudos sobre o Cuidado em Saúde de Pessoas Idosas (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Grupo de Estudos sobre o Envelhecimento e a Pessoa Idosa (ARGOS) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

Frente ao exposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: Como os socorristas compreendem o atendimento pré-hospitalar para idosos?

## **1.1 Objetivo Geral**

Revelar a compreensão dos socorristas sobre o atendimento pré-hospitalar para idosos à luz da política de humanização do SUS.

## **2 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Neste capítulo trataremos dos aspectos relacionados à temática, construído a partir de fontes teóricas do Ministério da Saúde e artigos científicos capturados em base de dados e bibliotecas virtuais. Priorizamos trabalhar com artigos publicados entre o período de 2015 a 2020, com exceção de Leis, Portarias e outros documentos que mantêm data original anterior a que foi estipulado no estudo. A construção da revisão se constitui teoricamente dos sub-temas descritos abaixo.

### **2.1 O contexto dos serviços de atendimento móvel de urgência**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi decretado pela portaria de número 1.864, de 29 de setembro de 2003 e contou como um grande componente para auxiliar o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que corresponde aos atendimentos pré-hospitalares (TELES et al., 2017).

A implantação desse processo desde o custeio até os possíveis investimentos estruturais e funcionais foi componente base da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Segundo Battisti et al. (2019), o decreto número 7.508/2011 reafirma a proposta do SUS, uma vez que traz com o SAMU os princípios de universalidade, integralidade e equidade, fazendo com que o serviço seja uma porta de entrada para outras demandas dentro da Rede de Atenção Primária em Saúde (RAPS).

O SAMU é um modelo assistencial que foi padronizado amplamente no Brasil, tendo como norte o atendimento de urgência 24 horas em inúmeras localidades, desde residências à ambientes públicos. O principal objetivo desse serviço é garantir o acesso da população a um atendimento rápido, com um transporte adequado e com os encaminhamentos necessários aos serviços da rede do SUS (O'DWYER et al., 2018).

O Ministério da Saúde (MS) destacou um novo cenário das Urgências no Brasil, implementando nas políticas de saúde diretrizes e componentes que confeccionariam o fluxograma da Rede de Urgência e Emergência. Sendo assim, consideram-se parte da rede pré-hospitalar a Atenção Primária em Saúde, o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), conseguinte outros setores servem para encaminhamentos e reabilitações como, o componente hospitalar e a atenção domiciliar (ORTIGA et al., 2016).

Sobre o contexto do serviço de Urgência no Brasil, Medeiros (2014) descreve que existem 3049 municípios contemplados com o SAMU, entretanto, a maior parte da cobertura está situada nas regiões nordeste e sul, aproximadamente, 76,28% desses territórios estão cobertos. Somado a isso, o Brasil conta com 210 centrais de regulação que direcionam e sistematizam o serviço de aproximadamente 3108 ambulâncias e equipes multiprofissionais.

Todo esse processo de funcionamento dos serviços de Urgência e Emergência perpassou por um contexto histórico nacional de implantação e expansão, tendo início em três grandes cidades do Brasil, a saber: São Paulo – SP (1989), Belém – PA (1994) e Porto Alegre – RS (1995). Posteriormente, outras duas unidades foram construídas, a saber: Natal – RN (2000) e Recife – PE (2002). As unidades construídas antes do processo de oficialização das políticas e dos decretos institucionalizados no ano de 2003 retratam, historicamente, a necessidade populacional e a visão gestora das secretarias e unidades federativas da época em construir um novo serviço que atuasse em consonância com o SUS (O'DWYER et al., 2017).

Apesar das estratégias construídas na implantação da Rede de Urgências e Emergências no Brasil, ainda há uma grande deficiência no setor e também uma crise no sistema de saúde. Esse fato está relacionado à transição demográfica e epidemiológica do país somado a uma incoerência na gestão do atendimento à saúde. Diante disso, a tecnicidade dos atendimentos faz com que a assistência seja focada no período de agudização do paciente e na medicina unicamente curativa, fragmentando a anatomia e fisiologia do beneficiário do serviço e também descontinuando a assistência integral tão preconizada pelas políticas em saúde (ALMEIDA et al., 2016).

A disparidade dos serviços do SAMU ao redor do Brasil somado a ineficiência da gestão em saúde do governo brasileiro, traz inúmeros problemas ao acesso da população nos momentos de crise ou em casos de incidentes. Esse fato é piorado com os números desproporcionais de unidades móveis por território e até mesmo por região, fazendo com que ainda haja superlotação de hospitais e a desorganização do fluxo do serviço dentro do SUS (DUARTE, 2014).

Segundo Bastos (2019) esse contexto ainda ocorre devido um histórico político e cultural de institucionalização do SUS, que por sua vez foi implementado para ser a base de uma nova política em saúde, mas que depois de sua implantação sofreu inúmeras modificações práticas e que resulta na ineficiência da construção de novos serviços e políticas que podem melhorar a qualidade de vida do paciente e também facilitar a assistência e o cuidado por parte do profissional.



Em relação ao estado do Pará, existe uma centralização dos serviços de Urgência e Emergência na região de saúde denominada de metropolitana I que comporta os municípios, a saber: Belém, Ananindeua, Marituba, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel do Pará e Benevides. Essas regiões apresentam mais tecnologia e visibilidade administrativa-governamental em relação a recursos, fazendo com que seja base para os demais municípios (BARROS; SÁ, 2020).

Apesar disso, as demais regiões de saúde apresentam dentro de seus polos Unidades de Pronto Atendimento que são utilizadas para estabilizar o paciente para possíveis transportes para região metropolitana (BARROS; SÁ, 2020).

Contudo, desde a criação do primeiro serviço de Urgência e Emergência em 1994, a região norte, em especial, o estado do Pará sofre com o sucateamento da saúde. Esse processo por ser visualizado no estudo de Barros e Sá (2020) que descreve como um dos principais pontos negativos e de fragmentação dos princípios e diretrizes do SUS a falta de estabelecimentos de Urgência e Emergência em todos os municípios ou polos regionais de saúde e também a falta de manutenção dos automóveis dos SAMU ou a falta deles em outras regiões do estado do Pará.

## **2.2 O trabalho em urgência e os profissionais de saúde**

O trabalho nas redes de atenção às urgências são fundamentais para o funcionamento correto e organizado, principalmente no que diz respeito a redução da morbimortalidade dos pacientes e também na eficiência do cuidado imediato a pessoa que sofreu algum incidente ou está passando por algum processo de agudização de sinais e sintomas. A estruturação desse setor desde o final da década de 90 e início dos anos 2000, com a implantação de decretos e políticas para subsidiar a gestão, mas também coordenar os profissionais de saúde, foi fundamental para a caracterização do serviço de Urgência e Emergência e também para construção do SAMU, principalmente, no que consiste o fazer da equipe base de saúde e quais são os públicos-alvo para assistir (MACHADO et al., 2016).

O sistema de saúde apresenta vários ambientes delicados e que necessitam do conhecimento profissional para que haja harmonia e estabilidade na assistência. Entretanto, o ambiente da urgência e emergência traz consigo um emaranhado de situações delicadas e que precisa da agilidade da equipe multiprofissional para alcançar a resolutividade da situação (PAM et al., 2018).

Levando esse contexto para o SAMU a situação se torna ainda mais complexa e também deve haver um bom trabalho em equipe para solucionar a demanda do paciente. Os inúmeros agravos clínicos presenciados pelos socorristas desde acidentes no trânsito até acidentes domésticos devem ser analisados de forma holística e objetiva, a fim de estabilizar o paciente o mais rápido possível e encaminhá-lo para uma unidade hospitalar (MATA et al., 2018).

O tempo de resposta é fundamental aos profissionais que atuam na área das urgências e emergências, uma vez que esse parâmetro está diretamente ligado ao prognóstico dos pacientes que são assistidos. Por esse fato, a equipe de socorristas deve estar corretamente treinada diante dos eventos que podem ocorrer e também preparada fisiológica e mentalmente para os cenários que podem ser enfrentados na rotina do serviço (MOTA; ANDRADE, 2015).

O SAMU conta com uma equipe mínima de profissionais, a saber: médico, enfermeiro e condutor socorristas. Essa equipe pode sofrer mudanças dependendo da demanda necessitada ao serviço, uma vez que há Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA) que irão trabalhar com equipamentos diferenciados e também com direcionamentos divergentes (MOTA; ANDRADE, 2015).

Além disso, o setor de urgências conta com outras áreas que auxiliam o SAMU nas rotinas assistências como, a equipe central de regulação, que vai informar as unidades móveis sobre os principais achados e direcioná-los ao local do incidente (MASSULO; SCARANO, 2018).

Os socorristas devem ser habilitados em cursos de urgências como, ATLS (*Advanced Trauma Life Support*/Suporte Avançado de Vida no Trauma), ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*/Suporte Avançado de Vida em Cardiologia), PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*/Atendimento Pré-hospitalar ao Trauma), PALS (*Pediatric Advanced Life Support*/Suporte Avançado de Vida Pediátrico), BLS (*Basic Life Support*/Suporte Básico de Vida). Esses cursos dão suporte teórico e prático às ações e padrões assistências que devem ser utilizados pela equipe diante dos cenários que podem ser encontrados (MASSULO; SCARANO, 2018).

Apesar desse emaranhado de ações para os socorristas fazerem parte da equipe pertencente ao SAMU existem muitas dificuldades estruturais e funcionais no serviço (MARTINS; GONÇALVES, 2019).

Segundo Nascimento e Araújo (2017), a parte psicológica do profissional de saúde que reside no ambiente de urgência e emergência, em especial, no atendimento móvel se fragiliza devido as constantes ações de saúde que enfrentam. Doenças como ansiedade, depressão,

pânico, mas principalmente o estresse ocupacional são as que mais acometem esses profissionais e os desestabiliza, o que pode resultar em afastamentos ou até mesmo na perda do emprego.

Por outro lado, Almondes e Sales (2016), descrevem sobre a carga horária de serviço e a desproporção do piso salarial dos profissionais de saúde que trabalham nas unidades móveis. Em seu estudo, o autor descreve que os profissionais fazem inúmeros plantões corridos, a fim de ganhos salariais melhores em relação as capacitações realizadas e esse processo gera fadiga, excesso de trabalho e problemas de cunho psicológico e físico.

### **2.3 As políticas públicas e a saúde do idoso no Brasil**

O Brasil perpassa por um processo de transição epidemiológica e demográfica em sua população. Esse processo ocorre devido à melhora de condições de vida e um maior cuidado com a saúde. Porém, com o aumento da longevidade ocorre também o surgimento de novas doenças e acidentes. Sendo assim, o Brasil elaborou e implantou a Política Nacional do Idoso (PNI) a partir da Lei nº. 8.842/942 e o Estatuto do Idoso a partir da Lei nº 10.741/033. Essas ações cercam, legalmente, a pessoa idosa e as asseguram em alcançar alguns direitos necessários e que correspondem as suas necessidades. Vale ressaltar que esses dois decretos também estabeleceram a faixa etária do grupo de idosos, ou seja, a partir dessa implantação todo cidadão será considerado idoso a partir dos 60 anos (ROSA et al., 2015; ROMERO et al., 2018).

Somado a esses dois eventos foi criado também a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a partir da portaria nº 2.528 e constitui de um projeto-base para as demandas administrativas e assistências dos estabelecimentos de saúde. Diante disso, enaltecem-se os princípios do SUS a qual foram elencadas as partes dessa política, uma vez que a porta de entrada para esse grupo é a Atenção Primária em Saúde e suas diretrizes norteiam o cuidado da pessoa idosa (BARROS et al., 2015).

Dentre os serviços que apoiam essa população, destaca-se o SAMU e a equipe de atendimento pré-hospitalar que trabalha dentro desse setor. Logo, os serviços desenvolvidos pelos profissionais da saúde que ai estão, buscam reduzir as internações, estabilizar o agravo e realizar os encaminhamentos necessários dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS et al., 2021).

### 3 BASES POLÍTICO-CONCEITUAIS

No sentido de construir uma sustentação teórica mais consistente para esse estudo, optou-se por trazer os constructos teóricos da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), implementada desde 2003, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Atualmente, o termo acolhimento é bem difundido nos serviços de saúde, visto que a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual reafirma o acolhimento como instrumento de cuidado, já possui aproximadamente 18 anos de existência. No entanto, os sentidos da palavra acolhimento se tornam barreiras para a execução do cuidado quando se tenta impor significados muito restritos a mesma.

A priori, é de suma importância compreender que a PNH tem como um dos seus objetivos estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, de trabalho e de afeto que em alguns casos é marcado por atitudes e por práticas desumanas que afetam, de forma negativa, a autonomia, o cuidado e a responsabilidades dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários. Além disso, a PNH é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e conta com equipes regionais que unem forças junto as secretarias estaduais e municipais de saúde para a elaboração de planos de ação para a promoção e disseminação de novos métodos de fazer saúde (BRASIL, 2013).

Ademais, a PNH apresenta os seguintes princípios: a transversalidade, ou seja, essa política deve ser inserida em todas as atividades e programas do SUS; a indissociabilidade entre atenção e gestão, nesse caso, tanto profissionais como usuários devem compreender o funcionamento da gestão dos serviços da rede de saúde e participar, de forma ativa, na tomada de decisão, portanto, além do profissional, o usuário deve se responsabilizar pelo seu cuidado; o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, esses termos se referem a questão de que os usuários não se limitam a serem apenas pacientes e os profissionais não seguem ordens, somente, e sim, esses indivíduos devem reconhecer e valorizar o papel de cada um, com respeito e valorização da vida humana e dos direitos de cada cidadão (BRASIL, 2015).

Em relação às diretrizes da PNH, tem-se o acolhimento, ou seja, é o reconhecimento das singularidades de cada ser humano, compreendendo e sustentando as relações entre equipes/serviços e usuários/populações. Tem-se, ainda, a gestão participativa e a co-gestão,

nesse caso, novos sujeitos são aceitos para participarem da construção, ampliação e análise de novas tarefas da gestão para a consolidação de um aprendizado coletivo; a ambiência dispõe sobre a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, para que seja respeitado a privacidade, assim como, para que ocorra mudanças positivas no processo de trabalho e se configure um lugar para encontro entre pessoas (BRASIL, 2015).

Em continuidade, tem-se como diretrizes da PNH, a clínica ampliada e compartilhada se refere a uma técnica para realização de uma abordagem clínica adequada ao adoecimento e ao sofrimento, a partir da particularidade de cada sujeito e da complexidade do processo saúde/doença. Igualmente, tem-se a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários, que consiste em dar visibilidade à experiência dos profissionais a partir da inclusão na tomada de decisão, confiando na qualificação e na análise de cada profissional. Por fim, tem-se a defesa dos direitos dos usuários, ou seja, os serviços de saúde devem conhecer esses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todos os ambientes da assistência à saúde (BRASIL, 2015).

A partir desse contexto, destaca-se a aplicação da PNH na região norte do Brasil, com foco no Pará, já que nesse estado, ocorreu a implementação de ações voltadas à humanização, a fim de sensibilizar e formar profissionais da saúde para difundir os conceitos teóricos e práticos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS entre os municípios paraenses (BRASIL, 2010).

O Humaniza SUS configura a linha a ser seguida durante as práticas gerenciais e assistências dos profissionais da saúde que atuam nas unidades de urgências e de emergências. Nessas unidades, preconiza que a equipe de saúde realize seus atendimentos de forma individualizada, digna e humanizada com a inclusão do acolhimento, da comunicação, do respeito e com resolutividade, uma vez que esses serviços são imprescindíveis na rede assistencial e aberto para todos os pacientes que utilizam o SUS. Entretanto, para o sucesso da humanização nesse serviço, é necessário corrigir problemas estruturas e de matérias, demanda excessiva com pouca oferta de profissionais e de equipamentos, assim como, traçar estratégias efetivas para mitigar a violência e os acidentes de trânsito (SOUSA et al., 2019).

Esses fatores que dificultam a aplicação adequada da PNH nos serviços de urgência e de emergência influenciam, significativamente, a articulação das redes de atenção à saúde e as atitudes e práticas da equipe multidisciplinar, esse fato ocorre, principalmente, pela baixa resolubilidade da atenção básica e em virtude da ausência de ferramentas uteis para a efetividade de referências e de contra referências (BELLUCCI JUNIOR et al., 2015). Ademais, outra barreira que inviabiliza o sucesso da aplicação da PNH se refere a precária estrutura física

dos serviços hospitalares, já que o espaço físico é imprescindível para o acolhimento adequado em urgência, pois garante o conforto e a segurança do paciente (BRASIL, 2011).

Para mais, observa-se que é difícil exercer o amplo sentido da palavra acolhimento nas práticas cotidianas em saúde, principalmente nas urgências, onde os profissionais se deparam com diversos desafios, tais como processos de trabalho fragmentados, conflitos e assimetrias de poder, desrespeito aos direitos do usuário e pouca articulação com o restante das redes de serviço (BRASIL, 2009).

No entanto, é necessário refletir e inovar em ações de saúde que conduzam a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora. Nesse sentido, para esta pesquisa utilizaremos o significado mais amplo do termo acolhimento, que conforme a PNH com atenção as urgências, define o acolhimento como uma ação de corresponsabilidade para com a resolução das demandas do usuário, garantindo o acesso a continuidade do cuidado com responsabilidade, e não tratando a saúde como mercadoria, mas sim, com seu valor integral, permitindo formas dignas de viver a vida com autonomia (BRASIL, 2009).

Diante das propostas da PNH em organizar a gestão e a assistência de forma inovadora, humanizada e seguindo princípios pré-definidos, o acolhimento se destaca e representa a estratégia ideal para melhorar o acesso aos sistemas de saúde e para fortalecer o vínculo e a corresponsabilização. Além disso, o acolhimento é útil para que se possa reconhecer as particularidades e trabalho em equipe, portanto, pode-se qualificar o cuidado em saúde e com isso, é possível obter maiores resolutividade nos serviços de saúde. Além do exposto, destaca-se que o acolhimento é uma diretriz ética de caráter humanista, ou uma atitude focada no protagonismo dos sujeitos e na cogestão para a produção do cuidado (RODRIGUES; IBANHES, 2019).

Dentre os sentidos pontuais da palavra acolhimento, simplificada apresentam-se três: uma atividade voluntária de bondade e um favor dos profissionais; um espaço administrativo ou ambiente confortável; ou, uma ação de triagem realizada principalmente por administrativos, médicos e enfermeiros (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar que o acolhimento tem várias facetas, podendo ser entendido também como um dispositivo technoassistencial ou diretriz. No primeiro sentido o acolhimento é capaz de mudar os modos de operar a assistência, avaliar riscos e vulnerabilidades, adequando protocolos para melhor atender a necessidade da população. Já como diretriz, o acolhimento é construído a cada encontro que se produz como sustentação de uma rede loco-regional, envolvendo unidades diversas, seja hospitalar ou pré-hospitalar, promovendo o acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento (BRASIL, 2009).

Por fim, compreende-se que o processo de acolhimento nos serviços de saúde se caracteriza por mudança de como os profissionais desenvolvem suas atividades, e o sucesso dessa mudança e do desenvolvimento do acolhimento só ocorrem por meio do relacionamento entre usuário e profissional, entretanto, essa mudança depende do estímulo e da qualificação dada aos profissionais. Portanto, estimula-se a escuta qualificada – ferramenta que mantém o vínculo com o usuário –, que deve ser realizada sem interferências e com total disponibilidade para ouvir as queixas do outro, ou seja, através dessa escuta é possível compreender a história dos usuários e compreender suas reflexões, dessa forma, pode-se traçar a melhor estratégia assistencial. (FIGUEREDO et al., 2015).

## **4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO**

### **4.1 Tipo de estudo**

A pesquisa foi realizada sob o enfoque qualitativo por meio de um estudo exploratório-descritivo. Essa escolha justificou-se porque as pesquisas descritivas possuem como objeto a descrição das características de uma população, fenômeno ou uma experiência. Uma de suas peculiaridades está no uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Propõem-se, portanto, a observar fatos registrando-os, analisando-os, classificando-os e interpretando-os e nesse processo não há interferência do pesquisador (COSTA, LOCKS e GIRONDI, 2016).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Belém, no estado do Pará, junto ao SAMU, que se constitui no maior dessa especialidade na cidade, contando também com uma Central de Regulação das Urgências (CRU). Este serviço é descentralizado, ou seja, diferentes bairros e distritos do município, são elencados como pontos estratégicos para agilizar o atendimento nos locais de maiores ocorrências de urgências e proporcionam maior equidade e acesso no atendimento da população, são eles: Nazaré (USB 101), Marambaia (USB 102), Curió-Utinga (103), Tapanã (USB 104), Satélite (USB 105), Cremação (USB 106), Palácio (USB 107), Guamá (USB 108), Outeiro (USB 109), Icoaraci (USB 110), Mosqueiro (USB 111), Cotijuba (USB 112), Castelo (USA 201), UFPA (USA 202), UPA-Icoaraci (USA 203), UPA-Sacramenta (USA 204), Ambulancha Tainá e Motolâncias (Anjos 01 e Anjos 02)

Essas bases também podem acolher diferentes tipos de equipes, de suporte básico ou avançado de vida. As equipes são divididas em 04 modalidades de atendimento: 12 viaturas de suporte básico de vida; 04 viaturas de suporte avançado; 04 motolâncias e 01 lancha. Atualmente o serviço conta com o seguinte quadro funcional de intervenção: 67 médicos, 21 enfermeiros, 156 técnicos de enfermagem, 48 condutores de emergência e 4 pilotos de embarcações.

### **4.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram os socorristas que atuam nas viaturas do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel básico ou avançado, nas ambulâncias, lanchas ou motos.



Adotamos como critérios de inclusão: a) profissionais que tenham realizado ao menos 01 atendimento para idosos; b) ser profissional: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor ou piloto.

A coleta de dados foi precedida da confirmação do aceite do participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o intuito de preservar a autonomia e privacidade dos profissionais de saúde, os quais foram codificados por meio de legendas formadas por abreviação de sua categoria mais sua numeração cardinal a partir de lista de participantes organizados em ordem alfabética. Utilizamos as seguintes legendas para as categorias: técnico de enfermagem (TEC), enfermeiro (ENF), médico (MED), condutor (CON) e piloto (PIL).

#### **4.4 Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados realizou-se por meio de serviço eletrônico a partir de uma técnica de entrevista síncrona para as respostas dos entrevistados. Segundo Uwe (2009), com a introdução de novas tecnológicas no ambiente da pesquisa, o desenvolvimento da informação se tornou mais dinâmico e com uma facilidade na comunicação entre o pesquisador e o entrevistado. O autor refere ainda que nas entrevistas de modalidade síncrona, o pesquisador e participante estão em interação simultânea com o objeto de estudo (UWE, 2009).

Dessa forma, enviou-se mensagem de convite e link para acesso ao TCLE via correio eletrônico, aos participantes selecionados. Também, foi enviada mensagem de convite via aplicativo para mensagens instantâneas (Whatsapp) e a partir do aceite, conforme disponibilidade do participante foi feito o agendamento da entrevista síncrona.

Como dispositivo para o início da entrevista foi enviado formulário eletrônico composto essencialmente de duas partes. A primeira, após o TCLE, consistia em questões voltadas ao perfil do socorrista como: nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação no APH e tipo de equipe da qual fazia parte. A segunda parte da entrevista consistia em uma pergunta aberta sobre o APH para idosos considerando a política de humanização do SUS.

Na sequência, o entrevistador realizava a primeira leitura do formulário e prosseguia com a entrevista pelo whatsapp, através da troca de mensagens de áudio, com vistas a enriquecer o conteúdo das entrevistas conforme a fala dos entrevistados.

Por fim, as entrevistas eram transcritas na íntegra e enviadas via whatsapp aos participantes para validação do conteúdo. Após validação pelos participantes, as transcrições foram salvas e arquivadas em pastas no computador para o processo de análise.

#### **4.5 Organização e análise dos dados**

Os dados obtidos foram analisados de acordo com John W. Creswell (2010), estudioso em métodos de pesquisa, investigação qualitativa e elaboração de projetos de métodos mistos.

A análise e interpretação dos dados qualitativos é um processo permanente envolvendo reflexão contínua sobre os dados, formulando questões analíticas e escrevendo anotações durante o estudo. Ou seja, a análise de dados qualitativos é conduzida concomitante com a coleta de dados, a realização de interpretações e a redação de relatórios (CRESWELL, 2010). Segue a descrição dos passos:

Passo 1: *Organizar e preparar os dados para análise* - Envolve transcrever as entrevistas e a leitura das anotações de campo.

Passo 2: *Leia todos os dados* – Trata-se da obtenção de uma percepção geral das informações coletadas e posteriormente uma reflexão sobre seu significado, questionando-se acerca do significado geral das falas. Nessa fase, realiza-se leituras exaustivas e anotações, destacando as falas para registrar considerações gerais que darão subsídios aos próximos passos.

Passo 3: *Começar a análise detalhada com um processo de codificação* - Os dados serão organizados em unidades temáticas, separando as frases ou parágrafos, nomeando cada tema com um termo fundamentado nas falas dos participantes. Nesse momento se será extraído o que os dados traduzem, criando categorias a partir das falas.

Passo 4: *Utilizar o processo de codificação para gerar uma descrição do cenário ou das pessoas, além das categorias ou dos temas de análise* – A descrição deverá abranger detalhes a respeito dos participantes, locais e fatos envolvidos no cenário da pesquisa.

Passo 5: *Informar como a descrição e os temas serão apresentados na narrativa qualitativa* – A partir dos temas que emergirão dos dados, serão utilizadas passagens narrativas para transmitir os resultados da análise.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa está vinculada a um macroprojeto de pesquisa intitulado “Envelhecimento ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas”.

A pesquisa foi inscrita na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA).

Também foi emitida a devida autorização junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belém para a realização do estudo no Serviço Móvel de Urgências SAMU Belém 192.

No Brasil, os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa com seres humanos estão regulamentados pelas diretrizes das Resoluções n° 466/12, n° 510/16 e n° 580/18, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorporam quatro referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica.

Visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes da pesquisa diante dos desafios para estudos em ambiente virtual nos tempos atuais, esta segue o que determina o Ofício Circular n. 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, junto a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, na qual orienta sobre os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

#### **4.7 Riscos e benefícios**

Este estudo oferece riscos mínimos, mesmo assim, ao longo de todo o desenvolvimento do estudo sempre serão ponderados os riscos e benefícios que o estudo poderá trazer. Dessa forma, os pesquisadores se comprometem em ressarcir os informantes desse estudo de qualquer dano que o mesmo possa a vir provocar. A participação será voluntária, sem remuneração, observadas as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual, o que inclui as exigências de: amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), expresso através de confirmação de aceite do TCLE transcrito no formulário de pesquisa do Google Formulários pelo informante; garantia de anonimato (instrumentos não identificados) e proteção da imagem individual; liberdade de desistir de participar do estudo a qualquer momento sem, com isso, sofrer qualquer prejuízo.

A pesquisadora se compromete em: zelar pela integridade das informações; garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações

acessadas, com finalidade somente científica; e, não repassar os dados coletados, de forma parcial ou na íntegra, a pessoas não envolvidas no estudo.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo consta a discussão dos resultados desse estudo sob a luz da Política de Humanização do SUS.

A partir dos dados coletados foram analisadas 54 entrevistas, na qual 56,9% dos participantes eram do sexo masculino e (43,1%) do sexo feminino. Sobre a condição civil, em sua maioria (46,2%) eram casados e destes, (73,1%) possuem dependentes. Quanto a escolaridade, (40,4%) tem ensino superior completo. O estudo revelou ainda que destes profissionais, 41,5% atuam em unidade de suporte básico e 42,5% em suporte avançado e 17% em ambos os serviços. Quanto ao tempo de serviço no APH 32,1% trabalham há mais de 5 anos e menos de 10 anos. Sobre a formação/atuação, atualmente 37% exerce função de técnico de enfermagem, 27,5% de condutor, 20,4% de enfermeiro e 14,8% atua como médico. As idades variam de 27 a 64 anos.

A partir da análise dos dados, extraíram-se três (03) unidades temáticas. Os temas extraídos foram os seguintes: 1. Primazia do Conhecimento Técnico Científico no APH para Idosos; 2. A Humanização no APH para Idosos; 3. Descuidado ao idoso no APH



### 5.1. Primazia do Conhecimento Técnico no atendimento pré hospitalar ao idoso

Muito se fala sobre saber técnico e conhecimento científico nos processos de trabalho em saúde como conhecimentos e ações necessárias para o bom andamento de qualquer nível de atendimento prestado aos usuários deste serviço. No contexto dos processos de trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH), não parece ser diferente, pois os mesmos são categóricos quando falam sobre a maneira dão atenção quando atendem a um chamado.

Negreiros et al. (2021), retratando sobre os processos de trabalho com um grupo de profissionais do APH, confirmam que os serviços de urgência e emergência na nessa modalidade constituem-se de forma dinâmica por meio de protocolos específicos, exigindo programas de treinamento permanentes, devendo a equipe estar sempre atualizada para que munidos de conhecimento técnico e científico exerçam APH de qualidade.

Em todos os níveis de complexidade é imperativa a tomada decisões rápidas para intervir na saúde do paciente de maneira adequada, visando minimizar agravos e reduzir o tempo de permanência nas unidades hospitalares, destacando ainda que o oposto, a carência de protocolos específicos, se torna uma das principais dificuldades do APH e causadora de irregularidades nos atendimentos (NEGREIROS et al., 2021).

Nas diversas entrevistas, os socorristas descreveram sobre a necessidade categórica de técnica nos atendimentos, podendo ser representadas pelos seguintes relatos:

“[...] O atendimento deve ser pautado de forma técnica e científica [...] tudo que a gente faz no SAMU é baseado em protocolos, inclusive internacionais, o XABCDE é uma forma padrão que todos do APH conhecem [...] sempre tentando obedecer aos protocolos ao máximo” (MED 1)

[...] o atendimento que a gente faz é através do PHTLS [...] (ENF 2)

[...] você não consegue imobilizar, tratar, se você não tiver essa técnica, então ela hoje já faz parte mesmo que involuntária na vida do profissional de resgate [...] com relação ao APH já se evoluiu muito e cada dia que passa tá se evoluindo mais [...] dificilmente você já viu algum tipo de processo, alguma denúncia [...] pelo mal uso de técnicas” (TEC 17)

[...] seguem o protocolo [...] O trabalho é realizado com todas as técnicas do APH [...] (CON 5)

A fala dos entrevistados se assemelha a de outros estudos, como na pesquisa de Pereira et al. (2021), do qual se aponta o treinamento constante e atualizado com programas padronizados, a exemplo do curso PHTLS – Atendimento Pré-hospitalar no Trauma, como um método eficaz de aprendizagem que está cada vez mais integrado na preparação e educação adequada da equipe, uma vez que instrui os mesmos para tomada de decisões clínicas consistentes com as reais necessidades dos pacientes, para que eles tenham os cuidados adequados ao seu estado de saúde, a fim de se garantir maior qualidade.

Oliveira et al. (2021), na realização de estudos com um grupo de profissionais do APH, constata que a resolução de problemas neste cenário é uma ação baseada no conhecimento técnico-científico e no que se estudou, ou seja, esse arcabouço de conhecimento ajuda a

responder aos conflitos no APH. O conhecimento fundamentado também é um respaldo para a tomada de decisões que são baseadas em protocolos já instituídos para os atendimentos, onde o julgamento clínico é uma ferramenta indispensável para a realização de práticas seguras.

Os participantes da pesquisa são enfáticos quanto a necessidade de ter conhecimento, saber a técnica adequada, passar por treinamento para então realizar um trabalho de excelência gerando os melhores resultados.

As legislações do Ministério da Saúde estabelecem regras para a especialização da equipe de APH, que dentre outras exigências, objetivam a qualificação da assistência por meio da educação permanente das mesmas no âmbito do SUS.

No entanto, existem vários desafios, como a composição dessas equipes, uma vez que é questionável a habilitação desses trabalhadores, visto que não há exigências em formação específica para atender nessa área, ocasionando maior impacto perante o processo de trabalho. (COSTA et al., 2021).

É fundamental destacar a necessidade de estratégias de qualificação permanente, como já previsto na legislação, no entanto é necessário se fazer um alerta sobre o modelo predominantemente biomédico, assistencialista, onde o APH móvel conduzido por protocolos, pode limitar o indivíduo tendendo-os a assumir um caráter rotineiro e pragmático (OLIVEIRA et al., 2021).

Para Pereira et al (2021) o foco principal do atendimento vai além das questões técnicas, pois só a técnica não garante a recuperação do corpo em desequilíbrio e a visão do homem como um todo deve prevalecer não havendo dissociação entre informação técnica e conhecimento focado em emoções humanas.

Negreiros (2021) retrata outro aspecto importante de ser mencionado em relação a capacitação técnica e científica dos profissionais do APH quando refere que a formação ainda é insuficiente nas instituições de ensino, uma vez que houve grande crescimento da área e das equipes que nela atuam.

Porém, trazemos à reflexão que o APH é uma especialidade, uma área específica dentro da urgência e emergência e que precisa ser estudada em caráter de especialização e não de formação generalista. Não somos contra o processo de educação permanente nem tão pouco o uso de protocolos, mas enfatizamos a necessidade de outras habilidades como agilidade, destreza e controle emocional para lidar com diversas situações de risco a que o paciente está exposto (NEGREIROS, 2021)

Pirozi et al (2021) também salienta a importância da capacitação dos profissionais que atuam neste cenário, uma vez que neste local a equipe executa um atendimento sincronizado ao

paciente, o que conseqüentemente, requer que cada vez mais se receba treinamento específico e aperfeiçoamento técnico-científico para o agir com competência clínica adequada.

A capacitação das equipes deve ser realizada desde a regulação das ocorrências, na triagem dos casos, uma vez que se estas equipes não estiverem capacitadas para identificar sinais e sintomas importantes nas situações de solicitações, haverá impacto na qualidade do atendimento dos pacientes e na continuidade da condução desses casos (VIEIRA; MEIRA; MARINHO, 2021).

Oliveira et al. (2021) aponta o caminho oposto, os pós atendimento, mas com intercessão ao estudo anterior citado no quesito capacitação, afirma que um grupo de profissionais do APH deve se atualizar permanentemente a fim de garantir um melhor plano de cuidados, sendo integralizado e individualizado, para assegurar inclusive a reinserção do doente na sociedade.

Sousa, Borges e Veloso (2021), falam sobre certo impacto na mortalidade de pacientes em decorrência da não atualização constante e no deficiente estudo de protocolos, indicando necessidade da formação de equipes que tenham uma abordagem eficiente e proativa.

A promoção de capacitações às equipes multiprofissionais da saúde fornece segurança nas condutas no APH móvel tanto para profissionais como para pacientes. Tais equipes devem trabalhar de forma integrada e para isso, precisam ser incentivadas nos seus serviços (GOMES; MIRANDA; MAIA, 2020).

Os autores referem ainda que a prática também fornece um conhecimento expressivo para sua atuação, uma vez que se o profissional é habilitado e atua diariamente no APH, a revalidação é dispensável se não há atualização de protocolos, diferentemente daqueles profissionais que tem habilitação, diga-se capacitação, porém não atuam diariamente na área, fazendo com que a falta de experiência prejudique sua atuação em uma possível necessidade (GOMES; MIRANDA; MAIA, 2020).

Pereira Neto (2019) consolida o exposto desta análise referindo que o conhecimento em seus vários sentidos e significados é uma necessidade para o trabalho das equipes, imprescindível para o desenvolvimento de competências cognitivas, atitudinais e procedimentais, que perpassa a discussão sobre o conhecimento das redes de atenção às urgências, os protocolos, o perfil dos diferentes serviços, habilidades, decisões e ações na prática, autoconhecimento, concentração, agilidade, preceitos morais e éticos, capacidade de lidar com situações estressantes, aprofundamento em temas específicos como trauma, clínica geral, psiquiátricas, transporte de recém-nascidos, obstetrícia e oncologia.

Entendemos nesse sentido que atender ao usuário dos serviços de saúde em situação de urgência e emergência dentro da especificidade do APH requer preparo e habilidade clínica



sistemática capaz de promover o cuidado em saúde ao idoso dentro de sua complexidade e particularidade senil.

## 5.2. A Humanização no APH para Idosos

Humanização e trabalho em saúde é uma questão que envolve diferentes formas de saber, de compreender e de fazer. Vários são os fatores que implicam em uma prática essencialmente humanizada, dentre eles a falta de reconhecimento da integralidade do cuidado, onde as ações coletivas compõem uma prática conjunta entre os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

Humanizar é assim próprio da natureza humana, bondosa, humanitária, que procura o bem-estar, tanto individual como coletivo, incluindo benevolência, clemência, compaixão, respeitando-se deste modo a pessoa como um fim e não como um meio. (FREITAS, 2017 p.21).

Humanização é um termo ainda mais complexo quando se pensado para o atendimento aos idosos, tanto para o sujeito, como para profissionais e gestores da saúde. Pois estes devem prezar por um cuidado além de integral, especializado e qualificado em todos os níveis da atenção à saúde, que aconteça desde a promoção da autonomia da pessoa idosa até as condutas paliativas (SALES et al, 2020).

Santos et al (2021) apontam que é fundamental a compreensão dos profissionais da assistência e da gestão sobre humanização e dos componentes da rede de atenção para a qualidade da prestação dos cuidados, como a abordagem às urgências com acolhimento, uma vez que suas condutas influenciam diretamente neste contexto e em atitudes desumanas, tal como o distanciamento entre profissionais e usuários.

A grande maioria dos entrevistados referem de forma simplificada a compreensão sobre humanização. Os discursos retratam significados fragmentados e verticalizados afastados da humanização em sua magnitude, o que podem ser retratados pelos seguintes depoimentos:

[...] Cada um trabalho do seu jeito [...] eu trato como se fosse um pai ou uma mãe, eu trato com o maior carinho e respeito [...] eu já tive casos também de trabalhar com equipe que foi completamente diferente o atendimento [...] (COND 12)

[...] a gente tem que avaliar não só a questão física, mas a questão psicoemocional [...] ser mais humano [...] precisamos acalma-los [...] segurando nossa mão [...] conversar [...] (ENF 2)

[...] com o idoso não pode ser tão rigoroso, como na hora de colocar na prancha, porque é muito rígida e o corpo do idoso é muito frágil, então a gente tem que dá um jeitinho pra ele ficar mais confortável, mais calmo. Isso daí eu considero que é humanização (MED 1)

[...] de forma humanizada respeitando o seu momento ali, nesse momento que ele tá vivendo, respeitando o meio em que ele vive, respeitando a situação você vai tá dando pra ele um atendimento de qualidade, explicando um atendimento pra ele que venha amenizar aquela dor, aquele momento de nervosismo, aquele sentimento que ele vai sentir segurança, ai ele vai sentir mais calma e segurança no atendimento (TEC 5)

A humanização pode ser compreendida de várias formas, logo, assumem-se vários sentidos. Fazendo uma reflexão, é possível considerar que humanização é como uma relação entre profissionais da saúde e sujeitos em prol de sua própria valorização e da assistência para a reabilitação da saúde física e mental, reafirmando os princípios do SUS, mediante a qualificação da equipe, uma boa comunicação e a empatia (SOUSA; BORGES; VELOSO, 2021).

Destacam-se nos serviços de urgência e emergência a tensão, o estresse, a criticidade dos casos, a urgência pela vida, o agir rápido, relações dispersas, atenção centrada em procedimentos; assim, deixando de lado os sentimentos, o diálogo, o olho no olho, os vínculos, a atenção individualizada, e conseqüentemente minimizando todo o potencial que a humanização tem nestes serviços (RADAELLI; DA COSTA, PISSAIA, 2019).

No sentido de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2003 foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Essa política está posta no sentido de se fazer presente em todas as políticas e programas do SUS, inclusive na urgência e emergência. Ela promove a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

O conhecimento a respeito da humanização ainda é precário e pouco efetivo, atitudes hostis ainda estão presentes e por isso se faz necessário que os profissionais de saúde sejam

sensibilizados para compreender essa dinâmica de cuidado, orientados por uma gestão organizacional, atentando também para conhecimentos sociais e pedagógicos, capazes de respeitar as singularidades de cada indivíduo (GREGÓRIO, BARBOSA, BEZERRA, 2021).

[...] Praticar um bom acolhimento [...] é perguntar o nome, a queixa, onde que tá doendo, o que foi que houve. Se esse idoso não sabe ou não consegue falar, pode acolher a família, dá dicas e até conselhos do que pode fazer [...] (TEC 6)

Humanização é relativa, varia de equipe para equipe enquanto deveria ser uma norma, ser humano, e não uma variável. Não é universal, deveria melhorar nesse quesito. (MED 5).

Mas apesar da sutilidade na fala dos entrevistados, o termo humanização acompanha, de certo modo, caráter valorativo e necessário no dia a dia do serviço, como mencionado acima.

Almeida e colaboradores (2019) referem que o termo humanização é utilizado em várias áreas do conhecimento, porém na saúde seu significado transcende aos conceitos iniciais utilizados nos primeiros debates neste cenário, uma vez que está atrelada ao próprio surgimento do SUS e seus princípios. A humanização é a transversalização do SUS em suas propostas éticas, estética e políticas, capaz de provocar transformações capilarizadoras das relações que insistem em se fazer verticalizadas entre gestão, profissionais de saúde e usuários (ALMEIDA et al., 2019).

A pesquisa de Sousa et al (2019) revela que a temática da humanização deve ser amplamente abordada nas capacitações profissionais dos atendimentos de urgência e emergência. Mesmo a aplicação de protocolos com caráter fortemente técnico-científico, como a Classificação de Risco, pode e deve ser feita com a união das diretrizes do Humanizasus, como o acolhimento, transformando e ampliando as experiências de produção da saúde qualificada no Brasil.

Falta de humanização nas urgências está atrelado ao ambiente de trabalho com situações marcadas por muitas barreiras no seu próprio processo de trabalho, tais como superlotação, trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. (BRASIL, 2009).

Seguindo a PNH do Ministério da Saúde, humanização é o entendimento da valorização dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde, norteados pela autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a

participação coletiva nas práticas de saúde. Afirmando que esta é uma política real, concreta, que deve ser aprimorada e multiplicada, e não proposta ilusória.

O estudo de Andrade (2021), no qual são analisadas potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência, aponta como um dos fatores principais que precisam ser melhorados, além de estrutura, gestão e questões interpessoais, a falta de capacitação profissional.

A formação de profissionais, gestores e usuários como apoiadores da Humanização na saúde é algo imprescindível para a qualificação da produção de saúde no SUS, uma vez que de fato a humanização não é um protocolo ou conteúdo sistematizado que possa ser ensinado didaticamente para humanizar os “desumanos”. Atitudes e condutas humanizadoras individuais ou coletivas inclusive já devem ser postas em prática durante o próprio processo educativo, desde o planejamento do formato dessa atividade educativa para a qualificação destes apoiadores, trazendo mesmo as problemáticas reais já encontrada no cenário desses personagens (profissionais, gestores e usuários do SUS) para se fazer a humanização, até a proposição ou mudanças no sistema por meio da conclusão destes processos de formação (BRASIL, 2010)

Ainda sobre a formação em Humanização, é impossível que se faça uma simplificação e redução do significado real deste conceito para que seja repassado como uma fórmula matemática.

Humanização é a inclusão, é a indissociabilidade da gestão e da clínica, a clínica ampliada, a democracia das relações, a co-responsabilização coletiva, a transversalidade, a transdisciplinariedade, é o protagonismo de pessoas, é zona de comunalidade e projetos comuns, são estratégias de intervenção coletiva, é a despolarização da formação técnica-científica com a gestão, são práxis éticas e políticas, é a reafirmação dos princípios do SUS, é a multivetorialização do cuidado, são a multiplicidade de condicionantes da saúde, são a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturação do sistema em todas as suas dimensões para o bem do coletivo e das populações (BRASIL, 2010).

Talvez por atuarem mais próximo do idoso e seus familiares, os profissionais de enfermagem aproximam-se do modo de cuidar humanizado.

Com efeito, o cuidado humanizado de enfermagem assume protagonismo quando assume a coletividade no cuidado, a valorização da outra profissão como parte importante do atendimento, quando acolhe e orienta o usuário e seu familiar, quando é um agente ativo de mudança, enfim, quando se corresponsabiliza dos processos de saúde e doença bem como das ações coletivas de um modo geral.

Alerta-se, portanto, que o acolhimento para ser efetivo, não deve ser feito de modo isolado, é preciso que haja articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: Clínica Ampliada, Cogestão, Ambiência e Valorização do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2009).

### 5.3. Descuidado ao idoso no APH

Embora as práticas em saúde sigam avançando no sentido de um cuidado integral do ser humano, algumas barreiras precisam ser derrubadas no cotidiano das práticas dos serviços de saúde frente ao processo saúde-doença.

O grande desafio a ser enfrentado pelo setor saúde consiste em romper com a lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral (BONFADA, et. al, 2012).

Em 2011 o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, por meio da portaria nº 1600. Este documento traz como grande propósito a reafirmação dos princípios do SUS, por meio de diretrizes como a atenção integral às urgências com conectividade em todos os níveis de atenção, de forma humanizada e acolhedora, multiprofissional, com assistência qualificada, efetiva, centrada no usuário e suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

E ainda, no contexto do SUS as ações e serviços de saúde devem ser organizadas e realizadas visando a integralidade. No entanto, o depoimento dos entrevistados não condiz com práticas de atenção integral, conforme é contemplado pelas falas abaixo:

[...] no primeiro atendimento você faz toda a técnica de APH, você faz tudo direitinho, coloca na maca, transporta o paciente, mas quando você chega numa unidade, numa casa de saúde você não tem suporte, absolutamente nenhum! E quando vão te ajudar essas pessoas não são preparadas, pegam o paciente de qualquer jeito. Então a grande deficiência hoje na realidade nada mais é do que a humanização, esse é um ponto crítico que eu acho que precisa ser bem trabalhado (TEC 17)

Infelizmente não são todos os profissionais que tem o cuidado e/ou conhecimento necessário [...] (MED 2)

[...] quando chega no pronto socorro é normal não ter leito, onde colocar o idoso, nem uma maca, ou quando fica na nossa prancha, fica na maca no corredor. É só mais um e você ouviu que aquele idoso lá nunca teve problema, mas daí foi pro hospital e dali não saiu mais. Mas porquê? Porque a estrutura ali não está preparada para o idoso [...] existe uma questão estrutural, de conjuntura social [...] não visa a humanização. A humanização só está ali no papel. Ela não participa dessa conjuntura (CON 10)

Em uma pesquisa realizada em um serviço de APH brasileiro, revelou-se que a integralidade, no sentido de integração entre os serviços de saúde era o que havia maior expectativa de cumprimento, porém infelizmente os dados indicaram fragilidades no componente organizacional principalmente entre as referências hospitalares. Por outro lado, foi confirmado o serviço de APH como potência para a prática da integralidade em outros significados, como o de não restringir o atendimento baseado em critérios técnicos, mas com acolhimento, mesmo com as precariedades estruturais da rede, as quais devem ser enfrentadas no SUS em seus componentes pré-hospitalares e hospitalares (O'DWYER, MATTOS, 2013).

As redes de atenção à saúde, como a da urgência, têm se mostrado como uma estratégia indispensável para a integralidade, qualidade e longitudinalidade do cuidado, pois superam, teoricamente, a fragmentação dos serviços, mesmo que sua consolidação dependam de fatores diversos como a atuação da atenção primária em saúde e do modelo de financiamento (DAMACENO et al, 2020).

Bem sabemos que os princípios que regem as redes de atenção à saúde contemplam necessidades do ser humano que vão além da cura em si, mas que haja prioritariamente integração.

Porém, é preciso que haja articulação e fortalecimento em todos os componentes da rede, da atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospital, ambulatorial e atendimento domiciliar, para a promoção do acesso e manutenção da inserção do usuário na rede de saúde de modo qualificado e com planejamento adequado produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização (BRASIL, 2009).

Sobre os serviços de urgência, estes devem reinventar seus espaços físicos afim de lidar com os desafios de modo acolhedor, compreendendo o ambiente como fator agregador para a produção de saúde e subjetividade, expressando sensibilidade frente a realidade construída sobre esse processo, e clareza no entendimento da organização dos espaços que cada usuário vai ser atendido. (BRASIL, 2009).

Diante da qualidade do atendimento prestado ao usuário que envolve questões como atenção, valorização, acolhimento, os participantes do estudo refletem sobre a maneira que lidam com o idoso durante o atendimento de resgate, como observamos no exposto representativo:

Geralmente o atendimento ao idoso ele demanda uma atenção maior da equipe e é algo que eu observo quando a gente faz atendimento. Nosso atendimento é meramente o resgate do idoso, nós não damos aquela assistência após (COND 6).

O idoso é um paciente, que nós profissionais da saúde temos que ter atenção redobrada nos procedimentos que faremos com os mesmos. Temos que ser mais criteriosos na conduta sendo feita por nós (COND 8).

Compreendemos que o fato destes profissionais reconhecerem suas limitações como também a necessidade de ampliar a atenção voltada ao idoso, certamente abre novas possibilidades de valorização da pessoa na perspectiva de uma assistência integral.

As falas abaixo permitiram a compreensão de que a integração em um serviço de atendimento pré-hospitalar prestado ao idoso, apesar de antagônica, convergem para a falta de humanização dos cuidados. Enquanto uma fala revela a descontinuidade do bom atendimento, a outra traz claramente a falta de sensibilidade de alguns profissionais, expressando a opinião de diversos entrevistados:

Não basta sermos atenciosos no atendimento e no final levar o idoso pra ficar em uma maca fria no corredor em uma unidade de urgência (ENF1).

Tem pessoas que atendem bacana, legal, e tem outras que são péssimas. Até na mesma equipe as vezes eu tenho que ficar brigando com um colega que tá tratando mal o idoso (ENF 3).

Nos serviços de urgência e emergência, revelam-se dificuldades na prestação de atendimentos aos idosos, apontando necessidade de reestruturação de fluxos de atendimentos, preenchimento de dados, ampliação da equipe multiprofissional, metas que evitem o modelo biomédico, estrutura adequada ao idoso, capacitação dos funcionários principalmente em gerontologia, além do empenho de gestores, profissionais e instituições formadoras na área da saúde (SCOLARI, RISSARDO, CARREIRA, 2018).

Em uma pesquisa de O'Dwyer et al (2017) aponta-se dificuldades na execução da integralidade dos serviços pré-hospitalares com os componentes hospitalares de urgência por fatores como envelhecimento da rede hospitalar, falta de leitos, incluindo os de terapia intensiva, hospitais superlotados, escassez de atendimentos especializados nos hospitais de urgência, recursos materiais insuficientes, concentração dos grandes hospitais nos centros urbanos, hospitais de pequeno porte inadequados em cidades menores, falta de comprometimento com a regulação das urgências formalmente definidas, desequilíbrio de investimentos financeiros entre o pré e o intra hospitalar e gestão conflituosa.

Por fim, ressalta-se que todas as unidades de significado extraídas das falas dos entrevistados trouxeram conhecimentos importantes para o processo de trabalho no serviço de atendimento pré-hospitalar direcionado ao idoso. Trouxe ainda o reconhecimento de que o

trabalho desenvolvido por esses profissionais é desafiador quando se fala em infraestrutura, ou seja, precarização de um modo geral no trabalho.

Destaca-se que a humanização dos serviços de saúde é algo complexo que vai além de princípios e diretrizes, mas que se constitui como processo a ser construído nas relações interpessoais, nos processos de gestão e no dia a dia do cuidado.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou compreendermos a percepção que os socorristas de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel têm acerca do atendimento ao idoso, considerando a política de humanização do SUS.

Porém, por tudo que foi exposto, o estudo ressalta que há dificuldade dos profissionais de saúde que atendem os idosos, em executar um atendimento integral que ultrapasse a questão técnica-científica. A percepção desses profissionais revela pouca significância à contextualização do idoso, suas particularidades e condições de vida.

O estudo também ressalta que parece haver um mito entre os socorristas de que uma assistência baseada em protocolos técnicos-científicos exclui a possibilidade de humanização como uma prática colaborativa, ao contrário do que revelam as literaturas atuais, nas quais já é possível encontrar estudos que mostram a necessidade de trabalhos em equipe de forma integrada e efetiva.

Destaca-se a necessidade de se compreender melhor a Política de Humanização como a de Atenção às Urgências e suas possibilidades de convergência para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Trazemos a sugestão de que aconteça de forma regular momentos de formação no serviço sobre atendimentos de urgência ao idoso com enfoque na humanização do cuidado. No entanto, mais estudos precisam ser feitos como também a construção de material educativo que possa servir de subsídios no atendimento pré hospitalar.

É necessário que a gestão dos serviços de APH se comprometam em colaborar com a linha de cuidado ao idoso na urgência, de forma a buscar elaborar protocolos clínicos e institucionais, além de capacitar e manter atualizados os trabalhadores do seu serviço, tanto da assistência quanto da regulação médica. Estendendo se possível as ações educativas tanto para a comunidade, que pode colaborar com a prevenção de acidentes com o idoso, quanto para os demais componentes da rede como a atenção básica e domiciliar, que também necessitam realizar o atendimento pré-hospitalar fixo com qualidade.

A nível regional, é necessário que se repensem a estrutura das redes de atenção as urgências locais, se alinhem e pactuem sua atuação frente a complexidade das demandas dos idosos, principalmente na integração dos serviços pré-hospitalares e hospitalares. Permitindo que essa parte da população tenha acesso a toda a rede de forma integral e humanizada, recebendo um atendimento acolhedor mediante a devida classificação do risco durante o seu

estado de saúde agravado em um momento de urgência, garantindo ainda a continuidade do seu cuidado após sua devida estabilização.

Por fim, esperamos que essa pesquisa possa contribuir para o envelhecimento ativo da população brasileira, mediante a contribuição científica para a qualificação das equipes de atendimento pré-hospitalar móvel, através do estímulo a adesão ao cuidado integral, técnico-científico e humanizado aos idosos, compartilhando a responsabilidade desse compromisso com os demais componentes da rede de atenção às urgências.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira de et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery [online]**, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>>. Acesso: 7 ago 2021.

ALMEIDA, Simone Lopes de. Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 30, e786, p. 1-6, 2019.

ALMONDES, Katie Moraes de, SALES, Eleni de Araújo; MEIRA, Maísa de Oliveira. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000992014>>. Acesso: 7 ago 2021.

ANDRADE, Ana Fátima Souza Melo de et al. Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e346101321536, 2021.

BARROS, Glaucio José Tiyoshi Sato; SÁ, Ricardo Ferreira de. **Estudo e análise da localização da unidade de serviço de atendimento médico de urgência – SAMU**. Universidade Federal Rural da Amazônia – UFRA. Parauapebas – PA. 2020.

BARROS, Iarema Fabieli Oliveira de et al. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do sistema único de saúde. **Rev. Kairós**. v. 18, n. 4, p. 63-80, out-dez, 2015.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues. **Regulação da saúde no estado do Pará: um estudo na região metropolitana de Belém**. Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia – GO. 2019.

BATTISTI, Gabriela Reginatto et al. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 40, e20180431, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180431>>. [Acesso em: 16 Jan 2021].

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev Enferm UERJ**, v. 23, n. 1, p. 82-7, 2015.

BONFADA, Diego et. al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da política nacional de humanização – cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização** – HumanizaSUS, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2048/GM de 05 de nov. 2002**: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, Francisco Nalécio da et al. Desafios vivenciados pela equipe de atendimento pré-hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, p. e-021088, jun, 2021.

COSTA, R. C; LOCKS, M. O. H; GIRONDI, J. B. Pesquisa exploratória descritiva. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadoras. Metodologia da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde. Porto Alegre (RS):Editora MORIÁ; 2016.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020.

DUARTE, José Augusto de Souza. **Estresse ocupacional da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência de Belém-PA**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2014.

FIGUEREDO, Wilton Nascimento et al. Permanecer sus: a (re)formação em saúde sob a perspectiva do acolhimento e da humanização. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 465-475, Jul/Set, 2015.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 58, n. 3, maio, 2012.

FRANKLIN, Thainara Araujo et al. Caracterização do atendimento de um serviço pré-hospitalar a idosos envolvidos em queda. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 62-67, jan/mar, 2018.

FREITAS, Cecília Manuela dos Santos. **A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem**. 2017. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2017.

- GOMES, Palomma Stephane Dias; MIRANDA, Ricelly Lignani de; MAIA, Flávio Roberto Campos. **Atendimento pré-hospitalar e sua revalidação**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para aprovação (Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2020.
- GREGÓRIO, Samuel de Sousa; BARBOSA, Francisca Luziene Fernandes; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Atendimento humanizado nas unidades de urgência e emergência. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.15, n. 55, p. 395-401, maio, 2021.
- LUZ, Carlos de Castro; JUNGER, Washington Leite; CAVALINI, Luciana Tricai. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras. [online]**, v. 56, n. 4, p. 452-457, 2010.
- MACHADO, Cristiani Vieira et al. Gestão do trabalho nas unidades de pronto atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 2, e.00170614. fev. 2016.
- MARTINS, Daiane Granada; GONCALVES, Júlia. Estresse Ocupacional em Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 3-17, dez. 2019 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.618>> Acesso em: 8 mai. 2021.
- MASSULO, Andressa Caroline; SCARANO, Janine Knabach. Conhecimento dos profissionais de saúde de um Município do Paraná sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - UniCesumar – Centro Universitário de Maringá. Maringá – PR. 2018.
- MATA, Keilla Shelen Santana da et al. Entraves no atendimento pré-hospitalar do samu: percepção dos enfermeiros. **J Nurs UFPE online.**, Recife, v. 12, n. 8, p. 2137-45, Aug., 2018.
- MEDEIROS, Maria do Perpétuo Socorro Sampaio. **Qualidade de vida dos profissionais da enfermagem no serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU do município de Belém-Pará**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2014.
- MESCHIAL, William Campo et al. Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-16, mar, 2014.
- MOTA, Larissa Larie; ANDRADE, Selma Regina de. Temas de atenção pré-hospitalar para informação de escolares: a perspectiva dos profissionais do SAMU. **Texto Contexto Enferm.** v. 24, n. 1, p. 38-46. jan.-mar, 2015.
- NASCIMENTO, Marta Oliveira; ARAÚJO, Giovana Fernandes. Riscos ocupacionais dos profissionais de enfermagem atuantes no SAMU 192. **Rev. Psic.** v. 10, n. 33, p. 212-223, jan, 2017.
- NEGREIROS, Francisca Diana da Silva et al. Processo de trabalho de enfermeiros no atendimento pré-hospitalar móvel. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 15, p. 49-62, 2021.

O'DWYER, R et al. Patterns of emergency ambulance use, 2009–13: a comparison of older people living in Residential Aged Care Facilities and the Community. **Age and Ageing**, v. 47, n. 4, p. 615-619, 2018.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-14, 2017.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araújo. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saude soc.**, v. 22, n. 1, mar, 2013.

OLIVEIRA, Kleber Aparecido de et al. Causes of trauma in elderly patients treated in emergency unit. **Rev Enferm UFPE online**, v. 7, n. 4, 2013.

OLIVEIRA, Simone da Silva et al. Vivências da deliberação moral de enfermeiras no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 35, e38733, 2021.

ORTIGA, Angela Maria Blatt et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 32, n. 12, e00176714, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00176714>>. Acesso em: 18 Jan. 2021.

PAM, Raquel et al. Conhecimento de profissionais de saúde acerca do atendimento inicial intra-hospitalar ao paciente vítima de queimaduras. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39, e2017-0279, 2018.

PEREIRA, Eric Rosa et al. The pre-hospital care and the patient safety: contributions to the safe practice. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 13, p. 234-240, 2021.

PEREIRA NETO, José. **Conhecimento e Atuação Do Enfermeiro(a) no Atendimento Pré-Hospitalar**. 2019. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2019.

PIROZI, Iago Américo Sahar et al. Assistência de enfermagem frente às diretrizes do uso rotineiro do colar cervical no atendimento pré-hospitalar: uma revisão narrativa. **Revista Transformar**, v. 14, n. 2. 2021.

RADAELLI, Carla; COSTA, Arlete Eli Kunz da; PISSAIA, Luís Felipe. O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 6, 2019.

RODRIGUES, Juliana Bonelli; IBANHES, Lauro Cesar. Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2019.

ROMERO, Dalia Elena et al. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 8, p. 2641-2650. 2018.

ROSA, Tábada Samantha Marques et al. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por que da no Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** p. 18, n. 1, p. 59-69. Rio de Janeiro. 2015.

SALES, Wesley Barbosa et al. Humanização na assistência a pessoa idosa: uma revisão de literatura. VII Congresso Internaciona de Envelhecimento Humano. 2020.

SANTOS, Josemir do Carmo et al. Processo de trabalho de enfermeiros no atendimento pré-hospitalar móvel. **Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 15, n. 1, p. 49–62, 2021.

SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza; RISSARDO, Leidyani Karina; CARREIRA, Lígia. Produção científica sobre idosos em unidades de pronto atendimento. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 12, n. 2, 2018.

SOUSA, Fabianne de Jesus Dias de; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; GAMBÁ, Monica Antar. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 2, p. 2135-44, 2018.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

SOUSA, Yan Victor Leal; BORGES, Laryce Steffane de Carvalho; VELOSO, Laurimary Caminh. Nurse assistance in cardiac arrest in the Mobile Emergency Service (SAMU). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

TELES, Andrei Souza et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 1, p. 51-57, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010188>>. Acesso em: 18 ago 2021.

UWE, Flick. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. ARTMED. Porto Alegre. 2009.

VIEIRA, Otávio Lima Guimarães Ferraz; MEIRA, Fábio de Brito; MARINHO, Maykon dos Santos. A importância, limitações e dificuldades do SAMU 192: revisão integrativa da literatura. **UNILUS Ensino e pesquisa**, v. 18, n. 51, 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

#### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA “A COMPREENSÃO DE SOCORRISTAS ACERCA DO ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR PARA IDOSOS À LUZ DA POLÍTICA HUMANIZASUS”

Você está sendo convidado para fazer parte de um estudo intitulado *Idosos caidores: compreensão dos profissionais de saúde acerca do atendimento pré-hospitalar à luz da política HumanizaSUS*, desenvolvido pela enfermeira Thamyris Abreu Marinho, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Profa. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

Caso tenha interesse em participar da pesquisa, prossiga com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente afirme seu consentimento como participante selecionando uma das opções:

- ( ) 1. Li o TCLE, entendi e estou de acordo em participar da pesquisa;
- ( ) 2. Não aceito participar da pesquisa.

Qual seu nome completo?

Qual sua idade?

Qual a função que você ocupa no serviço de atendimento pré-hospitalar (APH)?

Há quanto tempo você realiza APH neste serviço de suporte básico ou avançado de vida?

Como você percebe o atendimento ao idoso caidor no serviço de atendimento pré-hospitalar (APH), considerando a política de humanização do SUS?



## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



### **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

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

Este documento foi desenvolvido com o objetivo de conhecer e analisar a compreensão que os profissionais dos serviços de saúde, que atuam em viaturas do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH), têm acerca do atendimento de idosos que caem, considerando a política de humanização do SUS. Caso aceite participar, você deverá assinalar o formulário dizendo que está de acordo.

Serão realizadas perguntas em duas etapas: a primeira, com dados pessoais, tempo de serviço e função que desempenha. Sendo que as informações pessoais serão de acesso exclusivo dos pesquisadores, que mesmo assim, trocarão por codificações, ou seja, não será revelada qualquer informação que possa identificar você publicamente.

Na segunda etapa, faremos uma única pergunta aberta sobre a temática da pesquisa, a qual será explorada/aprofundada no decorrer do diálogo. Quanto mais ideias você expor, maior poderá ser a qualidade dos dados coletados.

O tempo estimado para responder o formulário varia de acordo com a intensidade de suas respostas. Reafirmamos que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e não é obrigatória. Você pode desistir a qualquer momento. Você tem o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem desconfortos de qualquer natureza. Não é esperado que esta pesquisa traga benefícios diretos a você, mas acreditamos que os seus resultados possam fornecer informações para futuras melhorias na qualidade de vida de idosos, o que consequentemente beneficiará a todos os usuários dos serviços de saúde.

Esta pesquisa segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. E também, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes da pesquisa diante dos desafios para estudos em ambiente virtual nos tempos atuais, esta segue o que

determina o Ofício Circular n. 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, a qual orienta sobre os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Caso queira esclarecer outras dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Thamyris Abreu Marinho, e-mail: profamarinhota@gmail.com ou telefone 91980163199 e Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira (orientadora), no e-mail: mariliafvo@ufpa.br.