



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

NAHADJA TAHAYNARA BARROS LEAL

**SAMU NO SISTEMA PRISIONAL DA PARAÍBA: PERFIL DE ATENDIMENTOS E
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O MOTIVO DO CHAMADO E O LOCAL
DA ASSISTÊNCIA**

CAMPINA GRANDE

2018

NAHADJA TAHAYNARA BARROS LEAL

**SAMU NO SISTEMA PRISIONAL DA PARAÍBA: PERFIL DE ATENDIMENTOS E
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O MOTIVO DO CHAMADO E O LOCAL
DA ASSISTÊNCIA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L435s Leal, Nahadja Tahaynara Barros.
SAMU no sistema prisional da Paraíba [manuscrito] : perfil de atendimentos e percepção do enfermeiro sobre o motivo do chamado e o local da assistência / Nahadja Tahaynara Barros Leal. - 2018.
114 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Atendimento pré-hospitalar. 2. Atendimento de urgência.
3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Prisões.

21. ed. CDD 614

Nahadja Tahaynara Barros Leal

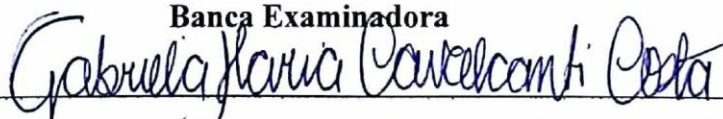
SAMU no sistema prisional da Paraíba: perfil de atendimentos e percepção do enfermeiro sobre o motivo do chamado e o local da assistência

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: 11/06/2018

Banca Examinadora



Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

*Dedico este trabalho a Deus, por ter me guiado
nesta trajetória até a conclusão deste ciclo
acadêmico.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, fiel, justo e amoroso, por apoiar minhas escolhas, prover meios e tornar meus sonhos concretos, fazendo-me entender que tudo tem seu tempo para acontecer. Grata pela oportunidade de vivenciar essa experiência grandiosa e transformadora.

A meus pais, Lucia Maria de Sousa Barros Leal e Sebastião Rodrigues Leal, pelo amor incondicional transmitido diariamente, por todo o incentivo, cuidado, dedicação, compreensão, amparo em momentos difíceis e por me ensinarem pelo exemplo, a ser perseverante, buscando sempre meus sonhos com fé e determinação.

Aos meus irmãos (as) Loisláyne Barros Leal; Sahayna Layadne Barros Leal; Snadgyell Dahasley Barros Leal; Láydna Nandhara Barros Leal; Louisyárea Flora Barros Leal; Snahádne Briscyo Barros Leal, por todo carinho, fundamental para o meu prosseguir e por sempre torcerem por mim, assim como acredito no sucesso de todos.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa, pela excelente condução nesse período e ensinamentos recebidos durante encontros de orientação e no decorrer do estágio docência. Muito obrigada pela atenção, compreensão, paciência, responsabilidade e ética.

Ao Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda pela disponibilidade, contribuições na área estatística e ensinamentos desde a concepção do projeto de pesquisa e no decorrer do processo de construção dos resultados deste trabalho.

A Prof^a. Dr^a. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, pelas contribuições científicas valorosas, desde a qualificação do projeto de pesquisa que gerou este trabalho e disponibilidade em compor as bancas.

Aos colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, por todos os momentos de aprendizado que partilhamos e construimos no decorrer das disciplinas.

Ao corpo de docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, por todos os conhecimentos compartilhados durante as aulas, que contribuíram para o futuro alcance de novos sonhos gerados durante o programa.

As secretarias que atuaram no programa durante este período de formação acadêmica pela disponibilidade e auxílio em momentos de dúvidas e prontidão diante as minhas solicitações.

Não poderia deixar de agradecer aos meus professores, exemplos de profissionais, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, pela excelente formação que me proporcionou chegar até aqui.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro por meio da concessão da bolsa que contribuiu para coleta de dados.

A Coordenação Estadual da Rede de Atenção as Urgências e Emergências da Paraíba.

Aos profissionais responsáveis pelas coordenações administrativas e de enfermagem dos serviços, nos locais onde foram realizadas as coletas de dados, pelo acolhimento e apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos enfermeiros (as) que se dispuseram a compartilhar saberes e experiências adquiridos no decorrer do exercício da profissão ao aceitarem participar da pesquisa, excepcionais para concretização dos objetivos planejados. Muito obrigada!

"O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais,
no meio da alegria,
e inda mais alegre
ainda no meio da tristeza!
A vida inventa!
A gente principia as coisas,
no não saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação
porque a vida é mutirão de todos,
por todos remexida e temperada.
O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam.“
(Guimarães Rosa, 1956 - Grande Sertão:
Veredas)

RESUMO

LEAL, N. T. B. SAMU no sistema prisional da Paraíba: perfil de atendimentos e percepção do enfermeiro sobre o motivo do chamado e o local da assistência. 2018, 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) visa disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo a vítimas acometidas por agravos de diversas naturezas, com atendimentos realizados em qualquer lugar solicitado. **Objetivos:** descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos do SAMU em penitenciárias; analisar o motivo do chamado e o local da assistência em atendimentos realizados por enfermeiros do SAMU em penitenciárias. **Metodologia:** estudo epidemiológico transversal de abordagem quanti-qualitativa, realizado entre agosto e dezembro de 2017, em quatro cidades do estado da Paraíba, Brasil que apresentam SAMU com Centrais de Regulação Médica de Urgências, que desempenharam atendimentos em penitenciárias no período de janeiro a dezembro de 2016. A coleta de dados foi dividida em duas fases, a quantitativa para obtenção de dados em impressos destinados ao registro dos atendimentos e a etapa qualitativa por entrevistas com enfermeiros que atuavam nos serviços selecionados. Para as variáveis da fase quantitativa foram realizadas análises descritivas, aplicado o teste Qui-Quadrado e calculada a Razão de Chances, no software estatístico R. A análise dos dados qualitativos seguiu o referencial teórico proposto por Bardin. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da UEPB tendo como CAAE: 69599217.8.0000.5187. **Resultados:** Dos atendimentos realizados 335 (90,54%) foram urgências clínicas; para usuários do sexo masculino 306 (82,70%); idades entre 20-29 anos 161 (43,51%); com envio principalmente de unidades de suporte básico (valor-p = 0,0015; razão de chances = 6,46 [2,35;17,77]). A maior frequência dos atendimentos foi em penitenciárias com equipe de atenção básica prisional (valor-p = 0,0382) e de solicitações feitas em dias úteis; 194 (52,43%) assistências foram locais sem a necessidade de encaminhamento para outros estabelecimentos de saúde e quando realizado 129 (89,58) foram transportados para hospitais. Com relação a etapa qualitativa, das falas dos enfermeiros emergiram as categorias: Motivos para Assistência de Urgência e Local para Assistência da Equipe do SAMU, as quais demonstram dificuldades durante a assistência como demandas não pertinentes ao serviço, local inadequado para assistência, falta de escolta e de privacidade durante os atendimentos. **Conclusões:** As características dos atendimentos realizados pelo SAMU em penitenciárias a sujeitos privados de liberdade, bem como as vivências descritas pelos enfermeiros, podem oferecer subsídios para reflexões na área da saúde pública, sobre a organização de ações que visem a prevenção e agravos e doenças que possam surgir durante o cumprimento de medidas judiciais e auxiliar na qualificação da gestão dos serviços que podem atender essa população.

Descritores: Serviços Pré-Hospitalares; Atendimento de Urgência; Socorro de Urgência; Políticas Públicas de Saúde; Prisioneiros; Prisões.

ABSTRACT

LEAL, N. T. B. SAMU in the prison system of Paraíba: profile of care and perception of the nurse about the reason for the call and the place of care. 2018, 114f. Dissertation (Master in Public Health) - State University of Paraíba, Campina Grande, 2018.

Introduction: The Emergency Mobile Assistance Service (SAMU) aims to provide early care and adequate, fast and resolute transportation to victims affected by various diseases, with care taken at any place requested. **Objectives:** to describe the epidemiological profile of SAMU care in penitentiaries; analyze the reason for the call and the place of assistance in the care given by SAMU nurses in penitentiaries. **Methodology:** a cross-sectional epidemiological study of a quantitative-qualitative approach carried out between August and December 2017 in four cities in the state of Paraíba, Brazil, which present SAMUs with Centers of Emergency Medical Regulation, which served in penitentiaries from January to December of 2016. The data collection was divided in two phases, the quantitative one to obtain data in forms destined to the registry of the consultations and the qualitative step by interviews with nurses who worked in the selected services. For the variables of the quantitative phase, descriptive analyzes were performed, the Chi-Square test was applied and the Odds Ratio was calculated in the statistical software R. The analysis of the qualitative data followed the theoretical framework proposed by Bardin. The research protocol was approved by the Research Ethics Committee of the UEPB, having as CAAE: 69599217.8.0000.5187. **Results:** Of the consultations performed 335 (90.54%) were clinical emergencies; for male users 306 (82.70%); ages between 20-29 years 161 (43.51%); (p-value = 0.0015, odds ratio = 6.46 [2.35, 17.77]). The highest frequency of visits was in penitentiaries with a basic prison care team (p-value = 0.0382) and requests made on working days, 194 (52.43%) were assisted without any referral to other health facilities and when performed 129 (89.58) were transported to hospitals. Regarding the qualitative step, the following categories emerged from the nurses' speeches: Reasons for Emergency and Local Assistance for SAMU Team Assistance, which show difficulties during care such as non-service demands, inadequate assistance, lack of escort and privacy during calls. **Conclusions:** The characteristics of SAMU care in prisons to prisoners, as well as the experiences described by nurses, can provide support for reflections in the area of public health, on the organization of actions aimed at prevention and diseases and diseases that may arise during the enforcement of judicial measures and assist in the qualification of the management of the services that can serve this population.

Keywords: Prehospital Services; Urgent Care; Emergency Relief; Public Health Policies; Prisoners; Prisons.

ISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências no Brasil, 2016. 26
- Figura 2** - Estado da Paraíba/Brasil e localização das cidades em que a pesquisa foi realizada. 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Localização das cidades que contem Centrais de Regulação de Urgências no SAMU, distribuição de enfermeiros e penitenciárias. Campina Grande/PB. Brasil. 2018	33
Quadro 2 - Variáveis do formulário utilizado para coleta de dados. Campina Grande/PB. Brasil. 2018.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Localização das cidades que contem Centrais de Regulação de Urgências no SAMU, distribuição de atendimentos gerais e em penitenciarias. Campina Grande/PB. Brasil. 2018.	35
Tabela 2 - Características dos motivos dos chamados telefônicos em relação ao usuário e assistência do SAMU.	50
Tabela 3 - Característica do local de atendimento em relação ao atendimento em penitenciarias e destino do usuário.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RAS	Rede de Atenção à saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
USB	Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre
USA	Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre
VTR	Veículo de transporte
RC	Razão de Chances

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Direito a Saúde nos Presídios Brasileiros	18
2.2 Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência no Cenário Brasileiro	21
2.3 O Cuidar em Situação de Urgência: Competências e Atribuições Legais do Enfermeiro no SAMU	26
3 OBJETIVOS	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 Delineamento do Estudo	32
4.2 Cenário do Estudo	32
4.3 População e Amostra	34
4.4 Coleta de Dados	36
4.5 Análise dos Dados	40
4.6 Aspectos Éticos	41
5 RESULTADOS	43
5.1 Produtos da Dissertação	43
5.1.1 Artigo 1	44
5.1.2 Artigo 2	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7 REFERENCIAS	77
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem experimentado mudanças significativas nos aspectos demográficos com aumento da expectativa de vida e consequente queda das taxas de natalidade, refletidas na estrutura etária da população, ao passo que, também vivencia uma transição epidemiológica com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, acarretando impactos importantes na demanda de serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2016).

Apresenta índices elevados de mortalidade por causas externas, em 2013, foram registrados 151.683 óbitos no país. No mesmo ano, registrou-se mais de 1 milhão de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente de homens e nas pessoas com idade de 10 a 39 anos (BRASIL, 2015). As estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam para a ocorrência desses eventos no período de 2002-2020, principalmente decorrentes de violências e acidentes de trânsito (ROCHA et al., 2014).

Nesse cenário o SUS, vem passando por transformações na percepção de prevenir doenças e agravos à saúde, bem como atender cada vez mais as necessidades da população. A proposta mais atual regulamentada pela portaria ministerial nº 4.279 de 2010, é a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

As RAS consistem em uma forma de ordenação das ações e serviços, com diferentes densidades tecnológicas, vinculados entre si de maneira cooperativa e interdependente sem relação de hierarquia estabelecidas entre os diferentes componentes, assim todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente para oferecer assistência contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (CARVALHO, 2013).

A partir do referencial da portaria nº 4.279/2010, foram pactuadas as seguintes redes consideradas prioritárias, a serem implantadas no país: rede cegonha; rede de atenção às urgências (RAU); rede de atenção psicossocial; rede de cuidado à pessoa com deficiência e a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014a).

A RAU foi regulamentada pela portaria nº 1.600 de 2011, considerada área de atenção importante, em vistas da expansão da demanda e sobrecarga dos serviços nessa área nos últimos anos, decorrentes da ascensão do número de acidentes e violência urbana e da alta mortalidade relacionada a doenças do aparelho circulatório em indivíduos acima dos 40 anos. Esses fatores têm transformado, este setor num dos mais problemáticos do sistema público de

saúde brasileiro (TORRES; BELISARIO; MELO, 2015).

Atualmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é considerado o principal componente pré-hospitalar móvel da RAU e objetiva orientar o fluxo assistencial, disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravo à sua saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa acarretar em sofrimento, sequelas ou mesmo à morte (ALMEIDA et al., 2016).

Mediante orientações médicas prestadas por ligações telefônicas e/ou envio de veículos tripulados por profissionais com diversos níveis de formação, dentre eles o enfermeiro que detém a responsabilidade técnico-científica sobre a equipe de enfermagem, exercendo atividades que exigem conhecimentos teóricos, habilidades técnicas, sensibilidade, criatividade e capacidade de tomar decisões rápidas e resolutivas, capazes promover a diminuição de riscos que ameaçam a vida do paciente durante a assistência direta, além de desenvolverem atividades de coordenação e educação continuada. Portanto conhecer vivências e perspectivas acerca do seu trabalho se faz necessária, em vistas da importância das ações desempenhadas por eles no cotidiano de serviços de urgência pré-hospitalares (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

Após análise inicial da queixa do solicitante, os veículos tripulados pelas equipes com composição determinada conforme a gravidade do usuário, podem realizar atendimento em diversos locais seja domicílios, estabelecimentos comerciais e até mesmo em penitenciárias (VERONESE; OLIVEIRA; NAST, 2012).

Cabe destacar que o acesso de sujeitos privados de liberdade, a cuidados de saúde é assegurado pelo estado, em conformidade com a Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210 de 1984, que define os direitos e deveres dos sujeitos privados de liberdade. No tocante a assistência à saúde, o estado deve oferecê-la com caráter preventivo e curativo, englobando o atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). No âmbito dos estabelecimentos penais federais o decreto nº 6.049 de 2007, aprova o Regulamento Penitenciário Federal, o qual define que a assistência à saúde consiste no desenvolvimento de ações com o objetivo de garantir a aplicação de normas e diretrizes da área da saúde e compreende os atendimentos: médico, farmacêutico, odontológico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007).

Ainda conforme as legislações descritas, as referidas especialidades na área da saúde devem funcionar no próprio estabelecimento penal e quando não estiverem aparelhados para prover a assistência necessária, esta será prestada em outro local da rede de serviços

pactuados pelo município, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1984; BRASIL, 2007).

A remoção de sujeitos privados de liberdade depende da escolta da polícia militar, inviabilizada muitas vezes em virtude da disponibilidade de policiais bem como da escassez de vagas nos serviços de saúde (ARRUDA, 2013). Aliado a esses fatores, a superlotação; insalubridade das celas; baixas condições sanitárias dos presídios; a violência entre os presos ou com envolvimento de policiais e agentes penitenciários (MARTINS et al., 2014), além dos modos de vida como o sedentarismo e alimentação inadequada, tem colaborado para a progressão e surgimento de doenças e agravos a saúde, que podem necessitar de atendimentos de urgência (SOUSA et al., 2013).

Alguns destes problemas destacados são decorrentes do atual panorama brasileiro, que tem demonstrado ascendência constante da população prisional, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça, em 2000 havia 137 presos para cada 100 mil habitantes, em 2016 essa taxa de aprisionamento chegou a 352,6 pessoas. As estimativas demonstram que caso mantenha-se esse ritmo de encarceramento, em 2022 a população prisional será construída por mais de um milhão de indivíduos (BRASIL, 2016).

Portanto a medida que esses índices aumentam é necessário adequar o setor de saúde pública para atender as necessidades tanto primárias como as de caráter de urgência, que podem surgir durante o cumprimento de medidas judiciais, para que o acesso a saúde seja garantido a toda população prisional, como afirmam vários dispositivos legais desenvolvidos após a LEP através de parcerias entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, com a finalidade da assistência estar em coerência com os princípios do SUS.

No cenário das penitenciárias, ressalta-se que ainda existem dificuldades para a completude do direito a saúde como a precariedade da infraestrutura e dos serviços de saúde nos estabelecimentos penais (MARTINS et al., 2014), apesar de ser assegurado o direito a instalações limpas; adequadas; higiênicas; arejadas; salubres; locais para alimentação e manutenção da higiene pessoal; e para assistência à saúde o estabelecimento deve contar com locais devidamente equipados. Regras internalizadas no País pela Resolução nº 14 de 1994, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPC), que define as Regras Mínimas do Preso no Brasil (AMORIM; DORNELLES; RUDNICKI, 2013).

Quanto aos serviços de saúde nesses ambientes, ressalta-se que há também a indisponibilidade de profissionais de saúde atuando em tempo integral (MARTINS et al., 2014). Conforme a portaria nº 482 de 2014, a presença de serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais deveriam ser pactuados pelos estados e municípios onde a unidade

prisional está instalada, serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços classificam-se em três faixas: unidades prisionais que contenham até 100 custodiados cada profissional cumprirá seis horas semanais; unidades prisionais que contenham de 101 a 500 custodiados a carga horária mínima dos será de 20 horas semanais e em unidades prisionais que contenham de 501 a 1200 custodiados a carga horária mínima será de 30 horas semanais (BRASIL, 2014c).

Desse modo o julgamento da necessidade de uso do SAMU quando ocorrem intercorrências de urgência, pode ser realizado por agentes penitenciários e sob a responsabilidade da direção da unidade, quando não há profissional de saúde na instituição, devendo estes, serem incluídos nos programas de capacitação/sensibilização permanente em saúde para a população privada de liberdade, como dispõe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, descrita na Portaria n° 1 de 2014 (BRASIL, 2014d).

Assim, caracterizar os atendimentos do SAMU, poderá subsidiar o desenvolvimento de capacitações, qualificando os profissionais que trabalham em ambiente prisional para identificação e gerenciamento de situações de urgência, embasadas no perfil das necessidades epidemiológicas e especificidades locais apresentadas por essa população. Obter o perfil dos usuários atendidos em serviços de urgência, traz também subsídios para reorganizar o planejamento do sistema de saúde, servindo como ferramenta para mudanças em modelos de gestão de recursos humanos e materiais na saúde, tanto na rede básica visando a prevenção, como na de serviços hospitalares os quais esses usuários poderão ser encaminhados (GARCIA; REIS, 2014).

Além do exposto, destaca-se ainda a insuficiência de estudos na área da saúde penitenciária que apresentam informações, sobre a atuação de profissionais de saúde e serviços de urgência em presídios, portanto o desenvolvimento desta investigação, poderá contribuir para otimizar o debate acerca da temática e sobre a importância do SAMU, que pode intervir em uma condição de urgência apenas com orientações pelo telefone, evitando encaminhamentos desnecessários a serviços da rede de atenção do município.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIREITO A SAÚDE NOS PRESÍDIOS BRASILEIROS

A LEP estabelecida em 1984, foi o primeiro marco legal correspondente a garantia do direito à saúde nos estabelecimentos prisionais com propósito de prevenir crimes e instruir sujeitos privados de liberdade para retorno ao convívio social, estabelecendo direitos, deveres e normas a serem seguidas durante o período de cumprimento de medidas judiciais (LERMEN et al., 2015). No tocante a saúde, esta lei preconiza a assistência preventiva e curativa a toda população prisional, atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984).

Logo após, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, que infere a saúde como um direito, assegurado a qualquer cidadão, sendo dever do Estado provê-la mediante o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas dirigidas a redução do risco de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988), as ações e serviços constituiriam um novo sistema de saúde instituído através das Leis Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e da Lei 8.142/90, baseado na descentralização, atendimento integral e participação comunitária. Assim sujeitos privados de liberdade estão incluídos na assistência instituída pelo SUS por ser um direito de toda população (LERMEN et al., 2015).

Cabe salientar, que a pena de prisão no Brasil se restringe a perda de liberdade, não englobando outros direitos fundamentais como assistência jurídica; educacional; material; social; religiosa e de saúde, destinada a garantir as pessoas condições de bem-estar físico, mental e social (GOIS et al., 2012).

Destaca-se que após a promulgação desses dispositivos legais, para essa população, foram se desenvolvendo estratégias de saúde específicas regulamentadas em âmbito nacional, com o objetivo de firmar o direito a saúde reduzindo problemas para sua efetivação; ampliar o acesso e melhorar a qualidade de vida (BARBOSA et al., 2014). Ainda na década de 90, foi lançada a portaria do Ministério da Saúde nº 485, para o monitoramento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença prevalente em presídios até nos dias atuais (BATISTA E SILVA, 2016).

Em 2003, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante na Portaria nº 1.777, desenvolvido pelos ministérios da Saúde e da Justiça, destinado a prover

a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas e contribuir para o controle e/ou minimização dos agravos mais frequentes que a acometem (BRASIL, 2004). Considerada ponto de partida para originar a PNAISP (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

Este plano institui, que as ações e os serviços de atenção básica em saúde, serão organizados na unidade prisional e realizado por uma equipe interdisciplinar para assistência de 100 a 500 pessoas, composta por assistente social, enfermeiro, médico, odontólogo, psicólogo, auxiliar de enfermagem e de consultório dentário (BRASIL, 2003a). O acesso aos demais pontos de atenção deverá ser pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

A Portaria n.º 1.777/2003, define por outro lado, que deve haver um co-financiamento para as ações de atenção à saúde no sistema penitenciário compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo (BRASIL, 2003a). Esse incentivo financiará as ações relativas à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais (FERNANDES et al., 2014).

O estado da Paraíba foi qualificado para receber incentivos conforme a Portaria n.º 1.163 de 2008. Nesse período implantou-se seis equipes de saúde em penitenciárias de quatro municípios: Campina Grande (2), Guarabira (1), João Pessoa (2) e Santa Rita (1), compostas por servidores efetivos do quadro da Secretária Estadual de Saúde e Secretaria de Administração Penitenciária (COSTA, 2014), atualmente o estado apresenta 11 penitenciárias com equipe de saúde implantada dentro da instituição penal (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIARIA DA PARAÍBA, 2018).

Contudo, apesar de termos esse plano específico para sujeitos privados de liberdade, percebeu-se que era insuficiente para o atendimento de todas as demandas desse público, a exemplo a assistência as mulheres. Ainda que fosse contemplada em uma das metas, a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, a efetivação de tais ações, não era garantida de maneira integral (LERMEN et al., 2015).

Isto posto, ao passo que essa parcela específica foi crescendo, entre 2005 e 2014 houve um aumento de 118% na população carcerária feminina brasileira, desenvolveram-se políticas sociais direcionadas para esse público (LEAL et al., 2016), como a Lei 11.942 de 2009, a qual altera a LEP e assegura condições mínimas de assistência às gestantes presas e aos recém-

nascidos. No campo dos direitos reprodutivos foi criada, a resolução do CNPC e Penitenciária nº 4 de 2011, assegurando o direito à visita íntima de homens e mulheres presas, recolhidas nos estabelecimentos prisionais. O marco principal foi a concepção da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional regulamentada pela Portaria Interministerial nº 210 de 2014 (DIUANA et al., 2016).

A PNAISP, foi instituída no mesmo mês, pela Portaria Interministerial nº 1 de 2014, tendo como beneficiários as pessoas que se encontram sob custódia do estado inseridas no sistema prisional em cumprimento de medida judicial (ARRUDA et al., 2014). Com objetivos de garantir o acesso de sujeitos privados de liberdade ao cuidado integral no SUS; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização da assistência; qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos e sociais, bem como com as da Justiça Criminal; além de incentivar a participação e o controle social (PEREIRA, 2016).

Vale salientar que os entes federativos, teriam prazo até 31 de dezembro de 2016, para efetuar as medidas necessárias de adequação de suas ações e seus serviços para que seja implementada a política, conforme as regras previstas na Portaria que a regulamenta. Para adesão estadual e municipal é necessária a elaboração do Plano de Ação para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, sendo necessário essas esferas de governo verificarem em relação a rede assistencial local (BRASIL, 2014d):

- Acessibilidade e a qualidade da assistência hospitalar, de urgência e emergência, bem como a forma de atendimento à população;
- Capacidade de atendimento, no município, em ações suplementares de média e alta complexidades, bem como as necessidades de encaminhamento para fora do Município;
- Verificar as Programações Pactuadas e os Planos de Ações Articuladas da Assistência Social, bem como os fluxos de referência da rede dos serviços de média e alta complexidade; e
- Como são trabalhadas, junto às demais instituições do SUS, as propostas de estruturação de redes de referência especializadas para atendimento e como se dará a inclusão e revisão das estratégias e ações para atenção à pessoa privada de liberdade em planos municipais e estaduais de saúde, bem como nos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde.

Para operacionalizar a PNAISP foi instituído a Portaria nº 482 de 2014, estabelecendo que os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento, classificando em três faixas: as unidades prisionais que contenham até 100 custodiados deveram ter serviço de saúde com funcionamento mínimo de seis horas semanais; nas unidades que contenham de 101 a 500 custodiados o serviço de

saúde funcionará no mínimo 20 horas semanais; e em unidades que contenham de 501 a 1.200 custodiados o serviço de saúde assistirá esta população por no mínimo de 30 horas semanais (BRASIL, 2014c).

Ainda em 2014, foi lançada as Portaria nº 94 do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário no SUS e a Portaria nº 95, que regulamenta o financiamento deste serviço e estabelece também os o incentivo financeiro para custeio de serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, habilitado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014g).

Frente à toda legislação anteriormente citada, observa-se que o Sistema Penitenciário possui planejamento estratégico em vigor com desenvolvimento efetivado pela junção de vários órgãos políticos, que permite estabelecer garantias legais para cumprimento do direito à saúde, com assistência viabilizada pela disponibilidade de serviços, recursos humanos e financeiros que deveram ser pactuados e implementados, afim de sanar dificuldades na realidade brasileira, relativas a atenção a saúde de sujeitos privados de liberdade com expreso legalmente, para que essa população usufrua do estabelecido independente de qualquer circunstância (ARRRUDA, 2013).

2.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA NO CENÁRIO BRASILEIRO

O atendimento pré-hospitalar de urgência compreende todas as ações realizadas antes da chegada da vítima ao ambiente hospitalar, visa a redução do número de mortes e sequelas decorrentes do retardo terapêutico, disponibilização de equipe capacitada para assistência e transporte para estabelecimentos de saúde com densidade tecnológica adequada (O'DWYER et al., 2016).

No Brasil, os serviços de atendimento pré-hospitalar começaram a se desenvolver no início da década de 90, voltados para a atenção as vítimas de lesões traumáticas, sendo aprimorados com base nos modelos de atenção as urgências, da França que visa permitir o início precoce da terapêutica e o dos Estados Unidos, propondo a remoção rápida do paciente do local de atendimento (ROCHA et al., 2014).

A partir desse período o poder público começou a formular a normatização da atenção

às urgências e para o atendimento pré-hospitalar móvel no país. Em 2002, foi publicada a Portaria nº 2.048, aprovando o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, sendo este documento o precursor da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), descrevendo princípios, diretrizes, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços nesta área de atenção, devendo estar estruturados com base no diagnóstico das necessidades sociais de saúde feito a partir da observação e da avaliação dos territórios (BRASIL, 2002)

A PNAU foi instituída em 2003 através da portaria nº 1.863, a qual define que a política deve ser implantada a partir da adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, visando conhecer os determinantes e condicionantes das urgências e mediante o desenvolvimento de ações transeitoriais; por intermédio do incentivo a capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção; do seguimento dos princípios de humanização e organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências tendo como componentes (BRASIL, 2003b):

- Componente Pré-Hospitalar Fixo: formado pelas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências
- Componente Pré-Hospitalar Móvel: representado pelo SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências;
- Componente Hospitalar: inclui as portas hospitalares de atenção às urgências, bem como todos os leitos de internação hospitalar, que podem ser gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva;
- Componente Pós-Hospitalar: consistindo nas modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária.

Posteriormente a portaria nº 1.864 de 2003, estabelece a implantação dos SAMU primeiro componente a ser implementado da PNAU, suas Centrais de Regulação Médica de Urgências e Núcleos de Educação em Urgência em todo o território (BRASIL, 2003c). Constituindo um serviço no qual o usuário, por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192 solicita atendimento, apresentado a um componente regulador, nessa etapa todos os chamados são registrados no computador e gravados (LUCHTEMBERG et al., 2014).

As atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das centrais do SAMU foram dispostas na Portaria nº 2.657 de 2004. Consistem estruturas físicas contendo uma equipe formada por: médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores

(BRASIL, 2003c). Profissionais capacitados para regular chamados telefônicos nas 24 horas do dia em todos os dias da semana, que podem demandar orientações médicas ou atendimentos nos locais onde se encontram os usuários, definidos por meio da classificação dos pedidos de atendimento e do grau de prioridade das necessidades de assistência de urgência (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

As centrais de regulação do SAMU atuam também monitorando o tempo resposta das equipes de suporte básico e suporte avançado de vida, definido como o tempo transcorrido desde o momento da recepção do chamado na Central de Regulação Médica de Urgências até a chegada da equipe ao local da ocorrência da situação de urgência. Assim como avalia o tempo médio de transporte que se refere à média do tempo de transporte do cenário ao hospital de referência e o tempo máximo que vai desde o recebimento do chamado até o local de referencia (GHUSSN; SOUZA, 2016). Esses tempos são indicadores de qualidade do serviço e desencadeiam influências diretas na qualidade do atendimento, nas chances de sobrevivência, e minimização de sequelas sobretudo em agravos relacionados ao sistema cardiovascular e os decorrentes de causas externas (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Porém existem dificuldades para efetivação do atendimento em tempo hábil, como erros na localização de endereços para a chegada da equipe até as vítimas, principalmente em municípios que dependem de Centrais de Regulação Médica implantadas em outras cidades podendo provocar a ausência do atendimento, deslocamentos de veículos para locais incorretos, remoção da vítima por terceiros e cancelamento do atendimento por solicitantes, gerando assim, desperdício de tempo e recursos financeiros (O'DWYER; MATTOS, 2012). Outros fatores como a distância do local do agravo em relação à localização da unidade móvel de urgência; condições de trafegabilidade e falta de ambulâncias ou indisponibilidade por estarem envolvidas em outros atendimentos podem acarretar em prolongamento do tempo destinado a assistência (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Outra estratégia prevista pela PNAU foi a implantação dos comitês gestores a partir da Portaria n° 2.072 de 2003, espaços para avaliar o sistema de atenção às urgências a nível municipal, estadual e regional. Entre suas atribuições, destacam-se: articular os entes gestores e os executores das ações relativas à atenção às urgências; avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção nesta área; propor as correções necessárias para adequação da PNAU; analisar sistematicamente os indicadores do SAMU, buscando construir um quadro detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais (BRASIL, 2003d).

Já em 2006, foi lançada a Portaria n° 3.125, na qual foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Programa QualiSUS), com diretrizes para

estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da PNAU que deram origem a normatizações específicas, além de possuir dentre as propostas do programa a continuidade da implantação do atendimento pré-hospitalar móvel, por meio da ampliação e qualificação do SAMU (BRASIL, 2006).

Com objetivo de fomentar a proposta de ampliação do SAMU foi instituída a Portaria n° 2.970, de 2008 que dispõe sobre as diretrizes técnicas e de financiamento para investimento e custeio do componente SAMU nos níveis regionais (BRASIL, 2008). Neste mesmo período, para compor os serviços de atendimento pré-hospitalar fixo foi criado um novo espaço de atenção, a Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA) com a Portaria n° 2.922 em 2008, funcionando como estrutura intermediária entre a atenção básica, hospitalar e salas de estabilização, devendo funcionar em articulação também com o SAMU que organiza o fluxo de atendimento (BRASIL, 2014g).

Vale salientar que ainda no final do ano de 2010, foi pactuado o modelo de RAS trazendo dentre as linhas prioritárias a de assistência as urgências, regulamentada em 2011, através da portaria 1.600, que reformulou a PNAU e instituiu a RAU no âmbito do SUS constituída pelos seguintes componentes: promoção, proteção e vigilância; atenção básica; SAMU e centrais de regulação; sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e domiciliar (BRASIL, 2011).

As diretrizes para a implantação do SAMU componente da RAU e sua Central de Regulação das Urgências estabelecidas na Portaria n° 2.970, de 2008, foram redefinidas pela Portaria n° 1.010 de 2012, a mesma regulamenta que para assistência direta no local da intercorrência, deverá haver equipes formadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que podem variar na composição dependendo do meio de transporte utilizado, são eles (BRASIL, 2012):

- a) Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: Tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- b) Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: Tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- c) Equipe de Aeromédico: Composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- d) Equipe de Embarcação: Composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro em casos de suporte avançado de vida;

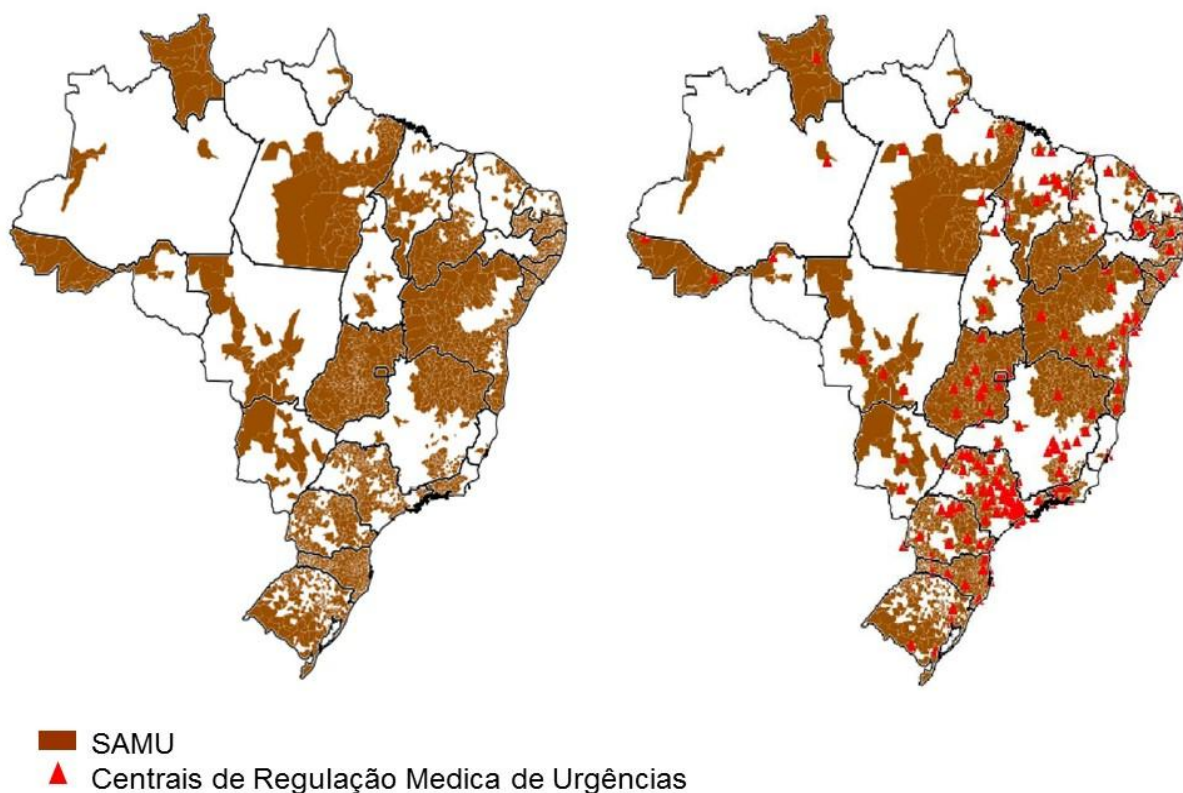
- e) Motolância: Conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância. Incluído como integrante da frota de intervenção do SAMU pela Portaria n. 2.971/2008;
- f) Veículo de Intervenção Rápida: Tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Cabe destacar, que tanto as centrais como as unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgências pertencentes a esse componente da RAU devem estar registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, segundo a Portaria nº 826 de 2014. (BRASIL, 2014g).

Todos os dispositivos legais descritos têm o caráter de contribuir para firmar a integralidade na atenção as urgências e garantir a ampliação do acesso a população. Em 2011 a cobertura da rede nacional do SAMU no Brasil era de 66,0% e em 2016 passou a ser de 76,93%, conforme dados de junho de 2016, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da saúde. Sendo a Paraíba um dos estados com 100% de cobertura pelo SAMU assim como os estados de Alagoas, Roraima Acre, Goiás e Santa Catarina (Figura 01) (BRASIL, 2016).

O alto nível de cobertura do estado da paraíba ocorre devido a presença de Centrais de Regulação Médica de Urgências em sete municípios, a saber: Campina Grande, Cajazeiras, João Pessoa, Monteiro, Sousa, Patos e Piancó e 88 bases descentralizadas distribuídas pelo território (BRASIL, 2016). A base descentralizada apresenta infraestrutura mínima e padronizada para abrigo, alimentação, conforto das equipes, estacionamento de ambulâncias e deveram existir, quando necessário, para garantia de tempo resposta de qualidade na realização de atendimentos e distribuição adequada de recursos do componente SAMU ou em municípios com grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica (BRASIL, 2012).

Figura 1 – Distribuição dos SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências no Brasil, 2016.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da saúde, 2016.

2.3 O CUIDAR EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA: COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES LEGAIS DO ENFERMEIRO NO SAMU

Com a normatização e profissionalização da enfermagem, o campo de trabalho se expandiu passando a atuar legalmente em vários setores, um dos campos é a atenção no cenário das urgências (CAMELO et al., 2016) sendo exercida por quatro categorias com competências distintas: o enfermeiro, o técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e a parteira, conforme a Lei nº 7.498 de 1986 e o Decreto nº 94.406 de 1987 (SEBOLD et al., 2016).

Com base neste aparato legal que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, ao enfermeiro cabem tarefas relacionadas ao planejamento da assistência e implementação, liderança da equipe de enfermagem e gerenciamento de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros (SANTANA, 2013). Dentre as atividades privativas realiza cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Nos serviços de urgência o enfermeiro deve possuir como requisitos gerais para atuar, conforme a portaria n° 2.048 de 2002, disposição para o exercício da atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para capacitação (BRASIL, 2002).

Esta portaria dispõe também sobre as atribuições e competências necessárias, devendo o enfermeiro: supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel; realizar prescrições médicas por telemedicina; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nascido; realizar partos sem distorcia; participar nos programas de treinamento, aprimoramento de pessoal de saúde em urgências e educação continuada; cuidar do controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; conhecer equipamentos, realizar manobras de extração manual de vítimas e obedecer as normas legais que regem as atividades de enfermagem (BRASIL, 2002).

Assumem, portanto, um conjunto de atividades que exigem habilidade bem treinadas e preparo para enfrentar situações desafiadoras, não encontradas em outros ambientes de prática (SANTANA, 2013). Ficam expostos a fatores de riscos físicos e ambientais como acidentes em rodovias e violência; atuam onde há restrição de espaço e em locais diversos; em situações com limite de tempo, além de lidarem com problemas de receptividade dos pacientes encaminhados a unidades fixas de saúde (SZERWIESKI1; OLIVEIRA, 2015).

Com a criação do SAMU, este profissional deve estar inserido como membro das equipes assistenciais desse componente da RAU em todo território nacional, possuindo atividades regulamentadas e fiscalizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e seus componentes regionais que decidem ainda sobre os assuntos pertinentes a ética profissional impondo as penalidades cabíveis (RIBEIRO, 2016).

Nesse contexto, destaca-se que a Resolução COFEN n° 225 de 2000, revogada pela Resolução n° 487 de 2015, dispõe sobre a proibição do cumprimento de prescrição médica a

distância e da execução de prescrições fora da validade (RIBEIRO, 2016). Sendo permitido apenas ao enfermeiro a implementação de prescrições a distância, nas situações de urgência e emergência, com prescrições feitas por médico regulador do SAMU, realizadas por médicos à pacientes em atendimento domiciliar e atendimento de telessaúde. Posteriormente é necessário a elaboração de um relatório com as circunstâncias que caracterizaram a urgência e emergência, as condutas médicas prescritas, atividades executadas pela enfermagem e a resposta do paciente a mesmas. Os serviços devem garantir que o atendimento médico seja transcrito, gravado, armazenado e disponibilizado quando oportuno (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Em 2005, foi publicada a Resolução COFEN n° 300, revogada pela Resolução COFEN n° 375 de 2011, a qual, determina que a assistência de enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel seja terrestre, aérea ou marítima destinada ao atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, somente deve ser desenvolvida na presença do enfermeiro que poderá supervisionar de maneira direta a assistência prestada por técnicos de enfermagem, caso o serviço disponibilize atendimento por essa categoria de nível médio (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011). Não havendo um consenso entre o disposto na portaria n° 1.010 de 2012 do Ministério da Saúde, ao descrever que a assistência de suporte básico de vida pode ser desenvolvida apenas pelo técnico ou auxiliar de enfermagem.

Essa resolução COFEN n° 375, dispõe que a assistência de enfermagem pré-hospitalar tem que estar alicerçada em protocolos técnicos específicos, devidamente assinados pelo diretor técnico e pelo enfermeiro responsável técnico pelas ações de enfermagem da instituição ou empresa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011), com atribuições definidas pela Resolução COFEN 302 de 2005 revogada pela Resolução n° 458 de 2014, a qual normatiza as condições para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem (SZERWIESKI; OLIVEIRA, 2015).

Também é autorizado pelo COFEN por meio da Resolução n° 427 de 2012, em situações de urgência e emergência, a realização de contenção mecânica quando se configurar o único meio para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente, por profissionais de enfermagem somente sob supervisão direta do enfermeiro, sendo vedado a utilização por finalidades de disciplina, punição ou conveniência da equipe de saúde ou instituição (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012a).

Neste mesmo ano entrou em vigor a resolução COFEN n° 423, regulamentando a participação do enfermeiro nas atividades de classificação de riscos, que demandam

competência técnica e científica para realização, considerada como atividade privativa, executada dentro do processo de enfermagem e de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012b). A classificação tem por objetivo dar prioridade de assistência em consonância com parâmetros clínicos e não pela ordem de chegada ou solicitação pelo serviço, em vistas de organizar a demanda de procura de atendimentos em conformidade com a estrutura física, quantitativo profissional e tecnologia adequada identificando os sujeitos que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

A Resolução COFEN n° 429 de 2012, dispõe como responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja impresso ou em meio eletrônico, as informações pertinentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho necessários para garantir a continuidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012c). No âmbito do atendimento feito pelo SAMU, configura-se dentre as atribuições do enfermeiro o preenchimento dos formulários e/ou impressos acerca do atendimento realizado no cenário da intercorrência e durante o transporte de pessoas (REGIS; BATISTA, 2015).

Vale salientar que é necessário o registro do Processo de Enfermagem, instrumento metodológico que orienta o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da sua prática, a ser realizado de maneira sistemática em todos os ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado destes profissionais de acordo com a Resolução COFEN n° 358 de 2009. Quanto ao registro, é necessário conter um resumo do histórico de enfermagem coletado sobre a pessoa, família ou coletividade; os diagnósticos de enfermagem e ações ou intervenções e por fim os resultados esperados que permitem avaliação do plano de cuidados estabelecidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Através desses registros relativos ao atendimento de urgência novos problemas são identificados, intervenções são planejadas e implementadas, além de contribuir para elaboração de estudos científicos que podem embasar processos decisórios, subsidiar a formulação de estratégias, programas e aprimoramento de políticas públicas em urgência levando em consideração as particularidades regionais (REGIS, BATISTA, 2015).

A padronização do conteúdo dos impressos utilizados em serviços de atendimento pré-hospitalar, não é preconizado na portaria n°2.048 de 2002 do Ministério da Saúde, a qual dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência,

assim é de responsabilidade de cada município elaborar seu instrumento de atendimento pré-hospitalar, bem como dos seus serviços de urgência e emergência (BARROS et al., 2014).

3 OBJETIVOS

- Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos do SAMU em penitenciárias do estado da Paraíba;
- Analisar o motivo do chamado e o local da assistência em atendimentos realizados por enfermeiros do SAMU nas penitenciárias da Paraíba.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico transversal, de abordagem quanti-qualitativa. As pesquisas que utilizam métodos de abordagem mista possibilitam uma maior compreensão de problemas de pesquisa ao combinar estas formas, que ampliam o fornecimento de informações sobre o tema em estudo, com métodos múltiplos de coleta de dados contemplando possibilidades variadas de análises estatísticas e análises textuais (CRESWELL, 2010).

Os aspectos quantitativos foram contemplados na primeira fase da pesquisa, que apresenta caráter retrospectivo e com análise documental de impressos destinados a registro dos atendimentos realizados pelo SAMU. Essa abordagem foi escolhida por utilizar estratégias de mensuração que permitem assegurar a confiabilidade dos achados e examinar a relação entre variáveis pelo uso de procedimentos estatísticos (FERRADO, 2012).

O método qualitativo foi abordado na segunda fase deste estudo, visa identificar os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a temática a ser estudada possibilitando, portanto, compreender a realidade vivida socialmente por meio de significados, motivações, aspirações, atitudes, crenças e valores de um indivíduo ou coletividade (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em cidades localizadas no estado da Paraíba, que apresentam SAMU integrando a RAS, responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel as urgências no âmbito do SUS.

Para seleção dos serviços que compuseram a amostra foram elaborados os seguintes critérios de inclusão: SAMU com Centrais de Regulação Médica de Urgências que realizaram atendimentos em penitenciárias no período de janeiro a dezembro de 2016, com assistência pré-hospitalar desempenhada nestes locais independente de apresentarem ou não equipes de

saúde implantadas dentro das unidades prisionais das respectivas cidades que dispõem da assistência deste componente da RAU. As cidades onde foram realizadas as coletas de dados, bem como a distribuição das penitenciárias e o quantitativo de enfermeiros em cada SAMU estão descritas no quadro 01.

Destaca-se que o estado tem população carcerária, segundo dados do mês julho de 2016, constituída por 11.876 indivíduos, dos quais 614 são do sexo feminino e 11.260 do sexo masculino. Conta atualmente com 79 unidades prisionais e 18 penitenciárias, dentre estas 11 apresentam equipes de saúde implantadas, presentes em seis municípios em conformidade com a PNAISP, sendo eles: Campina Grande, Cajazeiras, Guarabira, João Pessoa, Santa Rita e Patos (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA, 2016).

Quadro 1 - Localização das cidades que contem Centrais de Regulação de Urgências no SAMU, distribuição de enfermeiros e penitenciárias. Campina Grande/PB. Brasil. 2018.

CIDADES	QUANTIDADE DE ENFERMEIROS POR SAMU	PENITENCIARIAS
Campina Grande	34	Penitenciária Regional de Campina Grande Raimundo Asfora; * Penitenciária de Campina Grande Jurista Angello Amorim; Penitenciária Regional Padrão Campina Grande (Máxima); * Penitenciária Feminina de Campina Grande.
Cajazeiras	09	Penitenciária Padrão Regional de Cajazeiras; * Penitenciária Feminina de Cajazeiras.
João Pessoa	51	Penitenciária Flósculo da Nóbrega; * Penitenciária de Segurança Média Juiz Hitler Cantalice; Penitenciária de Segurança Máxima Criminalista Geraldo Beltrão; Penitenciária desembargador Sílvio Porto; * Penitenciária Dr. Romeu Gonçalves de Abrantes (Pb1 E Pb2); * Penitenciária de Psiquiatria Forense; *

		Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão; * Penitenciária de Regime Especial Desembargador Francisco Espínola;
Patos	41	Penitenciária Padrão Romero Nóbrega de Patos. * Presídio feminino de Patos

Fonte: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária da Paraíba, 2016.

Nota: * penitenciarias com equipes de saúde.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população consiste em um conjunto bem definido de características a serem investigadas, não se restringindo apenas a sujeitos humanos, podendo englobar registros de arquivos, documentos, instituições entre outros (KARA-JUNIOR, 2014). Neste estudo, foi composta por profissionais enfermeiros e impressos destinados ao registro da assistência da equipe multiprofissional.

A coleta de dados nos impressos de registros de atendimentos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: impressos com registros referentes a atendimentos realizados a sujeitos privados de liberdade em presídios masculinos e femininos das cidades onde se localizam os serviços selecionados para realização do estudo; preenchidas por profissionais de saúde no período de janeiro a dezembro de 2016.

Sendo excluídos impressos com dados de orientações médicas por telefone, de atendimentos cancelados pelo solicitante ou pela central de regulação médica e atendimentos em que a vítima foi removida por terceiros, pois não conteriam informações referentes a conduta dos profissionais da equipe e impressos de atendimentos em penitenciárias com informações incompletas inviabilizando a análise ou que não possibilitaram a identificação da realização da assistência a sujeitos privados de liberdade.

Destaca-se que todas os impressos com registros de atendimentos em penitenciárias foram analisados com a finalidade de verificar adequação aos critérios estabelecidos anteriormente, para assim ser definida a amostra do estudo.

A tabela 2, contém a descrição do número geral de atendimentos realizados em todos os locais, solicitados por ligações telefônicas, que geraram registros pelos SAMU e também o quantitativo de atendimentos ocorridos em penitenciárias de janeiro a dezembro de 2016.

Tabela 1 – Localização das cidades que contem Centrais de Regulação de Urgências no SAMU, distribuição de atendimentos gerais e em penitenciárias. Campina Grande/PB. Brasil. 2018.

CIDADES	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS GERAIS	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS EM PENITENCIARIAS
Campina Grande	56.087	118
Cajazeiras	10.891	21
João Pessoa	24.662	139
Patos	13.309	92
TOTAL	104.949	370

Fonte: SAMU das cidades de Campina Grande, Cajazeiras, João Pessoa e Patos. 2018.

A amostra de enfermeiros foi constituída de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos: profissionais de ambos os sexos que atuam no serviço há pelo menos seis meses e que já realizaram atendimentos a sujeitos privados de liberdade em penitenciárias do estado. Excluindo-se os que não estavam exercendo atividades durante o período da realização das entrevistas.

Para estimar o tamanho da amostra de enfermeiros, de maneira que a mesma fosse representativa para a população total de 135 indivíduos, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = N \times Z^2 \times P(1-P) / (N-1) \times e^2 + Z^2 \times P(1-P).$$

Calculada pelo software estatístico R (CORE TEAM, 2017), onde:

n = Valor da amostra;

N = Valor da população;

Z = Intervalo de confiança (95%);

P = prevalência (0,5);

e = Erro tolerado (0,05).

Dessa maneira, por meio do processo de amostragem probabilística aleatória simples proporcional ao número de enfermeiros do SAMU em cada cidade teriam que ser abordados

os seguintes quantitativos de sujeitos: em Campina Grande 25; em Cajazeiras 06; em João Pessoa 37 e em Patos 30, perfazendo um total de 98 indivíduos.

Ainda para seleção dos enfermeiros foi utilizada uma técnica de randomização para o recrutamento dos participantes. Foi solicitado aos serviços listas com os nomes completos dos profissionais que foram organizados em ordem alfabética, posteriormente foi formulado uma tabela de números aleatórios gerada a partir do site randomizer (<https://www.randomizer.org/>). Caso o valor da amostra não fosse atingido inicialmente, para minimizar perdas de representatividade, foram realizados outros sorteios.

4.4 COLETA DE DADOS

Ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2017, após autorização da Coordenação Estadual da Rede de Atenção as Urgências e Emergências da Paraíba (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Anexo B).

Está etapa foi dividida em duas fases afim de melhor operacionalizar e efetivar a proposta deste estudo, descritas a seguir:

FASE QUANTITATIVA

Esta fase teve como propósito obter o perfil dos atendimentos no sistema penitenciário a sujeitos privados de liberdade, iniciada após agendamento de visitas em cada serviço, afim de estabelecer junto a coordenação administrativa o acesso aos locais onde são feitos os armazenamentos dos impressos de atendimentos.

A coleta de dados, referente a essa etapa, foi realizada com o uso de um formulário (Apêndice A) elaborado pelos pesquisadores com base nas informações contidas nos próprios impressos de atendimento dos locais selecionados para o estudo (Anexo C), cedidos após contato prévio com a coordenação administrativa de cada serviço. O formulário quando utilizado, consiste em uma técnica de coleta de informações em que o pesquisador elabora questões previamente e o mesmo anota as respostas, portando o pesquisador, tem um papel fundamental no delinhamento dos dados (FERRARO, 2012).

Para o sigilo das informações coletadas, os formulários foram numerados em sequência ordinal (1º, 2º, 3º, 4º...) e os serviços receberão numeração cardinal (1, 2, 3, 4), sendo de conhecimento apenas dos pesquisadores.

Foram considerados também como referência para elaboração do formulário de coleta, os indicadores estipulados pelo Ministério da Saúde utilizados para avaliar o funcionamento do SAMU no Brasil, presentes na Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, são eles: número geral de atendimentos no período; tempo mínimo, médio e máximo de resposta; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); localização dos atendimentos; idade e sexo dos usuários; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; usuários referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento (BRASIL, 2012).

Destaca-se que as informações relativas ao tempo mínimo, médio e máximo de resposta dos serviços; orientações médicas e horários de maior pico de atendimento, não serão coletadas em vistas dos impressos utilizados nos SAMU, não conterem informações padronizadas quanto a esses indicadores.

Foi registrado no formulário as condutas tomadas pelas equipes multiprofissionais durante os atendimentos em penitenciárias e durante o transporte de usuários aos locais que possam provê a continuidade da assistência.

As variáveis do formulário foram agrupadas conforme a tabela 3, a seguir:

Quadro 2 – Variáveis do formulário utilizado para coleta de dados. Campina Grande/PB. Brasil. 2018.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PLANO DE ANÁLISE
Local do atendimento	Refere-se a presença ou ausência de equipe de atenção básica prisional (EABP)	Dependente
Motivo de atendimento	Classificação do tipo de atendimento realizado: Urgência traumática; Urgência clínica; Urgência	Dependente

	obstétrica; Urgência psiquiátrica.	
Sexo	Relacionada a totalidade das características nas estruturas reprodutivas, classificado em: feminino e masculino.	Independente
Idade	A ser classificada nas faixas etárias: 18 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 45 anos; 46 a 60 anos; 61 anos ou mais.	Independente
Dia da semana	Data em que o ocorreu atendimento pelo SAMU: domingo; segunda-feira; terça-feira; quarta-feira; quinta-feira; sexta-feira; sábado.	Independente
Transporte utilizado	Veículo utilizado para prestar assistência pela equipe: Unidade de Suporte Básico de vida (USB); Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA); motolância.	Independente
Equipe	Composição da equipe que realizou a assistência: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; condutor.	Independente
Apoio solicitado	Realização de atendimento com auxílio de outros serviços: corpo de bombeiros; Instituto Médico Legal (IML); polícia civil; polícia militar; polícia rodoviária; nenhum suporte para atendimento; outro tipo de apoio para o atendimento.	Independente
Atendimento com a chegada da equipe	Presença de intercorrências com a chegada da equipe no local do atendimento: atendimento cancelado; recusa para atendimento; usuário não se encontra no local do atendimento; usuário recusou remoção; óbito do usuário no local de atendimento; óbito durante o transporte; outro tipo de intercorrências.	Independente
Coleta de antecedentes pessoais	Refere-se a verificação da realização da coleta de informações pelos profissionais relacionadas a história do usuário quanto a presença de	Independente

	hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; doença cardiovascular; doença respiratória; doença gênito urinária; doença infectocontagiosa; doença mental; cirurgias; alergias; uso de medicações; outras condições descritas pela equipe.	
Verificação de sinais vitais	Mensuração dos indicadores das funções vitais: pressão arterial; temperatura; frequência cardíaca; frequência respiratória.	Independente
Realização de exame físico	Possibilita avaliar características inerentes ao corpo humano, que vêm a servir como dados subsidiários a assistência oferecida pela equipe.	Independente
Realização de exames	Exames que podem ser feitos durante o atendimento: glicemia capilar, eletrocardiograma e outros.	Independente
Realização de procedimentos invasivos	Considerados como aqueles que rompem a integridade cutaneomucosa e outras estruturas orgânicas.	Independente
Administração de medicações	Diz respeito a verificação da administração de fármacos.	Independente
Diagnósticos de enfermagem	Representam as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença.	Independente
Intervenções de enfermagem	Ações ou intervenções de enfermagem implementadas nos usuários e elaboradas com base nos diagnósticos de enfermagem.	Independente
Destino do usuário	Pactuado por cada município considerando a RAS que possuem: Unidade básica de saúde; Unidade de pronto Atendimento (UPA); Maternidade; Hospital; outros serviços.	Independente

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

FASE QUALITATIVA

Durante a realização da primeira fase foram programadas com as coordenações administrativas, visitas aos serviços, para realização de entrevistas com os enfermeiros que seguiram um roteiro semi-estruturado (Apêndice B), elaborado pelas pesquisadoras para coleta de informações referentes a caracterização dos participantes (idade, data de nascimento, sexo e tempo de vínculo com o serviço) e perguntas dirigidas a assistência.

Todas as entrevistas foram realizadas nas próprias instituições em horários previamente definidos, de forma individual e audiogravadas com transcrições feitas, logo após a entrevista e numeradas em sequência ordinal crescente (1º, 2º, 3º, 4º...), os serviços de saúde participantes receberam numeração cardinal (1, 2, 3, 4), para garantia do sigilo das informações coletadas, sendo mais uma vez de conhecimento somente dos pesquisadores o sistema de codificação utilizado.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos na primeira fase do estudo, foram registrados em planilhas, na forma de banco de dados do programa de informática Microsoft Office Excel 2010 e a análise foi fundamentada no software estatístico R (CORE TEAM, 2017), com a realização de análise descritiva da amostra. Para verificar as diferenças entre as frequências das variáveis dependentes *versus* as variáveis independentes, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson e foi adotado ainda para este estudo o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%. Para as variáveis que obtiveram significância estatística foi aplicado o cálculo de Razão de Chances (RC).

Após a conclusão das entrevistas na segunda fase, as falas dos participantes foram organizadas em duas categorias: Motivos para Assistência de Urgência e Local para Assistência da Equipe do SAMU, elaboradas conforme o referencial teórico da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2011).

As categorias emergiram durante o processo de tratamento dos dados, que possibilitou a identificação de temas centrais obtidos dos relatos agrupados por apresentarem proximidade conceitual e com elaboração embasada no objetivo da pesquisa.

A Análise de Conteúdo é considerada um conjunto de técnicas sistemáticas para análise de comunicações, visando descrever o conteúdo das mensagens por meio da elaboração de indicadores que permitem a realização de inferências ou deduções sobre os conhecimentos do emissor a cerca de uma temática ou sobre o seu meio social. É composta por três etapas (BARDIN, 2011):

a) Pré – Análise: Realizada com objetivo de organizar de maneira sistematizada um plano que fomenta a construção de interpretações do material coletado. Esta etapa compreende: a leitura flutuante, a fim de estabelecer o primeiro contato com a fonte de dados coleados, possibilitando conhecer os textos; escolha de documentos, para compor o *corpus* de análise; formulação de hipóteses e objetivos a partir dos documentos selecionados; elaboração dos índices e indicadores que subsidiaram a interpretação; e a preparação do material para facilitar a manipulação da análise.

b) Exploração do Material: Consiste na codificação das informações coletadas a partir de unidades de registro que podem ser uma palavra, tema, frase, parágrafos, entre outros, que permitem a descrição pertinente das características do conteúdo das mensagens agrupados em um título ou frase, dando origem a categorias.

C) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação: Nesta etapa o pesquisador necessita ir além do conteúdo dos documentos em estudo, buscando expressar o que se esconde por trás das representações em palavras nos discursos dos entrevistados. Portanto recorrerá ao referencial teórico, para embasar análises, estabelecendo interpretações pertinentes por meio inferências ou deduções.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização da pesquisa foram consideradas as recomendações éticas da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde, que trata das pesquisas que envolvem seres humanos dispendo de normas e regulamentos para participantes deste tipo de pesquisa e visando assegurar os seus direitos e deveres.

Os dados que compõe esse trabalho, fazem parte da pesquisa intitulada: “SAMU no Sistema Prisional da Paraíba: Perfil de Atendimentos e Percepção do Enfermeiro Sobre a

Assistência”, sob CAAE 69599217.8.0000.5187 (Anexo B).

Para coleta de dados secundários, referentes a primeira fase do estudo os pesquisadores assinaram um termo de compromisso (Anexo D), garantindo preservar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações coletadas nos serviços, a serem utilizadas apenas para execução do projeto.

Todos os colaboradores deste estudo receberam explicações prévias acerca da temática em estudo, objetivos, procedimento para realização das entrevistas e processamento posterior da análise dos dados, além de serem esclarecidos quando estarem livres para desistir da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados, sem que sofressem qualquer dano por sua desistência.

Foi solicitado que todos fizessem a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo E) e em seguida, caso aceitassem participar, assinassem o termo de TCLE. Posteriormente foi solicitado, que os participantes também fizessem a leitura e assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Voz (Anexo F).

Tanto o TCLE como o Termo de Autorização para Gravação de Voz foram assinados em duas vias pelos participantes e pela pesquisadora, sendo uma cópia entregue aos mesmos e a outra devolvida a pesquisadora, nestas vias foi informado que seria registrado a codificação numérica da entrevista no verso da folha, que identificava o local de estudo e o sujeito, sendo somente de conhecimento da pesquisadora o sistema de codificação numérica utilizado para garantia da confidencialidade da coleta de dados.

Quanto ao sistema de codificação, cabe salientar que os serviços de saúde participantes receberam numeração cardinal (1, 2, 3, 4) conforme a ordem de visitação aos serviços em cada cidade e para garantir o sigilo dos participantes, cada sujeito foi identificado com números ordinais crescentes (1º, 2º, 3º, 4º...) de acordo com a ordem com que os profissionais foram sendo entrevistados, assim cada documento recebia como codificação, por exemplo: 1-1º (1 : serviço da primeira cidade visitada; 1º: enfermeiro entrevistado na primeira cidade visitada). Desta forma as informações coletadas e divulgadas não permitiram a identificação dos sujeitos participantes.

5 RESULTADOS

5.1 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

Artigo 1:

Atendimento pré-hospitalar móvel em penitenciárias: estudo epidemiológico*

Artigo 2:

Atuação do SAMU em presídios: análise de enfermeiros sobre o motivo do chamado e o local da assistência**

*Formatado conforme as normas do periódico *BMC Public Health*, qualis A1 para área da Saúde Coletiva.

**Formatado em conformidade com as normas do periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, qualis B1 para área da Saúde Coletiva (Anexo G).

5.1.1 ARTIGO 1

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL EM PENITENCIÁRIAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

MOBILE PRE-HOSPITAL CARE IN PENITENTIARY: EPIDEMIOLOGICAL STUDY

1 Nahadja Tahaynara Barros Leal. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

nahadja@gmail.com

2 Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. chsmfreitas@hotmail.com.

3 Ricardo Alves de Olinda. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil. ricardo.estat@yahoo.com.br.

4 Gabriela Maria Cavalcanti Costa. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil. gabymcc@bol.com.br6

Resumo

Fundo: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil é responsável pela assistência pré-hospitalar as vítimas de agravos de urgência ou emergência onde quer que ocorram, garantindo atenção precoce e acesso rápido a rede de atenção à saúde pública. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos do SAMU em penitenciárias do estado da Paraíba, localizado no nordeste do Brasil.

Métodos: Estudo epidemiológico com a utilização de dados secundários, referentes aos 370 atendimentos em presídios pelo SAMU, considerando a frequência das seguintes variáveis: número geral de atendimentos no período; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, saídas de veículos para suporte; localização dos atendimentos; idade e sexo dos usuários; identificação dos dias da semana; encaminhamentos a outros estabelecimentos. Os dados foram analisados no software estatístico R, com a realização de análise descritiva e aplicado Teste Qui-quadrado de Pearson.

Resultados: Dos atendimentos realizados 335 (90,54%) foram urgências clínicas; com usuários do sexo masculino 306 (82,70%); idades entre 20-29 anos 161 (43,51%); com maior frequência em penitenciárias com equipe de atenção básica prisional (EABP) (valor-p =0,0382), com solicitações feitas principalmente em dias úteis; 194 (52,43%) atendimentos foram locais sem a necessidade de encaminhamento para outros estabelecimentos de saúde e quando realizado 129 (89,58) foram transportados para hospitais.

Conclusão: Diante das características encontradas nos atendimentos é evidente a necessidade de aprimorar a rede de atenção ao usuário, inserido em penitenciárias a partir do conhecimento das necessidades e demandas regionais, afim de que o foco das ações dos serviços de saúde sejam a prevenção para que não ocorram demandas de urgência, pois geram riscos para o usuário, além de serem mais onerosas ao sistema público de saúde e ao sistema penitenciário.

Palavras-chave: Serviços Pré-Hospitalares - Atendimento de Urgência - Políticas Públicas de Saúde – Prisioneiros - Prisões.

Abstract

Background: The Mobile Emergency Care Service (SAMU) in Brazil is responsible for prehospital care for victims of emergency or emergency situations wherever they occur, ensuring early care and rapid access to the public health care network. The objective of this study was to describe the epidemiological profile of SAMU care in penitentiaries in the state of Paraíba, located in northeastern Brazil.

Methods: Epidemiological study using secondary data, referring to the 370 visits in prisons by SAMU, considering the frequency of the following variables: general number of visits in the period; identification of the reasons for the calls; quantitative calls, vehicle exits to support; location of care; age and sex of users; identification of days of the week; referrals to other establishments. The data were analyzed in the statistical software R, with the accomplishment of descriptive analysis and applied Pearson's Chi-square test.

Results: Of the consultations performed 335 (90.54%) were clinical emergencies; with male users 306 (82.70%); ages between 20-29 years 161 (43.51%); with higher frequency in penitentiaries with prisoners of primary care (PABS) ($p = 0.0382$), with requests made mainly on working days; 194 (52.43%) visits were places without the need of referral to other health facilities and when performed 129 (89.58) were transported to hospitals.

Conclusion: In view of the characteristics found in the services, it is evident the need to improve the user care network, inserted in penitentiaries based on the knowledge of regional needs and demands, so that the focus of the actions of health services is to prevent do not occur urgent demands, as they create risks for the user, besides being more onerous to the public health system and the penitentiary system.

Keywords: Prehospital Services - Urgent Care - Public Health Policies - Prisoners - Prisons.

FUNDO

O aumento da longevidade e transformações socioeconômicas foram acompanhadas por mudanças epidemiológicas no Brasil e no mundo, emergindo como principais desencadeadoras de mortalidade as doenças crônicas e agravos provocados por causas externas que incluem acidentes e violências (KUATE, 2014; WALDMAN, SATO, 2016; MARINHO, PASSOS, FRANÇA, 2016).

Esse cenário implica no crescimento das demandas por serviços de urgência, regulamentados no país pela Política Nacional de Atenção às Urgências em vigor desde 2003 e que tem como finalidade proporcionar assistência integral e gratuita, prover atendimento pré-hospitalar (APH), garantir acesso a serviços de maior complexidade tecnológica e atenção domiciliar (IBIAPINO et al., 2017).

No âmbito do APH que engloba o conjunto de procedimentos e técnicas assistenciais desenvolvidas antes da chegada da vítima no ambiente hospitalar (SANTANA et al., 2013), há o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com criação inspirada nos modelos de atenção às urgências da França e dos Estados Unidos (BRASIL, 2006; ROCHA et al., 2014).

A cobertura estimada do SAMU no Brasil em 2017, foi de 79,37% da população, ou seja, mais de 163 milhões de habitantes, estando grande parte dos serviços concentrados na região nordeste, onde se localiza o estado da Paraíba, no qual o atendimento é feito em todos os municípios e a cobertura populacional equivale a 100% (SAGE, 2018). Esta modalidade é acessada em todo território nacional pelo número telefônico "192", com funcionamento 24 horas em todos os dias da semana (BRASIL, 2014).

O chamado é recebido na Central de Regulação Médica de Urgência por telefonistas auxiliares de regulação médica, rádio-operadores e médicos presentes na estrutura física do serviço, que definem qual o recurso necessário para adequado atendimento. As ações podem envolver orientações, envio de profissionais de saúde ao local onde a vítima se encontra e após a avaliação da equipe, o transporte de forma segura a serviços de saúde garantindo a integralidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU (SANTANA et al., 2016; O' DWYER, MACHADO, ALVES, 2016; BRASIL, 2014).

Durante o cumprimento de medidas judiciais em estabelecimentos do sistema prisional situações de urgência podem ocorrer, como descreve o estudo realizado na Suíça, que pontua como motivos mais frequentes para admissão no departamento especializado neste tipo de atenção os problemas psiquiátricos 739 (43,4%), necessidade de tratamento médico

539 (31,6%) e tratamento cirúrgico 425 (25,0%) (PFORTMUELLER et al., 2013). Outro estudo na Turquia, identificou que no ano de 2012, 12.325 presos foram referidos a um serviço de urgência hospitalar de uma instituição penitenciária, principalmente por condições cirúrgicas 4.328 (35,1%), transtornos médicos 2.684 (21,8%) e lesões esportivas 1.867 (15,2%) (Koc et al., 2014).

O acesso a serviços destinados a atenção a urgência como o SAMU e outros presentes na rede de atenção pública no Brasil, é garantido a usuários inseridos em penitenciárias, uma vez que é adotado no país um sistema universal de assistência, em que todo o cidadão tem direito a saúde (BRASIL, 1988).

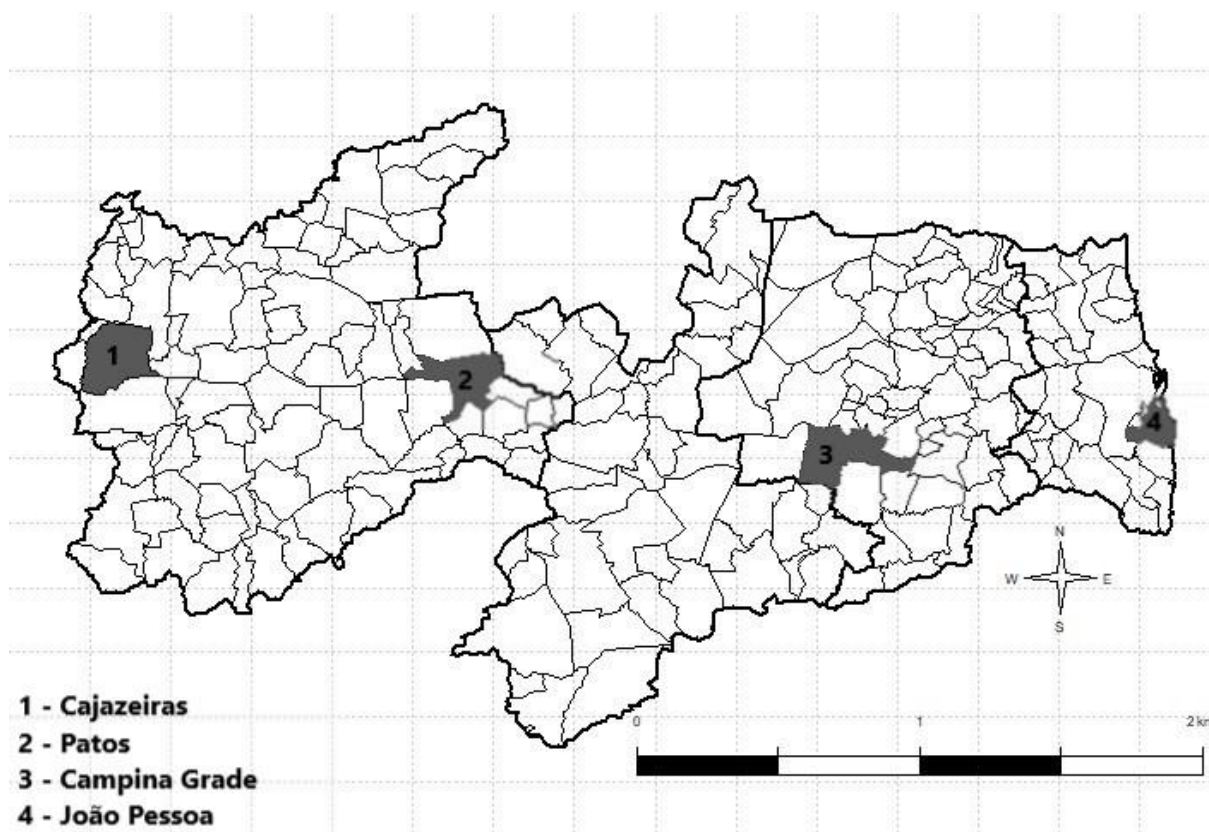
Assim em decorrência do exposto, este estudo tem o objetivo descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos do SAMU em penitenciárias do estado da Paraíba, localizado no nordeste do Brasil.

Conhecer os usuários que utilizam estes serviços é importante para subsidiar reflexões sobre o planejamento de modelos de prevenção e controle de riscos relacionados ao surgimento de situações de urgência, qualificar o manejo do usuário, bem como para gestão de recurso neste campo da atenção a sujeitos privados de liberdade.

MÉTODOS

Configurações de estudo

Foi realizado em cidades no estado da Paraíba (Figura 1), localizada na região nordeste do Brasil. O estado apresenta extensão territorial de 56.468,435 km², população estimada para o ano de 2017 de 4.025.558 pessoas, densidade demográfica de 66,70 habitantes/ km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,658 (IBGE, 2018).

Figura 1**Estado da Paraíba/Brasil e localização das cidades em que a pesquisa foi realizada.**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

Foram selecionadas cidades que apresentam SAMU com Centrais de Regulação Médica de Urgências e com atendimentos feitos em penitenciárias no período de janeiro a dezembro de 2016. Assim, atenderam a esses critérios e participaram do estudo os serviços localizados nas cidades de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

Todos os serviços dispõem para assistência no local onde encontra-se a vítima e para transporte a outros estabelecimentos de saúde de Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) tripuladas por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) com no mínimo 3 (três) profissionais, o condutor, um enfermeiro e um médico. Além destes veículos, há as motolâncias, especificamente nas cidades de Campina Grande e João Pessoa, conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução.

O estado apresenta população carcerária, segundo dados do mês julho de 2016, constituída por 11.874 indivíduos, dos quais 614 são do sexo feminino e 11.260 do sexo masculino, atualmente possui 79 unidades prisionais e 18 penitenciárias destas 08 localizadas em João Pessoa, 04 em Campina Grande, 02 em Patos e 02 em Cajazeiras. No sistema penitenciário do estado apenas 11 apresentam equipes de atenção básica prisional (EABP) atuando dentro da instituição (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA, 2018).

Design de estudo

Consiste em um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo com coleta de dados realizada entre os meses de agosto a dezembro de 2017, tendo como fonte dados secundários oriundos de impressos com registros de atendimentos do SAMU, armazenados no setor de arquivos de cada serviço, referentes a atenção prestada em presídios masculinos e femininos, no período de janeiro a dezembro de 2016.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado com base nas informações contidas nos próprios impressos de atendimento dos locais selecionados, cedidos após contato prévio com a coordenação administrativa de cada local. Foram considerados como referência para construção do formulário de coleta, indicadores estipulados pelo Ministério da Saúde Brasileiro, utilizados para avaliar o funcionamento do SAMU constituindo, portando, as variáveis deste estudo, são elas: número geral de atendimentos no período; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, saídas de USA e USB; localização dos atendimentos; idade e sexo dos usuários; identificação dos dias da semana; usuários referenciados a outros estabelecimento (BRASIL, 2012).

Os dados obtidos foram registrados em planilhas do programa de informática Microsoft Office Excel 2010 e analisados no software estatístico R (R CORE TEAM, 2017), com a realização de análise descritiva da amostra e para verificar as diferenças entre as frequências da variável motivos do chamado em relação ao sexo, idade, transporte e equipe; além da variável local de atendimento em relação aos dias da semana, atendimento com a chegada da equipe e o destino do usuário, foi utilizado Teste Qui-quadrado de Pearson considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%. Para as variáveis com significância estatística foi aplicado o cálculo de Razão de Chances (RC), com respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$).

Aprovação de ética humana

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número 69599217.8.0000.5187.

RESULTADOS

Durante o ano de 2016 foram realizados pelos serviços 104.948 atendimentos gerais, destes 558 referiam-se a chamados feitos em penitenciárias, no entanto foram excluídos do estudo 108 impressos por incompletude de informações que inviabilizariam a análise, 47 por serem atendimentos cancelados por ligação telefônica não gerando preenchimento de formulários em todos os serviços, 20 não possibilitaram a identificação da realização da assistência a sujeitos privados de liberdade, 06 impressos com dados de orientações médicas por telefone, 04 por não serem atendimentos em penitenciárias das cidades selecionadas e 03 atendimentos em que a vítima não foi removida pelo SAMU.

Assim compuseram a amostra 370 impressos, sendo 139 (37,57%) na cidade de João Pessoa, 118 (31,89%) em Campina Grande, 92 (24,86%) em Patos e 21 (5,68%) em Cajazeiras. Dentre os motivos dos chamados prevaleceram os relativos a urgências clínicas 335 (90,54%) que envolveram também nessa classificação as urgências gineco-obstétricas e psiquiátricas por apresentarem baixa incidência de ocorrência de atendimentos, seguidas das urgências traumáticas 35 (9,47%). A distribuição das características destas variáveis em relação ao sexo, idade, transporte utilizado para assistência na penitenciária e conformação da equipe enviada está descrita na tabela 1.

Tabela 1

Características dos motivos dos chamados telefônicos em relação ao usuário e assistência do SAMU

	MOTIVOS DOS CHAMADOS TELEFÔNICOS										Razão de Chances [IC _{95%}]
	Total			Urgências Traumáticas			Urgências Clínicas			Qui – Quadro (valor-p)	
	n	f	%	n	f	%	n	f	%		
Sexo											
Feminino	64	0,1729	17,30	03	0,0857	8,57	61	0,1820	18,21	1,44 (0,2303)	
Masculino	306	0,8270	82,70	32	0,9142	91,43	274	0,8179	81,79		
Idade											
>20 anos	14	0,0378	3,78	1	0,0286	2,86	13	0,0388	3,88	1,22 (0,9185)	
20-29 anos	161	0,4351	43,51	14	0,4000	40,00	147	0,4388	43,88		

30-39 anos	112	0,3027	30,27	11	0,3143	31,43	101	0,3015	30,15		
40-49 anos	47	0,1270	12,70	6	0,1714	17,14	41	0,1224	12,24		
50-59 anos	19	0,0514	5,14	1	0,0286	2,86	18	0,0537	5,37		
60 anos ou mais*	9	0,0243	2,43	-	-	-	9	0,0269	2,69		
Não informado	8	0,0216	2,16	2	0,0571	5,71	6	0,0179	1,79		
Transporte											
USB	326	0,8811	88,11	27	0,7714	77,14	299	0,8925	89,25	18,03 (0,0015)	6,46 [2,35;17,77]
USA	19	0,0514	5,14	7	0,2000	20,00	12	0,0358	3,58		1,00
Motolância	25	0,0676	6,76	1	0,0286	2,86	24	0,0716	7,16		-
Equipe											
Equipe com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor	10	0,0270	2,70	2	0,0645	6,45	8	0,0236	2,36	10,90 (0,0172)	
Equipe com médico, enfermeiro, condutor	30	0,0811	8,11	5	0,1613	16,13	25	0,0737	7,37		
Equipe com médico, técnico de enfermagem, condutor*	4	0,0108	1,08	-			4	0,0118	1,18		
Equipe com enfermeiro e condutor	226	0,6108	61,08	14	0,4516	45,16	212	0,6254	62,54		
Equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem, condutor	42	0,1135	11,35	8	0,2581	25,81	34	0,1003	10,03		
Equipe com técnico de enfermagem e condutor	29	0,0784	7,84	2	0,0645	6,45	27	0,0118	1,18		
Técnico de enfermagem*	25	0,0676	6,76	-			25	0,0737	7,37		
Não informado *	4	0,0108	1,08	-			4	0,0118	1,18		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Não aplicado teste Qui-Quadrado por não atender aos critérios exigidos pelo teste.

**Não aplicado o teste Razão de Chances por não atender aos critérios exigidos pelo teste.

A tabela 2 demonstra a distribuição dos chamados em presídios que possuem ou não EABP em relação a distribuição dos atendimentos do SAMU nos dias da semana, além de apresentar informações quanto ao envio da equipe até o estabelecimento, predominando a realização de atendimentos no próprio ambiente 194 (52,43%), sem a necessidade de encaminhamento do usuário para locais que possam prover melhor avaliação por meio de

exames diagnósticos e assistência ao sujeito, quando houve a necessidade de fazê-lo, os pacientes foram encaminhados com maior frequência para hospitais 129 (89,58).

Tabela 2

Característica do local de atendimento em relação ao atendimento em penitenciárias e destino do usuário

	LOCAL DO ATENDIMENTO										Razão de Chances [IC _{95%}]
	Total			Presídio com Equipe de atenção básica prisional			Presídio sem Equipe de atenção básica prisional			Qui-Quadra do (valor-p)	
	n	f	%	n	f	%	n	f	%		
Dias da semana											
Domingo	68	0,1838	18,38	51	0,1711	17,11	17	0,2361	23,61	13,24 (0,0382)	3,60 [1,10;17,07]
Segunda	50	0,1351	13,51	40	0,1342	13,42	10	0,1388	13,89		2,72 [0,74;13,56]
Terça	37	0,1000	10,00	34	0,1140	11,41	3	0,0416	4,17		1,00
Quarta	60	0,1622	16,22	42	0,1409	14,09	18	0,2500	25,00		4,62 [1,39;21,89]
Quinta	50	0,1351	13,51	43	0,1442	14,43	7	0,0972	9,72		1,79 [0,44;9,30]
Sexta	46	0,1243	12,43	42	0,1409	14,09	4	0,0555	5,56		1,07 [0,21;6,13]
Sábado	59	0,1595	15,95	46	0,1543	15,44	13	0,1805	18,06		3,06 [0,88;14,84]
Atendimento com a chegada da equipe no presídio											
Apenas atendimento no local	194	0,5243	52,43	159	0,5318	53,18	35	0,4930	49,30	3,20 (0,5361)	
Atendimento no local e durante o transporte	144	0,3892	38,92	112	0,3746	37,46	32	0,4507	45,07		
Atendimentos não realizados	32	0,0865	8,65	28	0,0936	9,36	4	0,0563	5,63		
Destino do usuário											
Unidade de pronto atendimento 24 horas	15	0,1042	10,42	11	0,1000	10,00	4	0,1176	11,76	*	
Hospital	129	0,8958	89,58	99	0,9000	90,00	30	0,8824	88,24		

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Não aplicado teste Qui-Quadrado por não atender aos critérios exigidos pelo teste.

DISCUSSÕES

A população carcerária mundial é composta por mais de 11 milhões de pessoas e está crescendo a uma taxa superior a ascensão populacional geral (WORLD PRISON BRIEF, 2016). No Brasil, conforme estimativas de junho de 2016, existiam 726.712 pessoas, com maior taxa relativa a sujeitos do sexo masculino e com idades entre 18 e 29 anos, considerada população jovem segundo a classificação do Estatuto da Juventude (INFOPEN, 2017),

características também encontradas em outros países onde estes dados estão disponíveis (COHEN, FEDER-BUBIS, BAR-DAYAN, ADINI, 2015; ORJIAKOR et al., 2017; KINNER et al., 2017; CARRASCO-BAÚN, 2017; KLUGE et al., 2018; WORLD PRISON BRIEF, 2018).

Esta parcela, constituída por jovens do sexo masculino, recebeu a maior quantidade de atendimentos pelo SAMU, sendo necessário, portanto, pontuar quais os fatores determinantes destas condições para que estratégias de prevenção sejam elaboradas e implementadas, tanto para agravos de urgência clínica como as traumáticas (SILVERMAN-RETANA et al 2015; MINAYO, RIBEIRO 2016; BROOKER et al., 2018; FINNIE 2018).

A maioria das urgências clínicas eram de menor complexidade, sendo as naturezas mais frequentes de solicitações com envio de equipes SAMU relacionadas a dor 169 (45,68%), sintoma também referido como as principais queixas, nos últimos 12 meses, que antecederam a coleta de dados de um estudo feito com 1.573 sujeitos entrevistados inseridos no sistema prisional do Rio de Janeiro (MINAYO, RIBEIRO 2016), seguido de mal-estar 47 (12,70%) e convulsão 27(7,30%). As urgências traumáticas registradas foram: agressão física 17 (4,59%); ferimento por arma branca e arma de fogo 14 (3,78%); fratura e quedas 9 (2,43%).

Os usuários foram assistidos principalmente pelo envio de USB com 326 (88,11%) registros e associação estatística significativa (valor-p = 0,0015). Constatou-se que sujeitos privados de liberdade tem aproximadamente 6 vezes mais chance (RC= 6,46 [2,35;17,77]) de serem atendidos por USB, quando comparados a outros tipos de veículos que podem ser utilizados.

As USB são responsáveis pela maioria dos atendimentos realizados pelos SAMU conforme descreve estudos nacionais (ALMEIDA et al, 2016; ALMONDES, SALES, MEIRA, 2016; DIAS et al., 2016;), seguido de motolâncias que também servem para dar o suporte inicial a vítima com posterior encaminhamento de outro veículo caso seja necessário, bem como houve o envio de USA, ambulâncias com equipamentos e medicações utilizados em Unidade de Terapia Intensiva para situações de urgências de prioridade absoluta com risco imediato de vida ou perda funcional grave (DIAS et al., 2016).

O envio de meios de transporte é realizado com base na análise do descrito pelo solicitante e classificação de gravidade feita pelos médicos da central de regulação (IBIAPINO et al., 2017). A disponibilidade de veículos terrestres, embarcações e aeromédico no país ocorre com base nas necessidades regionais, já a conformação da equipe deve seguir um quantitativo mínimo para cada tipo de meio de transporte (BRASIL, 2014). Nos atendimentos analisados o enfermeiro foi o profissional da área da saúde que esteve mais

presente em assistências nas penitenciárias 308 (83,24%), atuando de forma individual em 226 (61,08%) ou compondo equipes com técnicos de enfermagem e/ou médicos.

Se houvesse, portanto, a disponibilidade de enfermeiros em penitenciárias de forma contínua, eles poderiam realizar a avaliação do estado do usuário e a classificando de risco, após está análise, acessar por via telefônica os médicos das centras de regulação e assistir realizando prescrições a distância. Ação permitida somente a esse profissional da categoria, em casos de urgência e emergência e com respaldo legal para sua realização, por meio da Resolução nº 487 de 2015, do Conselho Federal de Enfermagem, órgão regulador e fiscalizador das atividades da profissão no país (COFEN, 2015).

Desta forma seriam reduzidos custos no envio de ambulâncias para disponibilizar atenção a situações de menor complexidade que podem ser solucionadas dentro da própria penitenciária ou até mesmo diminuir solicitações inadequadas, que tiveram o envio de ambulâncias 32 (8,65%). Caso fosse necessário o envio de equipes do SAMU, o enfermeiro poderia atuar realizando os cuidados iniciais a vítima otimizando a atenção independentemente do nível de gravidade da vítima.

Os atendimentos foram realizados com maior frequência em penitenciárias com EABP (valor-p = 0,0382), com solicitações feitas principalmente em dias úteis 201 (67,45%) demonstrando, portanto, a importância de ter profissionais capacitados para identificar urgências, vale salientar que em horários noturnos e nos finais de semana essas equipes não exercem atividades.

Os domingos (RC = **3,60** [1,10;17,07]) e os sábados (RC = 3,06 [0,88;14,84]) foram os dias que obtiveram maior chance dos usuários receberem atendimentos pelo SAMU e dentre os dias úteis a quarta (RC = **4,62** [1,39;21,89]), quando comparado aos demais dias da semana.

Dos atendimentos realizados 159 (53,18%) usuários não necessitaram de encaminhamento para outros serviços de saúde, constituindo situações passíveis de ser resolvidas pela própria EABP se houvesse insumos adequados para atender urgências menos complexas já que apresentam composição multiprofissional. Em locais onde esta modalidade de atenção não está disponível, o número de solicitações gerais foi menor, podendo estar associada a dificuldades de agentes penitenciários em identificar situações de urgência.

Quando as transferências foram realizadas para outros serviços públicos de saúde ocorreram para hospitais e unidades de pronto atendimento 24 horas. A remoção deve ocorrer para qualquer serviço da rede de atenção que possa oferecer continuidade da assistência e sempre que as condições em ambientes prisionais forem insuficientes para assistência

conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Como limitações do estudo pode-se pontuar a falta de padronização dos impressos para registro utilizados nos cenários da pesquisa, que poderiam esclarecer melhor as ocorrências e o preenchimento incompleto pelos profissionais do SAMU.

CONCLUSÕES

Identificou-se com maior frequência atendimentos a população masculina e jovem, a situações clínicas de baixa complexidade, com maior chance de envio de USB, tripuladas principalmente por enfermeiros para prestar assistência. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento da vítima até uma unidade hospitalar, quando não solucionados no local.

Diante destas características encontradas nos atendimentos feitos pelo SAMU é evidente a necessidade de aprimorar a rede de atenção aos usuários, inseridos em penitenciárias a partir do conhecimento das necessidades e demandas regionais, afim de que o foco das ações dos serviços de saúde sejam a prevenção para que não ocorram demandas de urgência, pois geram riscos para o usuário, além de serem mais onerosas ao sistema público de saúde e ao sistema penitenciário.

É imperativo repensar as políticas públicas de saúde do país voltas a essa população para que dificuldades de acesso a concretização do direito a saúde sejam sanadas. A inserção de profissionais atuando integralmente nestes ambientes seria uma das estratégias para viabilizar este propósito.

Uma vez que tanto em locais com equipe de atenção dentro das penitenciárias ou nas que há ausência dessa modalidade assistencial dependentes de ações de unidades de saúde da família, há a presença da mesma dificuldade, relacionada a carga horária de profissionais de saúde, insuficiente para atender as demandas que surgem nesses estabelecimentos.

Pela existência desse déficit o SAMU se torna alternativa de atendimento ou porta principal de acesso ao sistema público de saúde, podendo ser utilizado apenas em situações realmente graves, avaliadas inicialmente por profissionais de saúde do sistema prisional.

Por fim, acredita-se na importância da discussão deste perfil de atendimentos com os atores envolvidos na assistência direta a esses usuários e com todos os órgãos intersetoriais responsáveis pela assistência de saúde para que melhorias sejam implementadas.

LISTA DE ABREVIACÕES

(APH): Atendimento pré-hospitalar

(EABP): Equipe de atenção básica prisional

(SAMU): Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SUS): Sistema Único de Saúde (SUS)

(USB): Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre

(USA): Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre

(RC): Razão de Chances

DECLARAÇÕES

Reconhecimentos

Os autores gostariam de reconhecer o apoio das coordenações administrativas do SAMU das cidades onde a pesquisa foi desenvolvida.

Financiamento

Nenhuma concessão financeira foi fornecida. Este trabalho foi apoiado pelos próprios recursos dos autores.

Disponibilidade de dados e materiais

Os dados gerados e analisados neste estudo fazem parte de uma pesquisa maior intitulada: “SAMU no sistema prisional da Paraíba: perfil de atendimentos e percepção do enfermeiro sobre a assistência”.

Contribuições dos autores

NTBL, CHSMF, RAO e GMCC participaram da elaboração do projeto, análise e interpretação de dados. NTBL realizou a aquisição dos dados e elaboração do artigo. Todos os autores participaram da revisão crítica do conteúdo intelectual, revisaram e aprovaram a versão final deste manuscrito, e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Aprovação ética e consentimento para participar

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE 69599217.8.0000.5187, e as coletas de dados tiveram início após a autorização institucional feita pela Coordenação Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Paraíba, Brasil e consentimento das coordenações administrativas de cada serviço participante.

Consentimento para publicação

Não aplicável

Interesses competitivos

Os autores declaram que não têm interesses concorrentes.

REFERENCIAS

KUATE DB. Demographic, epidemiological, and health transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? *Global Health Action*. 2014; 7(10). DOI: 10.3402/gha.v7.22443. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.22443>.

WALDMAN EA, SATO APS. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Rev. Saúde Pública*. 2016 ; 50 (68). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050000232>.

MARINHO F, PASSOS VMA, FRANÇA EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(4): 713-724. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400005>.

IBIAPINO MK, COUTO MBV, SAMPAIO PB, SOUZA RAR, PADOIN AF, SALOMÃO SI. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2017; 19 (2): 72-75. DOI: 10.23925/1984-4840.2017v19i2a5.

SANTANA CJ, SILVA M, OLIVEIRA F, COIMBRAB JHA; OLIVEIRAA FLM; MARCONAC SS. Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias. *J Health Sci* 2016;18(4):235-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n4p235-239>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acessos em 18 de jun. de 2018.

ROCHA GE, CAETANO EA, GIR E, REIS RK, PEREIRA FMV. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE online*. 2014; 8 (supl 1): 3624-3631. DOI: 10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201407.

Sala de Apoio à gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acessos em 17 de mar. de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-35853>. Acessos em 20 de jan. de 2018.

O'DWYER G, MACHADO CV, ALVES RP, SFG. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* . 2016 ; 21(7) : 2189-2200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.15902014>.

PRADO BF, VICTORIA JQ. Urgencias hospitalarias y población penitenciaria Hospital emergencies and the prison population. *Rev. esp. sanid. penit.* 2011; 13 (3): 72-74. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300001&lng=en.

KOC B, TUTAL F, URUMDAS M, OZKURT Y, ERUS T, YAVUZ A, KEMIK O. The Preliminary Experience in the Emergency Department of a Newly Opened Penitentiary Institution Hospital in Turkey. *Revista Norte-Americana de Ciências Médicas*. 2014; 6 (9), 460–465. DOI: <http://doi.org/10.4103/1947-2714.141642>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html >. Acessos em: 20 de fev. de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=para%C3%ADba&searchphrase=all>. Acessado: 25 de fev. de 2018.

Secretaria de Estado de Administração Penitenciária da Paraíba. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/>. Acessos em: 25 de fev. de 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acessos em: 27 de fev. de 2018.

R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna: Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.

World Prison Brief. List of World Prisoners (11ª edição). Disponível em: http://www.prisonstudies.org/research-publications?shs_term_node_tid_depth=27. Acessos em: 10 de mar. de 2018.

BRASIL, Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Levantamento nacional de informações penitenciárias. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil>. Acessos em: 12 de mar. de 2018.

COHEN O, FEDER-BUBIS P, BAR-DAYAN Y, ADINI B. Promoting public health legal preparedness for emergencies: review of current trends and their relevance in light of the Ebola crisis. *Global Health Action*. 2015; 8(1). DOI: <http://doi.org/10.3402/gha.v8.2887>.

ORJIAKOR CT , UGWU DI , EZE JE , UGWU LI , IBEAGHA PN , ONU DU . Prolonged incarceration and prisoners' wellbeing: lived experiences of awaiting trial/pre-trial/remand

prisoners in Nigeria.. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2017; 12 (1). DOI: 10.1080 / 17482631.2017.1395677.

KINNER SA., et al. Age-Specific Global Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, and Tuberculosis Among Incarcerated People: A Systematic Review. Journal of Adolescent Health. 2017; 62(3): S18 - S26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.030>.

H Carrasco-Baún. Prison nursing: legal framework and care reality. Rev Esp Sanid Penit. 2017; 19: 3-12. Disponível em: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RES> P/article/view/427/958. Acessos em: 28 de abr. de 2018.

KLUGE H, MARTÍN-MORENO JM, EMIROGLU N, RODIER G, KELLEY E, VUJNOVIC M, PERMANAND G. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. BMJ Global Health. 2018; 3(1). DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000656>.

MINAYO MCS; RIBEIRO AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 21 (7): 2031-2040. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>

BROOKER R, HU W, REATH J, ABBOTT P. Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. BMC Medical Education. 2018; 18(3): 1-9. DOI: 10.1186/s12909-017-1109-7.

FINNIE AJ. Adam John. Integrating prevention and health promotion in a London prison. BMJ Open Qual . 2018; 7 (1): e000097. DOI: 10.1136 / bmjoq-2017-000097.

SILVERMAN-RETANA O, LOPEZ-RIDAURA R, SERVAN-MORIE, BAUTISTA-ARREDONDO S, BERTOZZI SM. Cross-Sectional Association between Length of Incarceration and Selected Risk Factors for Non-Communicable Chronic Diseases in Two Male Prisons of Mexico City. PLOS ONE. 2015. 10(9): e0138063. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138063>.

ALMEIDA PMV, DELL'ACQUA MCQ, CYRINO CMS, JULIANI CMCM, PALHARES VC, PAVELQUEIRES S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc. Anna Nery. 2016; 20(2): 289-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>.

ALMONDES KM, SALES EA, MEIRA MO. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicol. cienc. prof.** 2016; 36(2):449-457. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000992014>.

DIAS JMC et al. Perfil de atendimentos do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. Cogitare enfermagem. 2016; 21 Suppl 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21li1.42470>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 487 de 25 de agosto de 2015. Veda as profissionais de enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html. Acessos em: 15 out. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesos em: 12 set. 2016.

5.1.2 ARTIGO 2

ATUAÇÃO DO SAMU EM PRESÍDIOS: ANÁLISE DE ENFERMEIROS SOBRE O MOTIVO DO CHAMADO E O LOCAL DA ASSISTÊNCIA

SAMU ACTIVITIES IN PRISONS: ANALYSIS OF NURSES ABOUT THE REASON OF THE CALL AND THE PLACE OF ASSISTANCE

RESUMO: Os enfermeiros assumem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) um conjunto de atribuições que exigem habilidades para assistir em qualquer local solicitado, sejam residências, vias públicas ou em penitenciárias. O objetivo da pesquisa foi analisar o motivo do chamado e o local da assistência em atendimentos realizados por enfermeiros do SAMU nas penitenciárias da Paraíba, Brasil. Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa, com coleta de dados entre agosto e dezembro de 2017. Foram feitas entrevistas e a análise seguiu a proposta de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Das falas dos participantes emergiram as categorias: Motivos para Assistência de Urgência e Local para Assistência da Equipe do SAMU, as quais demonstram que os atores envolvidos com o compromisso de garantir acesso à cuidados de saúde no âmbito das urgências, enfrentam dificuldades como demandas não pertinentes ao serviço, local inadequado para assistência, falta de escolta e de privacidade durante os atendimentos, problemas que necessitam intervenções a fim de melhorar a qualidade da atenção e evitar repercussões negativas para usuários inseridos no sistema prisional, familiares, a sociedade, organização do SAMU e outros serviços articulados a ele.

Palavras-chave: Serviços Pré-Hospitalares; Socorro de Urgência; Prisões.

ABSTRACT: Nurses assume in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) a set of duties that require skills to attend at any requested location, whether they are residences, public streets or in prisons. The objective of the research was to analyze the reason for the call and the place of assistance in the care given by SAMU nurses in the penitentiaries of Paraíba, Brazil. This is a cross-sectional qualitative study, with data collection between August and December 2017. Interviews were conducted and the analysis followed Laurence Bardin's Content Analysis proposal. From the participants' speeches, the following categories emerged:

Reasons for Emergency and Local Assistance for the SAMU Team, which show that the actors involved with the commitment to guarantee access to health care in emergencies face difficulties as non-pertinent demands inadequate assistance, lack of escort and privacy during care, problems that need interventions in order to improve the quality of care and avoid negative repercussions for users in the prison system, family, society, SAMU organization and other services articulated to him.

Keywords: Prehospital Services; Emergency Relief; Prisons.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui um importante componente da Política Brasileira de Atenção às Urgências e Emergências, instituído pela portaria nº 1.864 em 2003¹. O acesso é feito pelo número telefônico gratuito 192, utilizado em todo território nacional^{2,3}.

Com base nesta proposta de atenção as urgências em vigor no país, os enfermeiros assumem um conjunto de atribuições assistenciais e administrativas, com ações privativas nestas duas esferas do exercício profissional da enfermagem dentro do atendimento pré-hospitalar⁴. Estas atividades exigem habilidades em constante preparo para enfrentar situações desafiadoras, não encontradas em outros ambientes de prática⁵, como o desenvolvimento da assistência em qualquer local solicitado sejam residências, vias públicas ou em penitenciárias⁶.

Em estabelecimentos do sistema prisional a assistência é garantida desde de 1984, conforme a Lei de Execuções Penais que preconiza a assistência preventiva e curativa a toda população prisional (BRASIL, 1984), a partir desde marco outros dispositivos legais foram desenvolvidos, afim de assegurar a assistência integral a essa população, constituída conforme dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de junho de 2016 no estado da Paraíba por 11.876 sujeitos, distribuídos pelas 79 unidades prisionais do seu território⁷.

Diante das considerações expostas e tendo em vista que situações de urgências podem ocorrer devido a agravos ou doenças surgidas durante a permanência no sistema prisional ou por problemas de saúde que já faziam parte do contexto de vida do indivíduo^{8, 9, 10} e ainda ao constituírem circunstâncias que exigem assistência imediata, feita no interior das instalações

do presídio ou durante o transporte para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde o estudo teve como objetivo: analisar o motivo do chamado e o local da assistência em atendimentos realizados por enfermeiros do SAMU nas penitenciárias da Paraíba, Brasil.

METODOLOGIA

Estudo transversal de abordagem qualitativa, realizado entre os meses de agosto a dezembro de 2017, em cidades do estado da Paraíba localizado na região nordeste do Brasil, com área territorial de 56.468.435 km² e população de 3.766.528 habitantes/km²¹¹. Foram selecionadas para compor os cenários de estudo cidades que apresentaram SAMU com Centrais de Regulação Médica de Urgências e com realização de atendimentos em penitenciárias da cidade, assim quatro serviços estiveram aptos para compor o campo de pesquisa, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

Participaram do estudo enfermeiros de ambos os sexos que atuavam no serviço há pelo menos seis meses e que já haviam realizado atendimentos a sujeitos privados de liberdade em penitenciárias do estado, excluindo-se os que não estavam exercendo atividades durante o período da realização das entrevistas. Na estimativa do tamanho amostral foi utilizado o procedimento de amostragem probabilística aleatória simples proporcional ao número de enfermeiros em cada cidade, calculada pelo software estatístico R¹² empregando-se um erro absoluto de 5%, nível de confiança de 95% e prevalência de 50%, desta maneira teriam que ser abordados 98 indivíduos. E ainda no recrutamento de participantes foi utilizada uma técnica de randomização, que consistiu na elaboração de sorteios com base em listas contendo o nome dos profissionais fornecidas pelos serviços para garantir a aleatoriedade na participação e para minimizar perdas de representatividade outros sorteios foram feitos formando listas de substituições.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas que seguiram um roteiro semi-estruturado, feitas nas próprias instituições em horários previamente definidos, de forma individual e áudio-gravadas com transcrição realizada logo após a entrevista e numeradas em sequência ordinal crescente (1º, 2º, 3º, 4º...) conforme ordem de realização e os serviços de saúde participantes receberam numeração cardinal (1, 2, 3, 4), para garantia do sigilo das informações coletadas, de conhecimento apenas dos pesquisadores. Os dados foram categorizados e analisados conforme a propostas de análise de conteúdo de Laurence Bardin, seguindo-se as três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados,

inferência e interpretação¹³.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e obedeceu às recomendações éticas da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde. A participação na pesquisa se deu de forma voluntária, tendo sido necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e um termo de autorização para gravação de voz.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do universo de 106 profissionais que atuavam nos serviços localizados nas cidades selecionadas e atenderam aos critérios de inclusão, 91 (67,4%) aceitaram realizar a entrevista e compuseram a amostra deste estudo, sendo 70,3% (64) feminino e 29,7 % (27) masculino, com idades entre 25 e 45 anos. No que se refere ao tempo de trabalho no serviço, 7,69% (7) estava a menos de um ano, 64,84% (59) tinham experiência de 1 a 5 anos, 21,98% (20) de 6 a 10 anos e, com tempo superior a 10 anos 5,49% (5). Destaca-se que 29 profissionais foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão e 15 recusaram participar do estudo. Após análise dos dados¹³, duas categorias emergiram relacionadas ao atendimento pré-hospitalar realizado por enfermeiros do SAMU em penitenciárias: 1º. Motivos para assistência de urgência; 2º. Local para assistência da equipe do SAMU.

Primeira categoria: Motivos para Assistência de Urgência

Urgências são caracterizadas pela ocorrência imprevista do agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata, por meio de ações de suporte básico ou suporte avançado de vida¹⁴. São, portanto, situações complexas e requerem atendimento rápido, intervenção precoce e transporte adequado¹⁵, características do atendimento realizado pelo SAMU que acolhe usuários vítimas de agravos a saúde de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica ou psiquiátrica¹⁶.

No ambiente das penitenciárias os participantes do estudo descrevem, como motivos para o acionamento do serviço, a ausência de profissionais de saúde dentro das penitenciárias e situações em que não há como dar o suporte de saúde necessário ao paciente na instituição.

“Quando há uma falta de profissional ou uma situação realmente de

urgência como uma crise convulsiva ou alguma coisa que não se consegue resolver eles acionam o SAMU.” (02- 01)

“Geralmente eles só solicitam assim, quando não tem um profissional de saúde lá, geralmente tem durante a semana, funciona como um PSF, eles têm dia que não funciona lá, dependendo de um presídio pra o outro, ou profissional faltou, ou já tá fora do horário também.” (03-16)

“De manhã eles tem assistência, então normalmente a gente é acionado a noite ou a gente é acionado para algum tipo de assistência que eles não são capazes de dar lá dentro do presídio”. (03-22)

Cabe destacar que das dezesseis penitenciárias distribuídas nas cidades selecionadas como cenário deste estudo apenas nove dispõe de equipe de atenção dentro da unidade prisional e destas nenhuma funciona em tempo integral¹⁷, pois seguem a normatização da portaria nº 482 de 2014, que dispõe sobre o funcionado dos serviços de saúde nos estabelecimentos penais, classificados em três faixas: unidades prisionais que contenham até 100 custodiados cada profissional cumprirá seis horas semanais; de 101 a 500 a carga horária mínima será de 20 horas semanais e de 501 a 1.200 sujeitos a carga horária mínima será de 30 horas semanais¹⁸.

Assim quando há intercorrências de urgência o SAMU pode ser solicitado pela equipe de saúde ou agentes penitenciários sob a responsabilidade da direção da penitenciária, que identificam sinais e sintomas como urgentes, fator decisivo para a solicitação do serviço. Porém nem todos os chamados constituem demandas pertinentes, sendo considerada inadequada pelos profissionais entrevistados.

“Eles inventam, eles simulam, simulam crise convulsiva, simulam dores fortes, não sei o quê, e como o presídio masculino é fora da cidade termina tirando a gente daqui para uma ocorrência desnecessária.” (01-04)

“As vezes o paciente inventa que tá com alguma coisa né, e agente na hora do exame, que a gente percebe isso.” (02-08)

Esse tipo de demanda provoca problemas quando o médico regulador envia veículos para um chamado que não se configura uma urgência ou emergência, pois o serviço deixa de atender situações que realmente necessitam e a população passa a acessar por meios próprios os serviços de maior complexidade, devido o SAMU deixar de atuar como reguladora das

portas de entrada do SUS. Há também o tempo perdido de deslocamento até a penitenciária e o uso incorreto de recursos financeiros decorrentes desses atendimentos desnecessários^{19, 20}.

O estudo realizado com doze enfermeiros do SAMU de Belo Horizonte relata que o principal ponto negativo do trabalho no SAMU é a incompreensão do papel do serviço, por quem o aciona, causando transtornos com informações errôneas e estresse dos profissionais e aumento da demanda do serviço²¹.

Portanto, deve se refletir sobre a elaboração e implementação de estratégias para evitar o acionamento incorreto, como as solicitações serem realizadas com avaliação prévia de um profissional de saúde, que poderia ser o enfermeiro já que possui habilidades e respaldo legal para exercer essa função ou direcionar investimentos na capacitação de agentes penitenciários para identificar situações reais de urgência, visando evitar os impactos negativos desses chamados no acesso da população e gestão dos serviços de saúde do SUS.

Segunda Categoria: Local para Assistência da Equipe do SAMU

Uma vez que a equipe acionada chega na penitenciária são encaminhados até o paciente, variando o local onde exercem as atividades assistências como descrito por alguns entrevistados ao relatarem suas experiências durante os atendimentos, podendo ser feitas em espaços reservados ou nas próprias celas, sempre acompanhados dos agentes penitenciários ou até mesmo com a presença de outros sujeitos.

“A gente chegou até a cela acompanhado, com um agente penitenciário e levamos a vítima para VTR (veículo de transporte), onde lá foi feito o atendimento.” (01-05)

“Tipo uma recepção sabe, ele estava algemado e tinha muita gente, tinha agentes penitenciários acompanhando (02-13).”

“Quando a gente chega lá varia onde vai ser o atendimento, as vezes em um dos masculinos eu já fui tinha uma salinha de atendimento, em outro é no meio do pátio mesmo.” (03-25)

“A maioria das vezes são solucionados lá mesmo dentro da cela ou em outra cela que seja reservado para que venha dar essa assistência pra essa

pessoa que está precisando, que foi solicitado, alguns dos presos seja ele masculino ou feminino.” (03-35)

Observa-se, portanto, a não existência de uma padronização quanto ao ambiente onde ocorrem os atendimentos, os quais poderiam ser melhor realizados se houvesse a disponibilidade de um local com suporte mínimo estrutural para a equipe planejar/ implantar os cuidados pertinentes e o usuário dependendo do grau de gravidade, pudesse ser encaminhado para atendimento e observação.

Ressalta-se que a resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) dispõe que para assistência de saúde ao preso, os estabelecimentos prisionais deveram conter enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado e produtos farmacêuticos para intervenções médicas ou odontológicas de urgência; locais para atendimentos psiquiátricos, cuidados toxicômanos e unidades de isolamento^{22, 23}.

A resolução nº 6, de 9 de maio de 2006, acrescenta que na estrutura física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais deve haver celas de espera, espaço para a permanência dos presos que aguardam atendimento e celas de observação²³, sendo, responsabilidade a partir da articulação entre os entes federativos oferecer apoio para construção, ampliação, adaptação dos espaços físicos e o aparelhamento fornecendo ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e uso da equipe do SAMU quando necessário, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS, do CNPCC e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito SUS^{22, 24}.

Nas falas dos entrevistados é possível perceber que há ausência de locais adequados em conformidade com os dispositivos legais para assistência ao sujeito privado de liberdade, o que pode justificar a ocorrência de atendimentos nos locais anteriormente citados e dificultar a assistência:

“Não tem um ambiente apropriado pra realizar esse atendimento, porque ao meu ver era para ter uma enfermaria mesmo que pequena para que o paciente pudesse ficar ou sentado ou deitado, porque muitos pacientes precisam tá em observação depois que é medicado.” (02-15)

“Sempre realizado num local inadequado! Porquê das vezes que eu fui

no presídio não tinha um local específico, não tinha uma enfermaria.” (02-20)

“Você tem que fazer a punção, a venóclise e alguém ficar segurando o soro, a claridade de lá não é boa, você acaba puncionando o paciente mais de uma vez porque você acaba errando a técnica por não ter um ambiente apropriado.” (03-22)

“Se tivesse uma sala, o mínimo de preparo o indivíduo iria ficar lá, não há necessidade do risco de fuga, o gasto com toda a logística de deslocamento desse indivíduo até a unidade hospitalar para tratar uma coisa simples! Às vezes é um enjoo, às vezes é uma náusea, é um episódio de vômito isolado, que poderia ser tratado no ambiente prisional”. (04-12)

As condições de trabalho e estrutura, para qualquer atividade seja de saúde ou não, são fundamentais para a realização de um bom trabalho²⁵, pois caso não haja, podem provocar riscos para os usuários do serviço por erros em procedimentos corriqueiros na assistência de urgência e criar situações inusitadas para os profissionais como o uso de improvisos mesmo em locais que deveriam fornecer ambientação adequada.

Além de gerar impactos em outros pontos da rede de atenção do SUS pela realização de transferências, que poderiam ser evitadas se houvessem instalações para observação como preconiza o CNPCP²², colaboram para superlotação dos serviços de emergência. Um estudo realizado em um hospital da Colômbia sobre avaliação subjetiva da superlotação descreve que esse evento cria um ambiente de risco para usuários, aumento na taxa de demanda não tratada, erros de profissionais e risco de morte durante a internação e após receberem cuidados nesses locais²⁶.

No que tange ao transporte do usuário, percebe-se nas falas dos entrevistados que as transferências podem não ocorrer pela indisponibilidade da escolta policial, mesmo com a identificação da necessidade de encaminhamento. As dificuldades operacionais no traslado são descritas em estudo como um dos pontos de maior queixa de sujeitos privados de liberdade em estabelecimentos prisionais no estado do Rio de Janeiro¹⁰.

“Pelo quadro insuficiente de agentes penitenciários eles até solicitaram que se possível, é, não levasse para o hospital porque não teria como fazer escolta.” (02-05)

“Foi feita medicação e atendimento no local e até porque não tinha escolta se caso necessário precisasse remover a gente não tinha como.” (03-23)

“Muitas vezes eles têm dificuldade até com a equipe deles para fazer esse traslado da penitenciária até o ambiente hospitalar, mas aí a gente infelizmente se não tiver a escolta mesmo que o paciente realmente precise a gente não tem é proibido na verdade fazer essa remoção hospitalar, primeiro é a segurança nossa da equipe.” (04-07)

A presença de agentes de segurança, é essencial para que ocorra a remoção, quando não é possível, não há como dar continuidade a assistência devido a vulnerabilidade da equipe frente à periculosidade do apenado, o que colabora para agravar condições de saúde e aumentar potencialmente o risco para o surgimento de complicações graves e óbitos. Além de contrapor as recomendações da PNAISP que ratifica, caso o estabelecimento do sistema prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente ele poderá ser transferido para outro setor da rede de atenção do município, quando é necessária avaliação minuciosa por meio da realização de exames e implementação de terapias específicas^{24, 27, 28}.

Por outro lado, a presença constante dos agentes penitenciários gera a falta de privacidade, aspecto destacado nas falas dos entrevistados:

“Muitas vezes a anamnese do paciente tem coisas que é restrito a ele, então você tem que vê a privacidade do paciente também, você não pode fazer perguntas que venha a expor ele porque ele não vai querer responder.” (02-20).

“Pela presença dos próprios agentes de segurança, eles ficam intimidados de conversar, de se abrir, de dizer realmente o motivo, o que tá acontecendo!” (03-07)

“Você tá atendendo um aqui e ao lado dele tem um apenado, tem outro que vem andando, tenho outro, então é todo mundo, todos soltos assim né, é todo mundo fazendo parte da assistência que na verdade deveria ser uma coisa privativa.” (04-14)

As situações descritas ilustram um entrave que dificulta assistência do enfermeiro, pois

os usuários podem preferir estar sozinhos com o profissional para expressar sua situação de saúde. Estudo revela que os entrevistados do setor de clínica médica de um hospital do Rio Grande do Norte, Brasil, detiveram preferência por ficarem sozinhos em situações de exposição²⁹. Outro estudo, feito com usuários internados em unidades médicas cirúrgicas identificou que no momento de expor sua intimidade os entrevistados preferem estar sozinhos com alguém da equipe de profissionais ou com algum membro de confiança de sua família³⁰.

Tais considerações e os relatos dos entrevistados indicam, que pode haver desconforto de alguns usuários pela presença de outras pessoas no mesmo espaço para demonstração de situações íntimas, sintomas ou doenças prévias bem como outros aspectos individuais, necessários para sistematizar a assistencial enfermagem, tornando-a incompleta ou incapaz de ser fiel as reais necessidades apresentadas pelo usuário em penitenciárias, uma vez que a coleta de informações sobre o histórico e estado de saúde norteia condutas. Neste contexto cabe ao enfermeiro estabelecer medidas estratégicas para minimizar esse problema, fazendo o usuário perceber sua importância no encadear dos cuidados.

CONCLUSÕES

Por fim, com base nas categorias propostas e construídas considerando o referencial teórico, percebe-se que os atores envolvidos com o compromisso de garantir acesso à cuidados de saúde no âmbito das urgências, enfrentam dificuldades desde a solicitação do serviço. Caso houvesse assistência primária de forma continua nestes locais problemas crônicos de saúde poderiam ser acompanhados adequadamente, diminuindo ou eximindo eventos que necessitem assistência de urgência e demandas inadequadas não chegariam ao serviço se houvesse pelo menos o enfermeiro como profissional responsável por avaliar a natureza do agravo e indicar a necessidade do apoio do SAMU.

A falta de infraestrutura das penitenciárias que receberam a assistência de equipes do SAMU também é pontuada nos relatos, além de haver impasses relacionados à segurança, feita pelos agentes penitenciários, necessária para a equipe de atendimento pré-hospitalar, porém que afeta a privacidade do usuário e quando não ofertada inviabiliza o prosseguimento da atenção em outros serviços de saúde.

Portanto, tendo em conta os problemas descritos é necessário que soluções sejam colocadas como metas pelos níveis Inter federativos visando intervir nestas condições,

evitando o agravamento de riscos à vida, complicações e sequelas para os usuários inseridos no sistema prisional; repercussões negativas para familiares e a sociedade. Em vistas também de fornecer melhores circunstâncias de trabalho para enfermeiros e demais componentes da equipe.

A principal limitação deste estudo foi a indisponibilidade de tempo de alguns profissionais para participar da pesquisa, constantemente acionados para atendimentos, o que colaborou para a recusa de alguns participantes e não alcance da amostra estipulada. Por fim, espera-se contribuir para o desenvolvimento científico da temática da assistência de urgência em estabelecimentos penais e que contemplem outros aspectos pertinentes, afim de sobretudo, garantir assistência à saúde desta população específica.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7): e00043716. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid= S0102-311X2017000705010&lng=en. Acessos em: 9 de fev. de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União* 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acessos em: 18 fev. de 2018.

Adão RSA, Santos MR. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. *REME – Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(4): 601-608. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>. Acessos em: 22 de abr. de 2018.

Santana JCB et al. Perfil dos enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7(7): 4754-4760. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/71>. Acessos em: 15 de jan. de 2018.

Szerwieski LLD, Oliveira LF. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-

hospitalar. *Rev. Iningá*. 2015;45: 68-74. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150924_075628. Acessos em: 15 jan. 2018.

Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Levantamento nacional de informações penitenciárias. 2017. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf. Acessos em: 10 de fev. de 2018.

Brooker R, Hu W, Reath J, Abbott P. Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2018; 18(3): 1-9. Disponível em: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1109-7>. Acessos em: 12 de fev. de 2018.

Finnie AJ. Integrating prevention and health promotion in a London prison.. *BMJ Open Qual* . 2018; 7 (1): e000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759718/>. Acessos em: 12 de fev. de 2018.

Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* . 2016; 21(7): 2031-2040. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>. Acessos em: 13 de fev. de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Censo disponível 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=para%C3%ADba&searchphrase=all>. Acessos em: 25 de fev. de 2018.

R Core Team, 2017. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acessos em: 20 de mar de 2017.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 70. ed. São Paulo: Almeida, 2011. p. 279.

Melo MCB, Silva NLC. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. pp. 132.

Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(2): 261-267. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200261&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 20 de fev. de 2018.

O'Dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador FG. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(7): 2189-2200. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702189&lng=en. Acessos em: 20 de fev. de 2018.

Secretaria de Estado de Administração Penitenciária da Paraíba. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/>. Acessos em: 12 de fev. de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acessos em: 21 de fev. de 2018.

Serodio MN, Jenses R, Temer JM, Pavelqueires S, Garcia L, Parada CM. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69(4):669-675. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046623008>. Acessos em: 21 de fev. de 2018.

Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012; 33(2): 146-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200021&lng=en. Acessos em: 25 de fev. de 2018.

Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GG, Brito MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Texto contexto - enferm*. 2013; 22(1): 208-215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100025&lng=en. Acessos em: 13 de fev. de 2018.

Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/resolucao-no-14-de-11-de-novembro-de-1994.pdf/view>. Acessos em: 15 de fev. de 2018.

Amorim AA, Dornelles CJV, Rudnicki D. A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre. *Revista de Informação Legislativa*. 2013; 50 (199): 285-302. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/502930/000991678.pdf?sequence=1>. Acessos em: 15 de fev. de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesos em: 18 fev. 2018.

Luchtemberg MN, Pires DEP. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um estado da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 2017;10 (1):31-45. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/472/371>. Acessos em: 15 de fev. de 2018.

Garcia-Romero M, Rita-Gáfaró CG, Quintero-Manzano J, Angarita AB. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? *Colombia Médica: CM.* 2017;48(2):53-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597093/>. Acessos em: 16 de fev. de 2018.

Jesus Luciana Oliveira de, Scarparo Helena Beatriz K., Lermen Helena Salgueiro. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia.* 2013; (41): 39-52. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004&lng=pt. 22 de fev. de 2018.

Fernandes LH et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev. Saúde Pública.* 2014; 48(2):275-283. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200275&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 de mar. de 2016.

Silva JDN, Araújo JL, Silva RTS, Nascimento EGC. Privacidad y confidencialidad de los usuarios en un hospital general. *Rev. Bioét.* 2017; 25(3): 585-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300585&lng=en. Acessos em: 27 de mar. de 2016.

Souza APR, Brandão GMON. Exposição corporal dificuldade enfrentada pelo cliente durante assistência realizada pela equipe de enfermagem na hospitalização. *Rev Enferm. UFPE.* 2013;7(11):6415-21. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12287/14949>. Acessos em: 10 de mar. de 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar o perfil de usuários do sistema prisional alocados em penitenciárias para o cumprimento de medidas judiciais quanto aos atendimentos feitos pelo SAMU, no qual percebeu-se o acometimento mais frequente na população masculina e jovem, por situações de baixa complexidade com envio de UBS que poderiam ser assistidas nos próprios locais caso houvesse a disponibilidade de profissionais de saúde em todas as penitenciárias atuando em tempo integral, dessa forma os sujeitos poderiam receber atenção de maneira mais rápida evitando os riscos com o retardo do atendimento dependendo da condição clínica ou traumática apresentada, além de evitar custos com a logística do envio de ambulâncias dentre outros problemas decorrentes do encaminhamento inapropriado de ambulâncias. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento da vítima até uma unidade hospitalar, quando não solucionados no local.

Espera-se, portanto, após identificar as necessidades de cuidados e principais problemas de saúde relacionados a urgências e emergências atendidos em presídios femininos e masculinos, que as informações apresentadas neste estudo, auxiliem no planejamento de ações intersetoriais de prevenção/promoção da saúde e subsidie estratégias capazes de intervir com eficácia em situações geradoras de problemas que demandam atenção de urgência.

É imperativo, que se repense as políticas públicas voltadas para essa população afim de tão somente cumprir-se o estabelecido socialmente no país - o direito a saúde - em qualquer nível de complexidade assistencial que seja necessário acesso para o reestabelecimento da saúde e bem-estar, em especial o que envolve a urgência, pois são situações que necessitam de assistência rápida e eficiente, para que não provoquem riscos ao usuário, sequelas ou outras consequências.

As percepções dos enfermeiros do SAMU, profissionais que mais estiveram envolvidos na realização dos atendimentos em penitenciárias no período estudado nesta pesquisa, favoreceram a identificação de problemas relacionados a assistência que merecem intervenções, afim de se oferecer melhores condições de trabalho a equipe e consequentemente gerar impactos positivos na assistência direta ao sujeito privado de liberdade.

Estima-se, por fim, com a realização deste estudo e a divulgação dos resultados aos profissionais dos cenários selecionados, em periódicos e eventos científicos, que ocorra a

ampliação de conhecimentos, de novas pesquisas e discussões crítico-reflexivas acerca da temática da assistência de urgência a sujeitos privados de liberdade no país. E frente as limitações apresentadas pelo estudo que esses novos trabalhos possam favorecer a compreensão de aspectos não mencionados nesta pesquisa.

REFERENCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de et al . Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 146-152, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200021&lng=en. Acessos em: 25 de fev. 2018.

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181- 190, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 12 dez. 2016.

ADÃO, Rodrigo de Sousa; SANTOS, Maria Regina dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **REME – Rev. Min. Enferm.** 2012. v. 16. N. 4, p.. 601-608. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>. Acessos em: 22 abr. 2018.

ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira de et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 289-295, jun 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200289&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 13 jun. 2016.

ALMONDES, Katie Moraes de; SALES, Eleni de Araújo; MEIRA, Maísa de Oliveira. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 36, n. 2, p. 449-457, June 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 13 jun. 2016.

AMORIM, Andressa de Ávila; DORNELLES, Cássia Juliana Vargas; RUDNICKI, Dani. A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 50, n. 199, p. 285-302, set. 2013. Disponível em: < <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/502930/000991678.pdf?sequence=1> > . Acessos em: 12 nov. 2016.

ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, (esp). n.7, p. 6646-6654, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4803>>. Acessos em: 13 jun. 2016.

ALVES, Marília et al. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 208-215, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100025&lng=en. Acessos em: 13 fev. 2018.

BARBOSA, Mayara Lima et al. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 586-592, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400586&lng=en&nrm=iso. Acessos em: 18 ago. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Almeida, 2011. p. 279.

BARROS, Belmara Coelho et al. O instrumento de registro do samu: com a palavra dos profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 618-626, mar. 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3074/pdf_1253. Acessos em: 12 dez. 2016.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; KEHRIG, Ruth Terezinha; ARRUDA, Marcia Bomfim de. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401119&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 05 ago. 2016.

BATISTA E SILVA, Martinho Braga. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, jul. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702021&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 01 ago. 2016.

BRASIL. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/L7210compilado.htm. Acessos em: 20 ago. 2016.

Brasil. Lei n 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acessos em: 12 set.2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acessos em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acessos em: 17 set. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de setembro de 2013a. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882>. Acessos em:12 de set. 2016.

BRASIL. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003b. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acessos em: 17 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 228 p.

BRASIL. Portaria n. 2.072, de 30 de outubro de 2003d. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003.html>. Acessos em: 11 set. 2016

BRASIL. Portaria n. 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa qualisus e define competências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html>. Acessos em: 12 set. 2016 .

BRASIL. Decreto nº 6.049, de 27 de fevereiro de 2007. Aprova o regulamento penitenciário federal. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6049.htm>. Acessos em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Portaria 2.970 de 8 de janeiro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da rede nacional samu 192. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2970_08_12_2008.html>. Acessos em: 15 set. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acessos em: 15 set. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acessos em: 15 set. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300006. Acessos em: 15 de ago. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de setembro de 2013. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882>. Acessos em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014a. p. 9-32.

BRASIL. Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Brasília, 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acessos em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Acessos em: 17 set. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da saúde. Cobertura e Centrais de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192 – SAMU, 2016. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acessos em: 17 set. 2016.

Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN. Levantamento nacional de informações penitenciárias. 2017. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016>. Acessos: 05 jan. 2018.

BROOKER Ron, HU Wendy, REATH Jennifer, ABBOTT Penelope. Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 18, n. 3, p. 1-9, 2018. DOI: 10.1186/s12909-017-1109-7. Disponível em <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1109-7>>. Acessos em: 03 mar. 2016.

CAMELO, Silvia Helena Henriques et al. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 22, n. 1, p. 75-86, abr. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100007&lng=es&nrm=iso>. Acessos em: 12 out. 2016.

CARRASCO-BAUN, H. Enfermagem presencial: marco legal e realidade assistencial. **Rev. esp. sanit. penit.** Barcelona, v. 19, n. 1, p. 3-12 de 2017. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 02 fev. 2018.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 13 jun. de 2016.

COHEN, Odeya; FEDER-BUBIS, Paula; BAR-DAYAN, Yaron; ADINI Bruria. Promoting public health legal preparedness for emergencies: review of current trends and their relevance in light of the Ebola crisis. **Global Health Action**, v. 8, n. 1, 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4598337/>>. Acessos em: 04 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 427/2002. Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acessos 12 out 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acessos 12 out 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 375/2011. Dispõe sobre a presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acessos em: 10 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema cofen/conselhos regionais de enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acessos em: 12 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios de enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acessos em: 12 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 487/2015. Veda as profissionais de enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html>. Acessos em: 15 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/resolucao-no-14-de-11-de-novembro-de-1994.pdf/view>. Acessos em: 15 de fev. de 2018.

COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti et al. Perfil demográfico e das condições de trabalho: a realidade das equipes de saúde implantadas em unidades prisionais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 16, n. 4, p. 13-22, dez. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/11169/7779>>. Acessos em: 10 de nov. de 2016.

Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2010.

DEL BUSTO DE PRADO, Francisco; JATIVA QUIROGA, Victoria. Urgencias hospitalarias y población penitenciaria. **Rev. esp. sanid. penit.**, Barcelona , v. 13, n. 3, p. 72-74, 2011 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300001&lng=es&nrm=iso>. Acessos em: 20 mar. 2018.

DIAS, Jaciara Medeiros da Costa et al. Perfil de atendimentos do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v.21, n.1, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42470>>. Acessos em: 12 ago. 2016.

DIUANA, Vilma et al. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2050, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702041&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 12 ago. 2016.

FERNANDES, Luiz Henrique et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 275-283, abr. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de jun. 2016.

FERRARO, Alceu Ravello. Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 1, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 10 jun. 2016.

Finnie, Adam John. Integrating prevention and health promotion in a London prison. **BMJ Open Qual**, v. 7, n. 1, 2018.

Disponível em: <<https://bmjopenquality.bmj.com/content/7/1/e000097>>. Acessos em: 12 fev. 2018.

Garcia-Romero, *Mauricio*; Rita-Gáfaro, *Cláudia Geraldine*; Quintero-Manzano, *Jairo*; Anderson, *Bermon*. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding? **Colombia Médica: CM**, v. 48, n. 2, 2017; p. 53-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597093/>. Acessos em: 16 de fev. de 2018.

GARCIA, Vinicius Maniezo; REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 261-267, abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200261&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 14 fev. 2017.

GHUSSN, Larissa de Souza; SOUZA, Regiane Máximo de. Análise de desempenho do SAMU/Bauru-SP em períodos de pico de demanda. **GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, Bauru, v.11, n.3, p. 75-103, jul-set 2016. Disponível em: <<http://revista.feb.unesp.br/index.php/gepros/article/view/1460/730>>. Acessos em: 26 fev. 2017.

GOIS, Swyanne Macêdo et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1235-1246, mai. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500017&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 14 jun. 2016.

IBIAPINO, Mateus Kist et al. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 72-75. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/30805>>. Acessos em: 12 fev. de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=para%C3%ADba&searchphrase=all>. Acesso: 25 fev. 2018.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K; LERMEN, Helena Salgueiro. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 39-52, ago. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 jun. de 2016.

JUNIOR, Danyllo do Nascimento Silva; ARAÚJO, Janieiry Lima de; SILVA, Rafael Tavares Silveira; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Privacidad y confidencialidad de los usuarios en un hospital general. **Rev. Bioét.** v. 25, n. 3, p. 585-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300585&lng=en. Acessos em: 27 de mar. de 2016.

KARA-JUNIOR, Newton. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 67-68, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802014000200067&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 17 ago. 2016.

KUATE, Defo Barthélémy. Demographic, epidemiological, and health transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? **Global Health Action**, v. 7, n. 10. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028929/>. Acesso: 25 fev. 2018.

Kinner SA., et al. Age-Specific Global Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, and Tuberculosis Among Incarcerated People: A Systematic Review. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, n. 3, p. 18-26. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X17304974>>. Acesso: 28 fev. 2018.

KLUGE, Hans. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. **BMJ Global Health**, v. 3, n.1. 2018. Disponível em: < https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000656>. Acesso: 28 fev. 2018.

KOC, Bora; TUTAL, Firat; URUMDAS, Mehmet; OZKURT, Yalcin; ERUS, Tugcan; YAVUZ, Alpaslan; KEMIK, Ozgur. The Preliminary Experience in the Emergency Department of a Newly Opened Penitentiary Institution Hospital in Turkey. **Revista Norteamericana de Ciências Médicas**, v. 6, n. 9, p. 460-465. Disponível em: < <http://www.najms.org/article.asp?issn=19472714;year=2014;volume=6;issue=9;spage=460;epage=465;aulast=Koc>>. Acesso: 15 mai. 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702061&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 09 ago. 2016.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, set. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 14 jun. 2016.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher. Análise de chamadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital brasileira. **Rev Rene.**, Florianópolis, v. 6, n. 15, p. 925-32, dez. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Nahadja/Desktop/1758-14411-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Nahadja/Desktop/1758-14411-1-PB%20(2).pdf)>. Acesos em: 18 de jun. 2016.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 2, p. 213-220, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200213&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 22 Set. 2016.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um estado da região sul do brasil. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 31-45. 2017. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/472/371>. Acessos em: 15 fev. 2018.

MARINHO, Fatima; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; FRANCA, Elisabeth Barboza. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400713&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessos em: 15 fev. 2018.

MARTINS, Élide Lúcia Carvalho et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1222-1234, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401222&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 15 jun. 2016.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. pp. 132.

MICHILIN, Nathallia Serodio; JENSEN, Rodrigo; JAMAS, Milena Temer; PAVELQUEIRES, Shirlene; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 4, p. 669-675. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046623008>. Acessos em: 21 de fev. de 2018.

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 275-278, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000400001&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 13 ago. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702031&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessos: 15 mar. 2018.

PEREIRA, Éverton Luís. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 21, n. 7, p. 2123-2134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702123&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessos: 15 mar. 2018.

O'DWYER, Gisele et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p.

2189-2200, Jul. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702189&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 16 Ago. 2016.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araujo de. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2017.

ORJIAKOR, Charles T et al. Prolonged incarceration and prisoners' wellbeing: lived experiences of awaiting trial/pre-trial/remand prisoners in Nigeria. **Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. v. 12, n. 1, p. 1-16. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5678456/>. Acessos em: 17 mai. 2018.

ROCHA, Geralda Elaine da et al. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev enferm UFPE on line.**, Minas Gerais, v. 8, supl. p. 3624-3631, Out. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6666/pdf_6393>. Acessos em: 17 de junho de 2016.

RIBEIRO, Antônio César. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados éticos-legais da profissão. **Cogitare Enfermagem**, Paraná. v. 21, n. 1, mar. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42118>>. Acessos em 24 de set de 2016. Acessos em 11 dez. 2016.

SEAP. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária da Paraíba. 2015. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/>. Acesos em: 10 out. 2016.

SANTANA, Cleiton José et al. Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias. **J Health Sci**, v. 18, n. 4, p. 235-239. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3497>>. Acessos em: 22 mar. 2018.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Perfil dos enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 7, p. 4754-4760, Jul. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/71>>. Acessos em 24 de set. 2016.

SEBOLD, Luciara Fabiane et al . Cuidar é... percepções de estudantes de enfermagem: Um olhar heideggeriano. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 243-247, Jun 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000200243&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 01 Out. 2016.

SILVERMAN-RETANA, Omar; LOPEZ-RIDAURA Ruy; SERVAN-MORI, Edson; BAUTISTA-ARREDONDO, Edson; BERTOZZI, Stefano M. Cross-Sectional Association between Length of Incarceration and Selected Risk Factors for Non-Communicable Chronic Diseases in Two Male Prisons of Mexico City. **PLOS ONE**. v. 10, n. 9, p. 1-10. 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138063> >. Acessos em: 30 de mar. de 2018.

SOARES, Emanuely Paulino; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; O'DWYER, Gisele. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, Set. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000300616&lng=en&nrm=iso>. Acessos em:13 de jun. de 2018.

SOUZA, Ana Paulla Ribeiro; BRANDÃO, Graciela Mara Ordones do Nascimento. Exposição corporal dificuldade enfrentada pelo cliente durante assistência realizada pela equipe de enfermagem na hospitalização. **Rev Enferm. UFPE**, v. 7, n. 11, p. 6415-21. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12287/14949>. Acessos em: 10 de mar. de 2018.

SOUSA, Maria da Consolação Pitanga de; NETO, Fernando José de Alencar; SOUSA, Fernando José de Alencar; SILVA, Cynthia Lee da Costa. Atenção à saúde no sistema penitenciário: Revisão de literatura. **R. Interd**. v. 6, n. 2, p. 144-151. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.ed u.br/index.php/revinter/article/view/59>. Acessos em: 10 de mar. de 2018.

SZERWIESKI, Laura Ligiana Dias; OLIVEIRA, Lussandra Ferreira de. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Iningá**. Paraná. v. 45, p. 68-74, Set. 2015. Disponível em: < http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150924_075628.pdf >. Acessos em 10 de out. 2016.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 417-434, June 2016 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200417&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 08 Oct. 2016.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 361-373, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100361&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 13 de junho de 2016.

VERONESE, Andréa Márian; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; NAST, Karoline. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 4, p. 142-148, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 13 jun. 2016.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 640-647, Dez. 2012. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 20 out. 2016.

WALDMAN, Eliseu Alves; SATO, Ana Paula Sayuri. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 68, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102016000100137&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 17 jun. 2018.

World Prison Brief. List of World Prisoners (11ª edição). Disponível em: http://www.prisonstudies.org/research-publications?shs_term_node_tid_depth=27. Acessos em: 10 de mar. de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO SAMU

Nº de identificação do serviço _____

Nº de identificação do impresso para registro de atendimento _____

Data da coleta: ____/____/____ Município: _____

Presença de equipe de atenção básica na unidade prisional: () não () sim

Número geral de atendimentos no período: _____

Número geral de atendimentos em presídios: _____

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Sexo: () F () M Idade: ____ Data do atendimento: ____/____/____ Dia da semana: _____

Local de atendimento: equipe de atenção básica na unidade prisional () sim () não

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Motivo do atendimento:

() urgência traumática () urgência clínica () urgência gineco-obstétrica () urgência psiquiátrica ()

outra. Qual? _____

Transporte utilizado: () USB () USA () Motolância

Equipe: () médico () enfermeiro () técnico de enfermagem () condutor

Apoio solicitado: () Corpo de bombeiros () IML () polícia civil () polícia militar () polícia rodoviária () Nenhum () outro _____

Atendimento com a chegada da equipe: () cancelado () recusou atendimento () não se encontra no local () recusou remoção () óbito no local () óbito no transporte () outro, qual?

Condutas dos profissionais da equipe multiprofissional:

Coleta de antecedentes pessoais: () não () sim, quais? () Hipertensão arterial sistêmica

() diabetes mellitus () doença cardiovascular () doença respiratória () doença gênito urinaria () doença infectocontagiosa () doença mental () cirurgias () alergias () uso de medicações () outros, quais? _____

Verificação de sinais vitais: () não () sim, quais? () pressão arterial () temperatura () frequência cardíaca () frequência respiratória.

Realização de exame físico: () não () sim

Realização de exames: () não () sim, quais? _____

Realização de procedimentos invasivos: () não () sim

Administração de medicações: () não () sim, quais? _____

Outras condutas da equipe:

--

Realização de etapas da sistematização da assistência de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem: () não () sim, quais

--

Intervenções de enfermagem: () não () sim, quais?

Destino dos usuários pactuado por cada município considerando a RAS que possuem:

() Unidade básica de saúde () UPA () Maternidade () Hospital () Outro. Qual?

Nota: Formulário desenvolvido com base nos impressos utilizados pelo SAMU das cidades selecionadas para coleta de dados.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Nº de identificação do serviço _____

Nº de identificação da coleta _____

Cidade da coleta _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: () F () M

Tempo de vínculo profissional com o serviço: _____

- 1. Fale sobre sua experiência na assistência pré-hospitalar de urgência a sujeitos privados de liberdade.**
- 2. Como é para você, enfermeiro do SAMU, realizar assistência a sujeitos privados de liberdade no ambiente prisional?**

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

**GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA OPERACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
NÚCLEO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A PESQUISA

A COORDENAÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO ESTADO DA PARAÍBA está de acordo com a execução da pesquisa “SAMU NO SISTEMA PRISIONAL DA PARAÍBA: PERFIL DE ATENDIMENTOS E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A ASSISTÊNCIA”, a ser desenvolvida pelas pesquisadoras GABRIELA MARIA CAVALCANTI COSTA, docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, e NAHADJA TAHAYNARA BARROS LEAL, discente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, que tem como objetivos:

- Analisar o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU no sistema penitenciário do estado da Paraíba a sujeitos privados de liberdade;
- Identificar as percepções de enfermeiros do SAMU sobre a assistência pré-hospitalar a sujeitos privados de liberdade no sistema prisional da Paraíba.

A pesquisa será realizada, portanto, com o manuseio, pelas pesquisadoras, de impressos destinados a registro da assistência das equipes multiprofissionais e de entrevistas com enfermeiros das equipes do SAMU, e ambas as atividades serão desenvolvidas nas dependências físicas dos serviços localizados nas seguintes cidades do estado da Paraíba: CAMPINA GRANDE, CAJAZEIRAS, JOÃO PESSOA E PATOS.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a RESOLUÇÃO 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que, para o acesso aos serviços das cidades citadas, fica condicionada a apresentação, nesta coordenação, da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de ética em pesquisa (CONEP).

Atenciosamente,

João Pessoa, 12 de junho de 2017.

Déborah Gomes

Déborah Gomes dos Santos
Matricula 184324-9

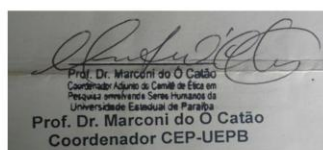
Gerência Operacional de Atenção Especializada
Núcleo de Urgência e Emergência

Déborah Gomes
DÉBORAH GOMES
Gerente Operacional da Rede
Especializada / NUE
Mat. 184324-9

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



PARECER DO RELATOR: 18.

Pesquisadoras Responsáveis: Gabriela Maria Cavalcanti Costa; Nahadja Tahaynara Barros Leal

CAAE: 69599217.8.0000.5187

Data da 1ª relatoria: 10/07/2017

Data da 2ª relatoria: 26/07/2017

Situação do parecer: REAVALIADO E APROVADO.

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado: “SAMU NO SISTEMA PRISIONAL DA PARAÍBA: PERFIL DE ATENDIMENTOS E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A ASSISTÊNCIA”, encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para análise e parecer com fins de obtenção de autorização para elaboração e desenvolvimento da Dissertação de Conclusão do Curso de Pós-Graduação, Nível Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, tendo como discente pesquisadora a Pós-Graduanda Nahadja Tahaynara Barros Leal. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de abordagem quanti-qualitativa. As pesquisas que utilizam métodos de abordagem mista possibilitam uma maior compreensão de problemas de pesquisa ao combinar estas formas, que ampliam o fornecimento de informações sobre o tema em estudo, com formas múltiplas de coleta de dados contemplando possibilidades variadas de análises estatísticas e análises textuais (CRESWELL, 2010). Os aspectos quantitativos serão contemplados na primeira fase da pesquisa, a qual apresenta caráter retrospectivo e com

análise documental de impressos destinados a registro dos atendimentos realizados pelo SAMU. Essa abordagem foi escolhida por utilizar estratégias de mensuração que permitem assegurar a confiabilidade dos achados e examinar a relação entre variáveis pelo uso de procedimentos estatísticos (FERRADO, 2012). O método qualitativo será abordado na segunda fase deste estudo, visa explorar e entender os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a temática a ser estudada possibilitando, portanto, compreender a realidade vivida socialmente, por meio de significados, motivações, aspirações, atitudes, crenças e valores de um indivíduo ou coletividade (TAQUETTE; MINAYO, 2016). A presente pesquisa será realizada em cidades localizadas no estado da Paraíba, que apresentam SAMU integrando a RAS, responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel as urgências no âmbito do SUS. Para seleção dos serviços que comporão a amostra foram elaborados os seguintes critérios de inclusão: SAMU com Centrais de Regulação Médica de Urgências que realizaram atendimentos em penitenciárias no período de janeiro a dezembro de 2016 e estão localizados no estado, com assistência pré-hospitalar desempenhada nestes locais independente de apresentarem ou não equipes de saúde implantadas dentro das unidades prisionais. As cidades onde serão realizadas as coletas de dados, bem como a distribuição das penitenciárias e o quantitativo de enfermeiros em cada SAMU estão descritas na tabela 01. Destaca-se que o estado tem população carcerária, segundo dados do mês de fevereiro de 2016, constituída por 11.393 indivíduos, dos quais 606 são do sexo feminino e 10.787 do sexo masculino. Conta atualmente com 79 unidades prisionais e 18 penitenciárias, dentre estas 11 apresentam equipes de saúde implantadas, presentes em seis municípios em conformidade com a PNAISP, sendo eles: Campina Grande, Cajazeiras, Guarabira, João Pessoa, Santa Rita e Patos (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA, 2016). Para tanto, justificam as pesquisadoras: “O panorama brasileiro tem demonstrado ascendência constante da população prisional, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça, em 2000 havia 137 presos para cada 100 mil habitantes e em 2014 essa taxa chegou a 299,7 pessoas. As estimativas demonstram que caso mantenha-se esse ritmo de encarceramento, em 2022 a população prisional será constituída por mais de um milhão de indivíduos (BRASIL, 2014b)”. [...]

Objetivo Geral da Pesquisa: Analisar o perfil dos atendimentos realizados pelo

SAMU no sistema penitenciário do estado da Paraíba a sujeitos privados de liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme a RESOLUÇÃO 466/12/CNS/MS, Item V, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Para este estudo segundo o pesquisador responsável junto a Plataforma Brasil: “Não haverá riscos para elaboração e análise do perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU, uma vez que serão consultados apenas os registros preenchidos pelas equipes multiprofissionais, não havendo abordagem direta do usuário ou familiares e sendo de responsabilidade dos pesquisadores resguardar o sigilo das informações coletadas. A realização de entrevistas com os enfermeiros dos serviços selecionados para o estudo, também não acarretaram em riscos para os participantes, todos receberam esclarecimentos prévios sobre o estudo e o pesquisador explicará os questionamentos que serão feitos, para que assim eventuais dúvidas ou desconforto durante as entrevistas sejam previamente sanadas. **Benefícios:** Como benefícios do estudo estima-se com sua realização, que os participantes reflitam sobre a prática assistencial desempenhada a sujeitos privados de liberdade e que ocorra de maneira primordial o aprimoramento da qualidade da assistência pré-hospitalar de urgência desempenhada no âmbito da saúde prisional”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: o projeto apresenta: **introdução; Justificativa; Hipóteses; Perguntas Condutoras; Objetivos; Riscos e Benefícios; Desfecho Primário; Referencial Teórico; Metodologia; Cronograma; Orçamento; Resultados Esperados; Referencias; Anexos; Apêndices. Havendo toda uma harmonia entre eles.** Não havendo pendências entre eles.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os documentos necessários foram acostados ao projeto de Pesquisa. Ademais, em sua segunda versão foi apresentada a documentação solicitada em 10 de julho de 2017 (Termo de Autorização para Gravação de Voz).

Recomendações: O projeto encontra-se em sua segunda apreciação tendo sido acatado as recomendações solicitadas. Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: **Todas as recomendações foram acatadas, não havendo pendências neste projeto. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido estudo. Salvo melhor juízo.**

ANEXO C – IMPRESSOS PARA O REGISTRO DOS ATENDIMENTOS DO SAMU UTILIZADOS PELOS LOCAIS DE ESTUDO.

IMPRESSO UTILIZADO NO SAMU DA CIDADE DE CAJAZEIRAS - PB



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA USA _____ / USB _____

DATA	HORA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA			BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSPARÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

DADOS VITAIS

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: >30irpm <30irpm/PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

P.A.: _____ X _____ FC: FR: _____ TEMP: _____ °C - GLICEMIA _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/02: _____ So2c/02: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusão Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Percepção Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPEFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MEDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

E.C.G.
 NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 ABORTAMENTO HEMORRAGIA VARGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO
 OUTROS: _____
DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**
 DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFAÍNGEA CRIOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA Sonda GÁSTRICA Sonda VERCICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____
INTERVENÇÕES:**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)****ENCAMINHAMENTO**
 LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE
POSIÇÃO DE TRANSPORTE
 DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)
RECUSA

NOME: _____ RG.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: _____ MAT: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data / /	ID da Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário			Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: _____						
Logradouro			Bairro	Médico Regulador		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: _____			Hospital de Origem: _____
> CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1. DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: _____

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

2 - VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectoração Enfisema subcutâneo Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbite Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando outro: _____

Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA
 Não
 Sim
 Objetos: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do receptor _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ **MATRICULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): _____ **COREN:** _____



MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____

		PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192			
SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: _____			
IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:					
DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:					
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:					
TIPO DE AGRAVO:			ANTECEDENTES:		
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL		
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL		
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA		
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL		
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES		
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)		<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS		
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:		
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS					
DESTINO DO PACIENTE:					
SERVIÇO MÉDICO: _____		RESPONSÁVEL: _____		FUNÇÃO: _____	
MOTIVO DE TRANSPORTE:					
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE		<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA SIMPLES	
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____					
TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO					
LOCAL: _____		RESPONSÁVEL: _____		FUNÇÃO: _____	
EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):					

DADOS VITAIS:					
VVAA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> >30rpm <input type="checkbox"/> <30rpm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente / PAS: <input type="checkbox"/> >90mm Hg <input type="checkbox"/> <90mm Hg					
P.A.: _____ X _____ FC: FR: _____ TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: _____ SpO2c/O2: _____					
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:					
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída <input type="checkbox"/> Comunicação verbal Prejudicada <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada <input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma <input type="checkbox"/> Dor Aguda <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz <input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada <input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Outros: _____					
INTERVENÇÕES:					

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:					

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**DIAGNÓSTICOS:****PROCEDIMENTOS :**

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOMIA/
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - *AMBU*) RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA Sonda GÁSTRICA Sonda VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):****ENCAMINHAMENTO:**

LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

PÓSIOÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT.: _____

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: _____ MAT.: _____

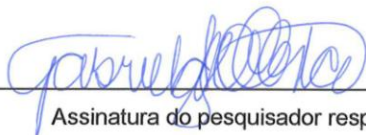
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: SAMU no Sistema Prisional da Paraíba: Perfil de
Atendimentos e Percepção do Enfermeiro Sobre a Assistência.

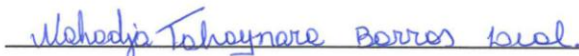
As pesquisadoras do projeto Gabriela Maria Cavalcanti Costa e Nahadja
Tahaynara Barros leal, assumem o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, 06 / junho / 2017



Assinatura do pesquisador responsável - Orientador
(Gabriela Maria Cavalcanti Costa)



Assinatura do pesquisador responsável – Orientanda
(Nahadja Tahaynara Barros leal)

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“SAMU no Sistema Prisional da Paraíba: Perfil de Atendimentos e Percepção do Enfermeiro Sobre a Assistência”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

-A pesquisa terá como objetivos:

- Analisar o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU no sistema penitenciário do estado da Paraíba a sujeitos privados de liberdade;
- Identificar as percepções de enfermeiros do SAMU sobre a assistência pré-hospitalar à sujeitos privados de liberdade no sistema prisional da Paraíba.

-O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.

-Aos pesquisadores caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Sendo compromisso dos pesquisadores, manter o sigilo de todas as informações referentes a identificação dos participantes.

-Destacamos que o conteúdo das entrevistas, serão gravadas e transcritas para posterior análise pelos pesquisadores, por conseguinte serão utilizadas como dados, para construção de trabalhos científicos divulgados em eventos científicos ou publicação em periódicos da área da saúde, com manutenção do sigilo dos participantes.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (083) 99654-2068 com Nahadja Tahaynara Barros Leal, enfermeira e aluna do Mestrado em Saúde Pública da UEPB ou com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Local _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora

Assinatura do pesquisador responsável - Orientador
(Gabriela Maria Cavalcanti Costa)

Assinatura do pesquisador responsável - Orientanda
(Nahadja Tahaynara Barros Leal)

Assinatura do Participante.

ANEXO F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “SAMU no Sistema Prisional da Paraíba: Perfil de Atendimentos e Percepção do Enfermeiro Sobre a Assistência”. Poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Gabriela Maria Cavalcanti Costa e Nahadja Tahaynara Barros leal a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Gabriela Maria Cavalcanti Costa, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Cidade _____, ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante.

ANEXO G – FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

09/05/2018

ScholarOne Manuscripts


 Ciência & Saúde Coletiva


 Home


 Author

Submission Confirmation


 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2018-1254

Title

ATUAÇÃO DO SAMU EM PRESÍDIOS: ANÁLISE DE ENFERMEIROS SOBRE O MOTIVO DO CHAMADO E O LOCAL DA ASSISTÊNCIA

Authors

Barros Leal, Nahadja
Costa, Gabriela

Date Submitted

09-May-2018

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.


[@ScholarOneNews](#) |
 
[System Requirements](#) |
 
[Privacy Statement](#) |
 
[Terms of Use](#)