**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FABRÍCIO JOSÉ SOUZA BASTOS

**SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE ITABUNA:
A RELAÇÃO ENTRE A TOMADA DE DECISÃO E A PRODUÇÃO DO
CUIDADO**

RIBEIRÃO PRETO

2014

FABRÍCIO JOSÉ SOUZA BASTOS

**SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE
ITABUNA: A RELAÇÃO ENTRE A TOMADA DE DECISÃO E
A PRODUÇÃO DO CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Maranhão tendo como associada a Universidade Estadual de Santa cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Pedro Fredemir Palha

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bastos, Fabrício José Souza

SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE ITABUNA: A
RELAÇÃO ENTRE A TOMADA DE DECISÃO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO.
Ribeirão Preto, 2014.

186 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Pedro Fredemir Palha

1. Atendimento Pré Hospitalar. 2. Política Nacional de Atenção às Urgências.
3. Tomada de Decisões. 4. Autonomia. 5. Educação Permanente em Saúde.

BASTOS, Fabrício José Souza

SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE ITABUNA: A RELAÇÃO
ENTRE A TOMADA DE DECISÃO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa Kitiana e aos meus filhos Emanuel, Maria Gabrielle e Miguel, por suportarem minha ausência nos momentos de afastamento e dedicação. Este trabalho é por e para vocês!

Agradecimentos

Minhas primeiras palavras de agradecimento se dirigem a Deus, nosso criador. Só Ele sabe tudo o que foi vivido e superado para conclusão desta jornada. Ele foi, é e sempre será, o amigo e companheiro em meio a tantos momentos de superação. A Ele a glória e o louvor sim.

Agradeço aqui a minha esposa Kitiana Carvalho Pacheco por suportar minhas ausências e sempre receber-me com amor e carinho em minhas chegadas e por sempre me acompanhar em minhas partidas. Por ser minha companheira, minha amiga, minha amante, minha incentivadora. Não sei se o mundo é bom, mas com certeza ele é melhor ao seu lado. Amo você minha Taleh!

Aos meus filhos Emanuel, Maria Gabrielle e Miguel por toda a compreensão e amor incondicionais em meio a tantas turbulências vividas neste caminho. Filhos da minha vida, como eu amo vocês!

Agradeço aqui a minha família, apesar de todos os pesares dos últimos tempos, vocês são a família que Deus me concedeu e se fosse para escolher novamente, eu iria querer ser filho de Calixto e Aline Bastos e irmão de Sabrina e Aline Patrícia, e cunhado de Armando.

Agradeço a família que Deus me permitiu participar, a dos Carvalho Pacheco. A Cristina Macedo (Tina) a quem eu amo como uma mãe e que, no dia mais difícil da minha vida, foi a única a me abençoar e me beijar a fronte. A minha vó Nita, Mile, Ró e Ju e a todos os demais membros desta grande e maravilhosa família da qual hoje faço parte com muita felicidade e orgulho!

Agradeço aqui a todos os meus amigos que sempre torceram por mim, aqui representados na pessoa do amigo Sérgio Pigga, grande parceiro em Ribeirão Preto. Aos companheiros do SAMU Itabuna que sustentam este estudo com parte de suas histórias de dedicação e coragem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, edital 005/2009 Ação Novas Fronteiras da CAPES/MEC.

Ao meu orientador Pedro Palha e a todos os colegas do grupo Geo TB, por todo o apoio, colaboração e torcida.

A todos os Professores do DINTER e equipe administrativa da Pós Graduação.

Ao Departamento de Ciências da Saúde e Colegiado do curso de Enfermagem da UESC e a todos os colegas nas pessoas de Roseane Montargil e Aretusa Bitencourt.

Aos meus companheiros de DINTER representados aqui pelos amigos Ricardo Matos, Carla Daiane, Ana Paula Mariano, Alba, Flávia e Ana Fontes. Meu muito obrigado a todos vocês.

Epígrafe

Aqui é o estrado para os teus pés
Que repousam aqui
Onde vivem os mais pobres, mais humildes e perdidos

Quando tento inclinar-me diante de ti
A minha reverência não consegue alcançar
A profundidade onde teus pés repousam
Entre os mais pobres, mais humildes e perdidos

O orgulho nunca pode se aproximar desse lugar
Onde caminhas com as roupas do miserável
Entre os mais pobres, mais humildes e perdidos

O meu coração jamais pode encontrar o caminho
Onde fazes companhia ao que não tem companheiro
Entre os mais pobres, mais humildes e perdidos

TAGORE

RESUMO

Para dar resposta às necessidades de saúde de uma população o sistema de saúde requer um nível de organização suficiente para acolher o usuário em suas unidades e dar conta de suas necessidades conforme rezam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido destaca-se a importância da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) preenchendo este vazio assistencial dentro da área de Urgência e Emergência. O presente estudo teve como Objetivo Geral: Analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU e sua relação com a produção de cuidado. Como Objetivos Específicos 1 - Analisar os elementos que concorrem para a tomada de decisão dos profissionais do SAMU no ato da cena; 2 – Analisar o processo de tomada de decisão na regulação do atendimento às urgências pelos médicos reguladores. O estudo é do tipo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Foram sujeitos desta pesquisa os profissionais do SAMU que atuam no campo prestando assistência presencial ou por regulação ao usuário. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a entrevista semi-estruturada e a observação participante. A pesquisa foi desenvolvida em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos. A tese que sustenta esse estudo é que **as decisões tomadas que geram o trabalho vivo em ato dos profissionais do SAMU tem relação com o desenho do Sistema de Saúde local**. Os dados dos depoimentos foram organizados em categorias e subcategorias com o software Atlas Ti 7.0. Com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2009) foram determinadas três categorias principais que respondem ao problema do estudo: Urgência e Emergência, Educação Permanente e Tomada de Decisões e relação com a Produção do Cuidado. O estudo revelou que os profissionais do SAMU utilizam-se do seu núcleo de saberes e práticas profissionais e do Atendimento Pré-Hospitalar, seus valores e conhecimentos empíricos para tomar decisões no ato da prestação da assistência ao usuário gravemente enfermo e que, essas decisões, são compartilhadas entre os membros das equipes. Foi possível apreender ainda que os princípios da Educação Permanente e Educação Popular em Saúde podem melhor qualificar o processo de tomada de decisões dos profissionais do SAMU. O Acolhimento e Classificação de Risco pode conferir uma linguagem padronizada para o adequado encaminhamento do usuário e suas demandas dentro do sistema de saúde. As tomadas de decisões dos profissionais do SAMU no ato da cena produzem resultados que podem ajudar na reorientação do modelo assistencial ou favorecer a manutenção de um modelo centrado no enfrentamento das situações agudas, quando implantado num Sistema de Saúde com problemas organizacionais e estruturais, além de colaborar na construção da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção à Saúde como um todo.

Descritores: 1. Atendimento Pré Hospitalar. 2. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. Tomada de Decisões. 4. Autonomia. 5. Educação Permanente em Saúde.

Título: Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado.

ABSTRACT

To fulfill the needs of a population, the Healthcare system requires a level of organization that is good enough to take care of the users in its facilities and cope with their needs, according to the principles of SUS, which stands for “Sistema Único de Saúde” (Brazil Healthcare system). In this way, we highlight the importance of SAMU, which fills the assistance gap in the area of Medical Emergencies. This paper had the general goal of analyzing the SAMU professionals’ process of decision-making and their relation to Healthcare production. As specific goals: 1- analyzing the elements that contribute to the decision-making of SAMU professionals at the place of occurrence; 2- analyzing the process of decision-making according to the regulation of the Medical Priority Dispatch System. This is a descriptive explanatory study of qualitative approach. The subjects of this study were the professionals of SAMU who act outdoors, dealing with emergencies or users regulation. The tools of data collection were semi-structured interview and observation in loco. The research was developed in consonance with Resolution 466/2012 from “Conselho Nacional de Saúde” (Healthcare regulator), which is responsible for research with human beings. The supporting thesis of this study is **the course of action taken by SAMU professionals at dealing with emergencies has a relation to the local Healthcare System model**. The interview data was organized in categories and sub-categories with software Atlas Ti 7.0. Having the “Bardin Content Analysis” (2009) as basis, we determined 3 main categories which solve the problem of this study. Medical Emergency, Permanent Education and Decision Making and its relation to Healthcare Production. The study has shown that SAMU professionals make use of their knowledge and professional practice and Prehospital Treatment, their values and empirical knowledge to make decisions at the site of the emergency and that, those decisions are shared among team members. We were also able to learn that the principles of Permanent Education and Popular Education in Health can improve the decision making process of SAMU professionals. The Risk Assessment can determine a standardized language to an accurate plan of action to be performed. SAMU professionals’ decision making in loco produces results that can help in reorientating the Aid model or favor the maintenance of a model centered in facing severe situations, when deployed in a Healthcare System with structural and organization problems, besides it can cooperate in constructing the Emergency Care Network and Healthcare Network as a whole.

Descriptors: Prehospital Emergency Care. 2. National Policy on Emergency Care. 3. Decision-making. 4. Autonomy. 5. Permanent Education in Health

Title: Itabuna Mobile Emergency Care System: the relation of decision-making to healthcare production.

RESUMEN

Para satisfacer las necesidades sanitarias de una población, el sistema de salud requiere un nivel de organización suficiente para acomodar al usuario en sus unidades y atender sus necesidades como ruegan los principios del Sistema Único de Salud (SUS). En ese sentido se resalta la importancia del despliegue del Servicio de asistencia móvil (SAMU) llenando esta ausencia de asistencia en el área de Urgencia y Emergencia. El presente estudio tuvo como propósito general: Analizar el proceso de toma de decisiones de los profesionales de salud en el SAMU y su relación con la producción de cuidado. **Cómo Objetivos Específicos:** 1 - Analizar los factores que contribuyen a la toma de decisiones de los profesionales del SAMU en el escenario; 2 - Analizar el proceso de toma de decisiones en la regulación del servicio de emergencia por los médicos reguladores. El estudio es descriptivo y exploratorio y su enfoque es cualitativo. Profesionales del SAMU que trabajan en el campo de la prestación de asistencia en persona o mediante el control de los usuarios fueron sujetos de esta investigación. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron las entrevistas semi-estructuradas y observación participante. El estudio fue realizado de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, que se ocupa de la investigación en seres humanos. La tesis que sostiene este trabajo es que **las decisiones tomadas que generan verdadero trabajo hecho en acto de los profesionales del SAMU están relacionadas con el diseño del sistema de salud local**. Los datos de las entrevistas fueron organizados en categorías y subcategorías con el software Atlas Ti 7.0. Basándose en el análisis de contenido de Bardin (2009) fueron determinadas tres categorías principales que responden al problema del estudio: Urgencia y Emergencia, Educación Continua y la toma de decisiones y la relación con la producción del cuidado. El estudio reveló que el SAMU de los profesionales utilizan de su conocimiento básico y prácticas profesionales y Atención Pre hospitalaria, los valores y los conocimientos empíricos para tomar decisiones en el acto de prestación de asistencia al usuario gravemente enfermo y que, dichas decisiones son compartidas entre los miembros del equipo. Todavía fue posible captar los principios de la Educación Continua y Educación Popular en Salud pueden calificar mejor el proceso de toma de decisiones de los profesionales del SAMU. La Acogida y Clasificación de riesgos pueden permitir un lenguaje estandarizado para la manera apropiada de colocar al usuario y sus exigencias dentro del sistema de salud. La toma de decisiones de los profesionales del SAMU en el escenario producen resultados que pueden ayudar en la reorientación del modelo de atención o promover el mantenimiento de un modelo médico en el tratamiento de situaciones agudas, cuando se implanta en un sistema de salud con problemas organizativos y estructurales, y colaborar en la construcción de la Red de Atención de Emergencias y de la Red de Atención a la Salud en su conjunto.

Descriptor: 1. Atención Pre Hospitalar. 2. Política Nacional de Atención de Emergencias. 3. Toma de Decisiones. 4. Autonomía. 5. Educación Continua en Salud.

Título: Sistema de Atención Móvil de Emergencia de Itabuna: la relación entre la toma de decisiones y la producción de la atención.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

ACLS - Advanced Cardiac Life Support

ACR – Acolhimento e Classificação de Risco

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS - Advanced Trauma Life Support

BLS – Basic Life Support

CGUE - Coordenação Geral de Urgência e Emergência

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

EaD – Ensino a Distância

EPopS – Educação Popular em Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAOC - Hospital Alemão Oswaldo Cruz

MI – Médico Intervencionista

MR – Médico Regulador

NEP – Núcleo de Educação Permanente

NEU - Núcleos de Educação em Urgência

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PET - Programa de Educação pelo Trabalho

PHTLS - Pre Hospital Life Trauma Support

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RAS – Rede de Atenção a Saúde

RAU – Rede de Atenção Às Urgências

RCP - Reanimação Cardiopulmonar

SAMU – Serviço De Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Assistência a Saúde

SESAB - Secretaria de Saúde da Bahia

START - Simple Triage And Rapid Treatment

SUS – Sistema Único De Saúde

TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UESC – Universidade Estadual de Santa Cruz

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WONCA - World Organization of National Colleges

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Relação das principais portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil.....	27
Tabela 2 - Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa.....	79
Tabela 3 - Categorias de análise e códigos	82
Quadro 1 - Histórico de busca de referências na base de dados LILACS e MEDLINE	59
Quadro 2 - Coeficiente de Mortalidade (100.000 habitantes) segundo causas selecionadas, microrregião Itabuna, 2009	67
Quadro 3 - Distribuição das Unidades Hospitalares do Município de Itabuna segundo especialidade de atendimento, Itabuna, 2009	68
Quadro 4 - Encaminhamentos Hospitalares realizados pelo SAMU Itabuna no ano de 2011	72
Quadro 5 - Descrição das Categorias de Análise	83

Lista de Figuras

Figura 1 – Desenho Conceitual da Pesquisa	84
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: BASES CONCEITUAIS ..	22
1.1 A Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil: sua gênese e seu atual estado de proposição	22
1.2 A Rede de Atenção às Urgências e o papel da micropolítica na sua conformação.....	31
1.3 Tomada de Decisão e Educação Permanente em Saúde: o papel dos campos e núcleos de saberes e práticas.....	46
1.4 Justificativa.....	57
1.5 Objetivos	63
1.5.1 Objetivo Geral	63
1.5.2 Objetivos Específicos	63
2 PERCURSO METODOLÓGICO	64
2.1 Tipo de Estudo	64
2.2 Cenário da Pesquisa	65
2.3 Sujeitos do estudo.....	73
2.4 Considerações éticas	74
2.5 Instrumentos de Coleta de Dados	75
2.6 Desenho conceitual da Análise dos Dados	76
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
3.1 Observação Participante	85
3.2 Categorias de Análise	88
3.2.1 Urgência e Emergência.....	88
3.2.2 Educação Permanente.....	117
3.2.3 Processo de Tomada de Decisão	140
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
5 REFERENCIAS.....	162
APÊNDICES	176

APRESENTAÇÃO

A evolução da prestação do cuidado, naturalmente, sofre um processo de transformação que acompanha as necessidades de saúde do ser humano. Embora a velocidade do aparecimento de agravos seja maior que o número de soluções encontrado para eles, a comunidade formada por profissionais responsáveis pela área de saúde mantém um esforço permanente em tentar dirimir e prevenir o surgimento dos problemas de saúde, individual e coletiva.

Para dar resposta às demandas de saúde de uma população, o sistema de saúde requer um nível de organização suficiente para acolher o usuário e dar conta de suas necessidades, conforme rezam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, pensar em respostas para a produção do cuidado em saúde apenas do ponto de vista organizacional, da administração ou da gestão seria um reducionismo importante de uma realidade multifacetada de características, causas e consequências por sua natureza e potencialidade inovadora. Adotamos aqui o cuidado em saúde no seu sentido integral, segundo Pinheiro (2008, p. 113):

O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. (PINHEIRO, 2008, p. 113)

Essa procura pela melhor maneira de produzir o cuidado não ocorre de maneira diferente quando se trata do atendimento às Urgências. O usuário que adentra ao sistema necessitando de atendimento emergencial, devido a acometimento incompatível com a vida, grave e/ou incapacitante (temporária ou permanentemente), precisa ser acolhido por uma rede de serviços organizada, regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais em consonância com o presente no texto da Política Nacional de Atenção às Urgências(PNAU), Portaria MS nº 1.863, de 2003 (BRASIL, 2003). Em direção a essa proposição, o Ministério da Saúde propõe a criação das Redes de Atenção a Saúde (RAS), que têm suas diretrizes detalhadas na Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. No anexo dessa Portaria, a RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços

de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010). A reordenação do atendimento às Urgências e Emergências segue no mesmo sentido com a Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde, publicada em 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). É importante lembrar, neste momento, que a busca pelo padrão hierarquizado e regionalizado do atendimento às Urgências no Brasil data de período anterior ainda na década de 1990, conforme veremos em outro momento.

A necessidade de reorganização da atenção à saúde no Brasil é tema recorrente de discussões e pesquisas em diversos centros acadêmicos e instituições gestoras. Para atender às necessidades da população, é necessário conhecer detalhadamente não apenas estes problemas, mas, principalmente, quais os meios disponíveis no Sistema de Saúde para saná-los em sua integralidade. Segundo Franco e Franco (2011), “a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica”.

Apesar dos grandes e contínuos esforços em busca da promoção dos princípios do SUS no atendimento às Urgências, a persistência de situações como internação de usuários graves em corredores de hospitais e prontos-socorros, ou seja, a má qualificação estrutural do atendimento de Urgência no país é uma realidade que se apresenta como nó crítico para os gestores da saúde. O Sistema de Saúde concebido e pactuado entre gestores e instituições prestadoras do cuidado se destina à produção de serviços à saúde do usuário e coletividade no sentido da sua promoção, prevenção e reabilitação; no entanto, nem sempre esse objetivo é alcançado, devido à interferência de diversos fatores. Neste caso, em especial, observaremos e discutiremos sobre como o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde relaciona-se com esta lógica de produção do sistema de saúde a partir do seu cuidado prestado.

Pensar nesta lógica, onde o cuidador é personagem importante, tem me motivado a descrever, de maneira leve, minha trajetória. Iniciei meu contato profissional com a área de Urgência e Emergência trabalhando como Enfermeiro no Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, em Itabuna-BA, no ano de 2000. Neste setor, trabalhei por seis anos e, a partir da vivência como cuidador neste espaço, em 2002 iniciei meu mestrado na Universidade Federal da Bahia, em convênio com

minha instituição formadora, e onde hoje atuo como docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), localizada em Ilhéus-BA.

Àquela época, a necessidade da tomada de decisões em curtíssimo espaço de tempo realizadas pelos Enfermeiros deste setor no desenvolvimento do processo de cuidar me inquietava. Essas decisões envolvem: o estado de saúde do usuário, a responsabilidade sobre este estado de saúde, a estrutura oferecida pelo serviço e, por muitas vezes, a inadequação ou mesmo a falta dela, a interdisciplinaridade que exerce influência direta sobre as consequências da nossa decisão, e o peso sobre o conteúdo ético, moral e bioético do profissional Enfermeiro. Então, desenvolvi minha pesquisa nesta área com a temática *Problemas Práticos morais vivenciados pela Enfermeira na Unidade de Emergência no município de Itabuna*, dissertação que defendi em outubro de 2003. A peculiaridade do tema é que foi objetivado apreender das Enfermeiras do município de Itabuna que atuavam diretamente na unidade de Emergência dos hospitais no município como elas compreendiam o processo de tomadas de decisão imediata. Segundo Bastos (2003), o problema prático moral nasce da vivência e requer uma decisão sem consultas a terceiros ou revisão de material literário; o único referencial para uma decisão moral é o conteúdo da consciência do indivíduo. A reflexão posterior à resolução do problema com debate ou conversação com outros e/ou com busca na literatura transforma-se numa reflexão ética da realidade moral vivenciada (VÁZQUEZ, 2007). A partir desta pesquisa de mestrado, foi possível perceber a responsabilidade do Enfermeiro no palco da Emergência, o qual é partilhado por diversos outros profissionais, como médicos, técnicos de enfermagem, policiais, fisioterapeutas. Profissionais esses que, de alguma maneira, participam do resultado final da produção do cuidado neste espaço independente dos planejamentos e diretrizes preestabelecidas para o funcionamento do setor.

Paralelamente à minha experiência como Enfermeiro no pronto-socorro, iniciei a carreira docente na Universidade Estadual de Santa Cruz, no ano de 2000, como professor substituto da disciplina Enfermagem em Emergência e, em 2004, assumi como professor assistente. Com base em minhas vivências, acompanhei de perto o desenho do atendimento às Urgências e Emergências no município de Itabuna. No final de 2003, após o lançamento da Política Nacional de Atenção às Urgências e a implantação do SAMU como estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento

dos agravos agudos à população, fui convidado a participar do Comitê Gestor Municipal de Urgência de Itabuna, contribuindo, assim, para a implantação deste serviço no referido município. Com o nascimento SAMU, saí da seara do pronto-socorro para atuar agora no Atendimento Pré-Hospitalar. A bordo da ambulância do SAMU, foi possível ter uma visão panorâmica de como funcionam as unidades de saúde, desde a atenção primária até o nível de maior densidade tecnológica, e como o usuário percebe, de certa forma, essa rede de serviços, que está posta e evoluindo com o passar do tempo.

Para sair da superficialidade do processo de gestão do cuidado de Emergência num município, além de estudo aprofundado, é importante fazer parte da concepção do mesmo. Contribuindo com minha formação neste sentido, fui convidado, em 2010, a assumir a Coordenação Municipal de Urgência do município de Ilhéus-BA, distante 30 quilômetros do município de Itabuna. Em seguida, saí da coordenação e assumi o Departamento de Média e Alta Complexidade e Serviços Hospitalares do referido município. Neste período, pude colaborar diretamente com a elaboração do Projeto de Regionalização da Urgência e Emergência na Microrregião de Ilhéus, tanto na redação quanto na participação em discussões e debates do Grupo Condutor da Regionalização da Urgência, no Comitê Gestor Microrregional de Ilhéus, no Conselho Municipal de Ilhéus e nas reuniões de departamento da Secretaria Municipal de Saúde da qual fazia parte.

O estado da Bahia inicia o processo de implantação dos SAMUs no ano de 2003 com a inauguração dos primeiros serviços no ano de 2004. Após oito anos do início da sua implantação, a Política Nacional de Atenção às Urgências tem sido modificada e ampliada com o intuito da formação da Rede de Assistência Nacional às Urgências. Novos elementos têm sido acrescentados ao elenco de tecnologias de cuidado ao usuário grave, a exemplo das Portarias nº 2.970, de 2008 – que institui as diretrizes técnicas e financeiras de fomento a Regionalização da Rede Nacional SAMU 192 (BRASIL, 2008) – e nº 1.020, de 2009 – que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009).

Assumindo a responsabilidade como elemento propulsor da implantação das Linhas de Produção do Cuidado, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através do Grupo de Trabalho da PPI, publica em 2009 a versão

preliminar sobre a implantação das Linhas de Cuidado de Atenção às Urgências e Emergências e a Linha de Cuidado de Atenção Materno-Infantil. Através do incentivo à formação dos Colegiados Gestores Microrregionais, onde se reúnem os Gestores de Saúde de cada Município de uma microrregião, instituíram-se os passos para a implantação e implementação da Linha de Cuidado de Atenção às Urgências e Emergências. Vale salientar que, pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Bahia é dividida em 9 macrorregiões, subdividindo-se em 28 microrregiões e 31 Diretorias Regionais de Saúde (BAHIA, 2011).

O processo de viver na prática profissional do ponto de vista da assistência, prestando o cuidado direto e sobrevivendo às intempéries do sistema de saúde de um município, e do ângulo de visão de quem participou ativamente da construção técnica de um sistema de saúde, pude me apropriar de diversos questionamentos acerca de com se efetiva, na realidade, aquilo que é discutido e planejado pelos gestores da saúde. Planos que, mesmo muito bem elaborados, amplamente discutidos com a participação popular, pactuados com os demais gestores e prestadores de serviço da rede própria e conveniada, na prática não conseguem efetivar-se da maneira como foram concebidos e acordados. As respostas a esses questionamentos nos levaria a um debate com uma gama de hipóteses e possibilidades que subsidiariam pesquisas sob diversos aspectos de observação. No entanto, procurarei me ater em um recorte mais específico desses fatores, o qual seja a tomada de decisão por parte de quem, em última instância, presta o cuidado de saúde, neste caso o cuidado prestado na área de Urgência e Emergência no Atendimento Pré-Hospitalar.

Diante desta apresentação de fatores, surge como problema deste trabalho: **Qual a relação entre as tomadas de decisão pelos profissionais que prestam assistência no SAMU Itabuna e a produção do cuidado aos usuários?** Com esta questão, tem-se como objeto de estudo **a tomada de decisão dos profissionais que prestam assistência no SAMU Itabuna e sua relação sobre a produção do cuidado aos usuários.**

A tese que ora se apresenta está dividido da seguinte forma: inicialmente introduzo o tema com uma contextualização do objeto de estudo que foi desmembrado em três subtemas, a saber: A Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil sua gênese e seu atual estado de proposição; A Rede de Atenção às Urgências e o papel da Micropolítica na sua conformação; e a Tomada

de Decisão e Educação Permanente em Saúde, o papel dos campos e núcleos de saberes e práticas

Em seguida apresento as questões norteadoras, justificativa e objetivos. Posteriormente descrevo o percurso metodológico; resultados e discussões a par tir das categorias de análise e por último as considerações finais.

1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: BASES CONCEITUAIS

1.1 A Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil: sua gênese e seu atual estado de proposição

Discutir sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil significa situá-lo em meio à história do atendimento às Urgências e Emergências numa perspectiva nacional e em meio ao cenário Internacional.

A evolução das tecnologias no campo do atendimento às Urgências no mundo está diretamente relacionada às grandes guerras. Precursor do atendimento Pré-Hospitalar, o cirurgião Dominique Larrey era médico do exército de Napoleão e foi o primeiro a instituir uma espécie de pequena carruagem para retirar os feridos das linhas de batalha e transportá-los aos hospitais de campanha, por volta de 1792. A partir de então, outros tantos embates, como a Primeira e Segunda Guerras Mundiais, Guerra do Vietnã, Guerra das Malvinas, Guerra do Kuwait e a mais recente Guerra no Iraque, trouxeram-nos experiências exitosas no que tange ao pronto atendimento, especialmente nas situações de trauma (BRASIL, 2006).

Paralelamente aos avanços das tecnologias de atendimento às vítimas de trauma, ao longo do tempo, as diversas pressões sociais e as mudanças no estilo de vida da população reclamam uma resposta por parte dos diversos governos no mundo, em relação ao enfrentamento de problemas clínicos agudos, em especial às doenças de origem cardiovascular. A partir da década de 1950 começam a surgir nos Estados Unidos iniciativas de Unidades de Atendimento Médico abertas 24 horas (BASTOS, 2003). Com o surgimento dessas ações começa também a necessidade de uma melhor organização desta assistência emergencial. Destacam-se, neste campo, sociedades de especialidades, como o Colégio Norte Americano de Cirurgiões, que sistematiza o atendimento às vítimas de trauma com o Suporte Avançado de Vida ao Trauma (SAVT ou, na versão original da língua inglesa, ATLS) e a *American Heart Association* que inicia seu trabalho de reordenação do atendimento a vítimas de Mal Súbito e Parada Cardiorrespiratória com a implantação do Suporte Básico de Vida (SBV ou BLS) e do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC ou ACLS). O forte perfil biologicista e de enfrentamento de

problemas agudos promove o desenvolvimento de sistemas de saúde voltados para o hospital como centro da produção de saúde. Aliada a isso, a formação médica sofre influência do modelo flexneriano, que reforça a formação por especialidades, modelo que perdura até os dias atuais incluindo a realidade brasileira (CARVALHO e CECCIM, 2012, p. 146).

Partindo da experiência mundial para a realidade do nosso País, a situação da necessidade de definição de estratégias de enfrentamento da situação das Urgências não é diferente. Aqui o mesmo avanço tecnológico e as mesmas mudanças socioeconômicas e culturais estimularam o País a criar iniciativas para dar conta do atendimento ao usuário grave. Em linhas gerais, o elemento estimulador e propositor das iniciativas sempre foi o gestor federal. A maior parte dos municípios de menor porte no Brasil, ao invés de modernizar e instrumentalizar seus serviços para o atendimento às Urgências preferiu investir em aquisição de ambulâncias para viabilizar as transferências de usuários a municípios de maior porte ou mesmo às capitais dos seus estados. Essa dificuldade na área de atendimento às Urgências por parte destes municípios é explicada por Teixeira e Meneguim (2012) como uma baixa capacidade gerencial relacionada com uma escassa possibilidade de geração de receitas, resultando em maiores dificuldades para a organização eficiente de seus Sistemas de Saúde. Essa é outra face de um sistema de saúde projetado para atender a condições agudas, um sistema planejado no início do século XX e que enfrenta condições de saúde do século XXI, ignorando o processo de transição demográfica com um aumento substancial da população idosa e o processo de mudança do perfil epidemiológico e das condições de saúde e adoecimento no país. A esse respeito, Mendes (2011, p. 18) nos apresenta a tripla carga de doença e afirma que:

Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. (MENDES, 2011, p. 18)

A mudança de paradigma com reorientação do modelo assistencial centrado na Atenção Primária à Saúde (APS) implica também na ordenação da Urgência e

Emergência a partir da APS. Exemplo dos bons resultados da ordenação do sistema público de Saúde com base na Atenção Primária é apresentado por Michael e Green (2013, p. 95) ao falar sobre a Atenção Primária a Saúde em Ontário-Canadá:

In primary care, Ontario has moved significantly away from traditional, individual physician fee-for-service – based practices to a variety of patient enrolment models (PEMs) and has introduced multidisciplinary family health teams (FHTs). (MICHAEL e GREEN, 2013, p. 95)

Essa mudança significativa de paradigma pode ser uma resposta a necessidade de enfrentamento das condições crônicas em consonância ao enfrentamento das condições agudas. Apesar do panorama caótico do atendimento às Urgências no Brasil ser de conhecimento público, faltava um diagnóstico mais preciso e mais bem definido sobre a real situação do nosso País. O Ministério da Saúde começa a manifestar-se neste intento a partir do final da década de 1990, através das resoluções e Portarias publicadas na época (tabela 1) tendo como foco principal a redução mortalidade por causas externas e da morbimortalidade por conta de acidentes automobilísticos e a violência. No início dos anos 2000, as ações direcionadas ao atendimento das Urgências começam a ganhar corpo até que recebem do gestor federal a oficialização de suas ações através da publicação, em setembro de 2003, da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências com a Portaria nº 1.863 do Ministério da Saúde. No mesmo dia, o Ministério lança outra Portaria, demonstrando, assim, qual seria a sua prioridade em relação à consolidação de recém-publicada política. A Portaria a que me refiro é a de nº 1.864, que implanta, em nível nacional, o componente móvel de atendimento às Urgências, denominado Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Esse período é marcado pela publicação da Norma Operacional da assistência a Saúde (NOAS SUS) 01/02 (BRASIL, 2002), que atualiza a NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001), promovendo a retomada das ações de regionalização através do Plano Diretor de Regionalização como ferramenta de gestão e planejamento do SUS (BRASIL, 2003, p. 70).

O governo federal assume a área de Urgência e Emergência com prioridade na agenda e o SAMU 192 como elemento promotor das ações de mudança do cenário em que se apresentava o atendimento nesta área (VELLOSO et al., 2008). Segundo Machado et al. (2011), para que a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) entrasse na agenda governamental, foi necessário uma

convergência de fluxos: reconhecimento da situação como um problema prioritário; existência de alternativas para resolução do problema – o período de implantação da PNAU é imediatamente posterior ao lançamento da Portaria nº 2.048, de 2002, publicada no governo Fernando Henrique Cardoso e que é vigente até a presente data, como manual técnico para a área de Urgência no país; mudança política – mudança governamental ocorrida em 2003 com o início do governo Luís Inácio Lula da Silva.

A importância da implantação de um serviço para o atendimento pré-hospitalar móvel é destacada pelo preenchimento de uma lacuna dentro da área de Urgência e Emergência. O crescente aumento das situações de violência e causas externas, a transição demográfica com crescente aumento do número de idosos e a prevalência de doenças de curso crônico justificam a necessidade de desenvolvimento do modelo de atenção. O SAMU é um dos serviços a compor essa mudança de paradigma. Internacionalmente, é colocada a importância do Atendimento Pré-Hospitalar como elemento que auxilia no desenvolvimento do sistema local de saúde em países em desenvolvimento. A esse respeito, Henry e Reingold (2012, p. 73) afirmam que:

Prehospital trauma systems in developing countries, particularly middle-income countries, reduce mortality. These data should inform and encourage developing countries to adopt prehospital trauma systems at the policy level. (HENRY e REINGOLD, 2012, p. 73)

A adoção de uma política pública de saúde para a área de Urgência é um aspecto positivo no processo de reorientação do modelo assistencial. Para Machado et al. (2011), é possível dividir a proposição da Política de Atenção às Urgências em três períodos distintos: 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU; e a partir do final de 2008 – continuidade do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Acrescentando a informação dos autores, o período de 2010 a 2011 apresenta uma ênfase na vocação rizomática do SUS com reflexos diretos na área de Urgência e Emergência. Em 2010, o Ministério da Saúde publica, em 30 de dezembro, a Portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e seguindo esta mudança, no ano seguinte, ocorre a publicação em 7 de julho da

Portaria nº 1.600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (tabela 1).

O atual estado de proposição da área de atenção às Urgências volta-se para a vocação original do SUS, que é a concepção dos serviços de saúde como uma rede regionalizada e hierarquizada, que assegure a integralidade do cuidado ao usuário. Trazendo para a área de Urgência e Emergência, a necessidade premente é de que o atendimento ao usuário com algum grau de gravidade ocorra em qualquer ponto do sistema, em qualquer uma de suas portas de entrada.

O SAMU continua como um dos elementos constituintes da RAS, uma vez que, por ser dotado de Central de Regulação, colabora como importante observatório da situação de saúde em um contexto regionalizado, capaz de identificar a capacidade instalada nas portas de entrada para prestação do cuidado ao usuário em tempo real (BRASIL, 2006, 2011).

Isso permite a possibilidade de correções imediatas e mediatas das distorções que podem ocorrer principalmente em relação ao acesso do usuário ao sistema.

Tabela 1 – Relação das principais portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil.

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria 2.923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
Portaria 824/1999**	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar.
Portaria 814/2001**	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.
Portaria 2.048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
Portaria 1.863/2003**	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria 1.864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS.
Portaria 2.072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
Decreto 5.055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços.

Portaria 1.828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional.
Portaria 1.927/2004	Estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
Portaria 2.420/2004	Constitui o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria 2.657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
Portaria 3.125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.
Portaria 2.922/2008**	Estabelece diretrizes para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/ unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
Portaria 2.970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU
Portaria 2.971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
Portaria 2.972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais/regionais de atenção integral às urgências.

Portaria 1.020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo – UPA e SE – visando a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências.
Portaria 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 1.600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
Portaria 804/2011	Estabelece a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida.

Fonte: Sistema SaudeLegis.

Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Adaptado de MACHADO et al., 2011.

****As Portarias assinaladas foram revogadas/substituídas por Portarias posteriores.**

Apesar de toda sua potencialidade e do arcabouço jurídico legal estabelecido para a regulação de suas ações, o SAMU 192 como experiência de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel no Brasil ainda possui lacunas a serem preenchidas, visando ao seu funcionamento pleno. Estudo realizado por Minayo e Deslandes (2008), analisando a implantação de SAMUs em 5 capitais brasileiras, aponta uma série de problemas em comum. Um desses problemas é a presença de conflitos entre o Grupamento de Bombeiros Militares e os recém-implantados SAMUs. Historicamente, o Corpo de Bombeiros ocupou o espaço do atendimento pré-hospitalar no Brasil (VELLOSO et al., 2008). Quando ocorre a implantação dos primeiros SAMUs, em 2003, repentinamente o APH tem uma nova organização e regulamentação para as quais os Bombeiros não foram adequadamente sensibilizados. Houve uma diversidade de desentendimentos que foram equalizados graças a ação da convivência cotidiana no campo de trabalho com os profissionais que prestam assistência no SAMU. Informalmente, foi estabelecido uma política de boa vizinhança com base no diálogo entre profissionais que diuturnamente se encontravam resolvendo as mesmas situações de estresse e sofrimento que envolvem o atendimento ao usuário grave.

Segundo Vieira e Mussi (2008), não é suficiente implantar e colocar o serviço à disposição da população para que o mesmo esteja funcionando com eficiência e eficácia. É preciso de uma série de fatores inerentes ao serviço como infraestrutura, insumos, capacitação dos profissionais, estabelecimento de vínculos empregatícios seguros e adequação mínima da rede de serviços para receber o usuário encaminhado pelo SAMU. O conceito de vaga zero defendido pelo Ministério da Saúde, a partir da já revogada Portaria nº 814, de 2001, e confirmada pela Portaria nº 2048, de 2002, define que as unidades de atendimento às Urgências devem prover o primeiro atendimento ao usuário grave independentemente da existência ou não de leitos. Após o atendimento e a estabilização inicial, o usuário pode ser transferido mediante regulação médica.

O que se apresenta substancialmente definido em legislação é difícil de ser colocado em prática, uma vez que vivemos uma realidade de usuários perenemente internados em macas nos corredores dos prontos-socorros (BRASIL, 2002) e mais recentemente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde no país contribui para a sobrecarga de atendimentos realizados na unidade de Emergência, o que acaba diminuindo o espaço para o

usuário assistido pelo SAMU. Por outro lado, o serviço de APH não consegue encaminhar as urgências de menor gravidade para as unidades básicas de saúde ou de saúde da família, restando-lhe Pronto-Socorro ou UPA.

Para Lavras (2011, p. 873):

O enfrentamento do atual quadro de saúde da população brasileira exige profundas mudanças no SUS na perspectiva de impulsionar seu desenvolvimento como um sistema de saúde integrado. Reconhecendo os processos de estruturação de redes regionais de atenção à saúde orientadas pelo Pacto de Gestão como iniciativas que caminham nessa direção, há que se ressaltar a importância desses processos serem alicerçados na valorização e no reconhecimento da APS como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado.

A reorganização do atual sistema de saúde com características fragmentadas e pouco integradas perpassa pelo devido reconhecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como elemento ordenador lógico da rede que cria uma referência para o usuário que adentraria ao sistema por qualquer porta de entrada, entre elas o SAMU 192 (MENDES, 2011). O papel da Central de Regulação das Urgências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência deve ser entendido como o de elemento ordenador das demandas de Urgência e Emergência referenciando o usuário certo para o local de atendimento mais adequado a sua necessidade de acordo com as grades de referência do município e o grau de densidade tecnológica necessário para a continuidade da assistência iniciada.

1.2 A Rede de Atenção às Urgências e o papel da micropolítica na sua conformação

A partir do histórico da construção do modelo de atendimento às Urgências no Brasil, conforme já discutido, é possível apreender que as situações de emergência na saúde, de uma maneira ou de outra, vem recebendo atenção por parte do Estado. As diversas iniciativas por parte do gestor federal ou dos gestores estaduais ou mesmo municipais apontam para a existência de uma estrutura de atendimento ao usuário grave. O fato é que essa estrutura foi transformando-se com base na necessidade da população e com base no acelerado avanço das taxas de morbimortalidade por causas externas e debilidade dos sistemas de saúde.

Os primeiros serviços de Atendimento Pré-Hospitalar surgem para atender às vítimas de trauma e não necessariamente todas as situações de Urgência e Emergência. O que fica demonstrado aqui é a existência de um sistema de atendimento às Urgências existente e composto de estruturas de atendimento a saber: APH fixo (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da família) que, com base no diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2002 (BRASIL, 2002), apresentava-se com deficiências nos seus recursos (materiais e humanos) para o atendimento das Urgências em todo o território nacional; iniciativas pontuais e isoladas de implantação de serviços de APH móvel sem regulação médica e alguns com a presença do médico regulador (VASCONCELOS, 2010); Unidades de Atendimento às Urgências não hospitalares, os famosos Pronto Atendimentos sem a devida retaguarda e desprovidos de recursos; Unidades de Atendimento às Urgências Hospitalares, os Prontos-Socorros, lotados, com atendimento inadequado realizado em macas nos corredores, carentes de recursos adequados, sem retaguarda para internação de usuários graves; Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em número menor do que a necessidade populacional, concentradas nos grandes centros; e rede de serviços de reabilitação pouco desenvolvida no país.

Após 10 anos da mobilização do Ministério da Saúde, no sentido da criação de uma Política Pública de Saúde para a área de Urgência e Emergência, foram implementados avanços nas políticas públicas de reorganização da assistência na Atenção Primária à Saúde, no Brasil, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família. No entanto, ainda existem dificuldades na APS para a consolidação das suas ações e integração com outros níveis de atenção, como explica Paim et al. (2011, p. 23):

A expansão e a consolidação do PSF são dificultadas ainda mais pela presença de muitas unidades tradicionais de atenção básica criadas antes do PSF, localizadas muitas vezes na mesma área geográfica das unidades de saúde da família. Em geral, esses dois serviços distintos não estão integrados e a população utiliza um ou outro, de acordo com a facilidade de acesso e a sua conveniência. Em 2010, 15% dos municípios não tinham equipes do PSF. Também é ainda insuficiente o investimento na integração da atenção básica com outros níveis assistenciais; a oferta de serviços especializados é dificultada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal e estadual, especialmente na oferta de exames de apoio diagnóstico. A capacidade administrativa no nível municipal é muitas vezes deficiente, assim como a regulamentação nacional. Tais obstáculos impedem a atenção básica de atingir plenamente seus objetivos e ressaltam o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em construção. (PAIM et al., 2011, p. 23)

Além do aspecto estrutural, os fluxos de referência e contrarreferência nem sempre são respeitados nos serviços de saúde no país. Para Oliveira, Mattos e Souza (2009), “o usuário não se prende à norma imposta a ele acerca de qual é a sua ‘porta de entrada’ no Sistema de Saúde. Ele chama para si a liberdade de optar por um Serviço de Saúde com base em sua experiência e em seus próprios interesses”.

Conforme sua urgência pessoal, o cidadão procura o atendimento à sua necessidade onde este acontecer de maneira mais breve proporcionando-lhe o desejado alívio. Segundo Marques (2010, p 34):

A percepção da urgência é influenciada pelos aspectos culturais e sociais de cada pessoa ou região, assim como a necessidade de atenção imediata que depende, tanto do ponto de vista do usuário, quanto das estruturas assistenciais e a finalidade de cada Serviço. (MARQUES, 2010, p 34)

Para não passar pelo fluxo de espera do atendimento na unidade de saúde, onde ele é atendido pelo médico clínico geral, que, a partir da sua avaliação, solicita exames diagnósticos mais detalhados, marca retorno do usuário, que pode ou não ser encaminhado para uma consulta especializada em serviço de média ou alta complexidade e, assim, ter a continuidade do seu tratamento ou elucidação do seu problema de saúde.

Apesar do SUS ter suas limitações financeiras, ainda assim, os gestores de saúde buscam cumprir com sua obrigatoriedade constitucional de prover a mesma ao cidadão. No entanto, para quem espera por algum tipo de atendimento à saúde, quanto mais efetividade e resolutividade dos cuidados prestados melhor. Neste caso, ao invés de esperar dias ou, até mesmo, meses para ter sua necessidade imediata suprida pela APS, o usuário do SUS acorre ao atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, CONASS 2007, pg 96). Ali, o referido usuário irá falar de suas queixas, esperará algumas horas para ser atendido, receberá uma medicação de ação rápida (geralmente injetáveis), poderá ser encaminhado para coleta de exames laboratoriais, radiografias ou, até mesmo, outras técnicas diagnósticas de maior densidade tecnológica, e, no mesmo dia, receberá os resultados dos seus exames, uma receita para adquirir medicação na unidade de saúde mais próxima de sua residência, um atestado para justificar o absenteísmo no trabalho e, assim, sua necessidade, pessoal imediata, talvez receba um paliativo, pois poderá ocorrer o mesmo processo de demora citado na APS, incluindo a

peregrinação por mais de uma unidade de atendimento de Urgência. Esta situação é confirmada por Ludwig e Bonilha (2003, p. 12 e 14) ao afirmarem que:

Os serviços de emergência hospitalares constituíram-se, na última década, em locais onde a população, usualmente, procura por soluções para suas necessidades de saúde [...] pode ser pontuado também como fator determinante de procura, a disponibilidade do serviço, que funciona 24 horas por dia. Desta forma, a população tem acesso a um nível de resolutividade mais alto para seu problema imediato, pois a procura resultará, no mínimo, em uma avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para sua necessidade.[...] Nesta ótica, uma ação resolutiva pode se referir a um atendimento imediato, com a consequente prescrição de um medicamento, ou a realização de um curativo ou de outra terapêutica qualquer. Porém, o que gera a satisfação do usuário é o significado de imediatismo que caracteriza a ação. (LUDWIG e BONILHA, 2003, p. 12 e 14)

Um fator a ser destacado é que, depois do atendimento na Unidade de Emergência, a situação de saúde do usuário continua incerta e, muito provavelmente, a situação que o afligia continuará insidiosamente o seu avanço clínico. Não ocorre nesse modelo de atendimento às condições agudas (MENDES, 2010), o acolhimento do usuário por parte do Sistema de Saúde, o que compromete a resolutividade das ações da Urgência e Emergência. Esse é um retrato de diversos sistemas de saúde ao redor do mundo (MARQUES, 2010) e que se repete no caso do Brasil. A fragmentação da assistência em saúde é uma característica do sistema de saúde que está implantado em nosso país. Segundo Lavras (2011, p. 871):

A exemplo do que ocorre em sistemas de saúde de vários países no mundo, o SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde. (LAVRAS, 2011, p. 871)

Essa situação da atual estrutura dos serviços de saúde vai de encontro com as características definidoras e princípios de integralidade e equidade na assistência. O que é possível desvelar é que há uma disparidade entre o Sistema planejado e pactuado e o Sistema que efetivamente existe em nosso cotidiano. Entre todos os elementos que podem interferir na operacionalização das ações planejadas, dois merecem destaque aqui: o usuário do Sistema de Saúde e o Trabalhador da Saúde. O usuário busca os serviços de saúde de acordo com aquilo

que compreende que os serviços oferecem, assim não se preocupa exatamente com o fluxo estabelecido para o atendimento à saúde no momento de buscar o que ele deseja para sua saúde ou seu bem-estar, com base em seu conceito pessoal e particular sobre o que é saúde ou o que é uma urgência.

Esta ilustração relaciona-se diretamente com o estabelecimento de um fluxo de atendimento às necessidades de saúde de uma pessoa mesmo sem o seguimento formal de um sistema de referência e contrarreferência previamente pactuadas e estabelecidas. Neste sentido, o Ministério da Saúde, em publicação sobre *Acolhimento a Demanda Espontânea*, proporciona-nos uma definição sobre as necessidades de saúde e a participação do usuário ao definir suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011, p. 13 e 20):

Entendemos que as demandas e necessidades de saúde são construídas socialmente, ou seja, não têm uma essência imutável e não devem ser naturalizadas. [...] Por isso é recomendável considerar que diferentes sujeitos e atores sociais produzem, com interesses e formas variados, o que são demandas e necessidades de saúde, e que esses diferentes entendimentos sejam explicitados e colocados em diálogo [...] a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. (BRASIL, 2011, p. 13 e 20)

O segundo elemento citado com potencialidades para interferência nas ações planejadas para um sistema de saúde caracteriza-se pelo Trabalhador da Saúde. A realização de ações que resultem no cuidado à saúde de um usuário, família ou comunidade é feita pelos profissionais que atuam na prestação da assistência à saúde. Essa produção apresenta potenciais contribuições para o desenho de um Sistema de Saúde ou seu Redesenho ou mesmo para prover a manutenção de um modelo de assistência da maneira como se encontra. Sobre o trabalho em saúde, Merhy e Franco (2008) nos apresentam alguns conceitos-chave para seu entendimento. O primeiro versa sobre as tecnologias em saúde. Para os referidos autores, os trabalhadores em saúde utilizam-se de três tipos de tecnologia para realizar o trabalho em saúde: tecnologias duras compostas pelos instrumentais utilizados para a execução do trabalho em saúde, a exemplo de seringas, estetoscópios, macas etc.; as tecnologias leve-duras que são os saberes elaborados em teorias, protocolos, rotinas; e, por fim, as tecnologias leves, que são relacionais e

subjetivas, elas emergem dos contatos entre os diversos atores do cenário da saúde, a exemplo da relação que se estabelece entre trabalhadores da saúde e usuários. O segundo conceito apresentado nos reporta às características do trabalho; os produtos resultantes do trabalho podem gerar novos instrumentos ou técnicas que serão utilizados por outro trabalhador para produção de novos bens e serviços. Por exemplo, para a produção do cuidado em saúde prestado pelo Médico Regulador do SAMU por Telemedicina é necessária a utilização de protocolos de ação. Esse protocolo produzido é resultado do trabalho de outros profissionais da saúde e será utilizado por outro trabalhador, o Médico Regulador do SAMU, para a produção do cuidado. A este produto do trabalho (o protocolo, por exemplo) já instituído os autores nomearam de trabalho morto, ou seja, o resultado de uma produção de trabalho que já aconteceu. Ao contrário disto, os autores colocam ainda que o trabalho realizado pelos trabalhadores ocorre no ato do trabalho ou no ato da produção. Este trabalho recebe o nome de trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2008, p. 429). No trabalho vivo em ato, o trabalhador de saúde utilizará tecnologias, diversas havendo um uso maior das tecnologias leves e leve-duras, uma vez que o trabalho vivo em ato constrói-se no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário do sistema de saúde. Quanto melhor for o uso das tecnologias leves neste momento, mais efetiva pode ser a interação trabalhador e usuário, no sentido da busca de melhores resultados para melhoria do estado de saúde o usuário.

Essa interação ocorre em todos os espaços de produção de saúde dentro de uma rede organizada de serviços de saúde. Tanto na APS quanto nos serviços de maior densidade tecnológica, a produção do cuidado se dá pelo contato trabalhador de saúde/usuário. Essa produção de cuidados e o conjunto de serviços de saúde compõem um Sistema de Saúde. Tomarei como base para discutir a situação do atendimento à saúde no Brasil os conceitos de Sistemas de Saúde e de Redes de Atenção à Saúde utilizados por Mendes (2007, 2008, 2010).

Em relação aos sistemas de saúde, Mendes define como “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população” (MENDES, 2008, p. 4). Em geral, a responsabilização pela criação das respostas necessárias emerge da função do Estado como provedor a partir da análise de dados epidemiológicos e demográficos.

Apesar dos diversos avanços na área de gestão e do acúmulo de conhecimentos sobre gestão pública, medidas de vigilância para prevenção de

agravos e promoção da saúde, quem executa as ações planejadas e coordenadas pelos gestores são os trabalhadores da saúde que prestam a assistência propriamente dita. No caso do SAMU, os trabalhadores da saúde que prestam assistência direta ao usuário gravemente enfermo são os Médicos Intervencionistas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e os Condutores Socorristas. O Médico Regulador realiza atendimento ao usuário gravemente enfermo, a partir da Central de Regulação das Urgências do SAMU, utilizando os recursos da telemedicina. Segundo a Portaria nº 2.657, de 2004:

As Centrais de Regulação de Urgências – Centrais SAMU 192 – constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral. (BRASIL, 2006, p. 276)

Para esta vocação de observatório tornar-se efetiva na produção de cuidados do SAMU, é necessária a ação do profissional de saúde que presta a assistência no serviço, são os resultados de seu trabalho baseado em suas tomadas de decisões que alimentam a produção do SAMU. Segundo O'Dwyer e Mattos:

O SAMU pode ser uma nova oportunidade de expressão do descompasso entre as necessidades de saúde e a disponibilidade de ações de saúde. Por isso, pretende ser observatório do sistema de saúde. (O'DWYER; MATTOS, 2012, p. 143)

As necessidades de saúde da população ganham nova forma de vocalização ao serem evidenciadas pela ação do SAMU, uma vez que o serviço acaba atendendo a demandas que outros níveis de atenção do sistema poderiam atender de maneira mais equilibrada. Os profissionais do SAMU vivenciam diariamente as condições das portas de entrada do Sistema de Saúde como um todo, uma vez que os mesmos são acionados para a realização de atendimento tanto em domicílios e vias públicas, quanto em serviços de saúde públicos e privados. A partir daí são orientados pelo Médico Regulador a encaminhar o usuário à porta de entrada mais adequada, para a necessidade que se apresenta ou mesmo para realizarem orientações que não resultam em encaminhamento imediato às Unidades de Emergência, por exemplo, e sim para a Atenção Primária em momento posterior. A partir da reunião de informações decorrentes do trabalho vivo em ato desenvolvido pelos profissionais que prestam assistência, a Central de Regulação das Urgências

pode desenhar um panorama das condições do Sistema de Saúde mais ágil. Resultados do estudo realizado por O'Dwyer e Mattos (2012), a partir da análise das falas de gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), no Rio de Janeiro-RJ, corroboram com essa informação ao afirmarem que:

Outro aspecto importante sobre esse nível de atenção é sua representatividade do desempenho do sistema ('Urgência como espelho do desempenho do SUS'; e 'O SAMU faz observação do estado de saúde da população e da resolutividade da rede de serviços'). Foi indicada a prioridade desse nível de atenção, assim como o aspecto de que ele recebe demandas geradas pelos vazios assistenciais da rede, expondo sua fragilidade (Tudo que não deu certo vai pro SAMU'). Portanto, tanto os aspectos normativos quanto os semânticos das regras estruturais que o SAMU representa foram considerados pelos gestores como recursos facilitadores para o SUS. (O'DWYER; MATTOS, 2011, p. 146)

Essa potencialidade para o melhor entendimento do Sistema de Saúde a partir da Central de Regulação do SAMU é apontada pelos gestores do referido estudo. Outros estudos apontam para essa perspectiva da ação do SAMU por parte dos Gestores (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008; MARQUES, 2010; PELEGRINI et al., 2010; MACHADO; FERREIRA; O'DWYER, 2011; VASCONCELOS, 2010). Neste estudo, interessa-nos o elemento profissional de saúde que presta assistência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, uma vez que este compõe a estrutura formal do referido programa de saúde e, para tanto, deve munir-se de tecnologias específicas para a execução do trabalho vivo em ato a que se propõe. Vegian e Monteiro (2011, p. 2) destacam algumas destas peculiaridades em seu estudo sobre as condições de vida e trabalho dos profissionais do SAMU de Campinas-SP. As autoras afirmam que:

Além da capacitação em suporte básico de vida e suporte avançado de vida, os profissionais, de modo geral, devem ter disposição para atividade de trabalho, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, pensamento ágil para tomar decisões rápidas, autocontrole e equilíbrio emocional.

Esses atributos parecem necessariamente óbvios para o profissional de saúde que atua no SAMU. No entanto, nem todos os profissionais que prestam assistência neste serviço apresentam-se à disposição para essas características supracitadas. Um dos motivos que explicam a presença de profissionais carentes de atribuições básicas para o desempenho das atividades de cuidado no SAMU é que ainda presenciamos processos seletivos que não direcionam os profissionais que combinem elementos básicos para o desempenho das ações de um socorrista do

SAMU. Esta perspectiva é apreendida no trabalho de O'Dwyer e Mattos (2011, p. 150) quando se referem à “indicação política” para a contratação de profissionais, como elemento que contribui para a baixa qualidade técnica do profissional que atua no SAMU.

Através da atuação do profissional de saúde, o usuário gravemente enfermo ou, melhor dizendo, o usuário que tem sua necessidade urgente atendida a partir de seu domicílio ou via pública, com base no atendimento inicial pautado na central de regulação das urgências do SAMU – é inserido no Sistema de Saúde. Esta característica define o serviço como uma das portas de entrada no SUS, e não apenas um elemento que conduz o usuário ao sistema. Conforme Machado, Salvador e O'Dwyer (2011, p. 523), “o SAMU, devido a suas atribuições, constituiria uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da população e evidenciar as deficiências da rede”.

Por definição técnica apresentada na legislação brasileira que regulamenta a ação deste serviço (BRASIL, 2006), a regulação dos casos de Urgência atendidos pelo SAMU é realizada pelo Médico Regulador (MR). Este ator é definido como:

Profissional que, com base nas informações colhidas dos usuários que acionam a Central de Regulação Médica, é responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do usuário. (BRASIL, 2006, p. 53)

Todo atendimento realizado pelas unidades móveis do SAMU é supervisionado pelo Médico Regulador. É o MR quem dá a palavra final sobre o destino do usuário, para qual estrutura do sistema ele será encaminhado, que tipo de viatura e qual equipe será deslocada para o atendimento à clientela e se há ou não a necessidade de apoio de outras instituições para realizar o atendimento, como Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, entre outros. As equipes de atendimento em campo devem reportar-se ao MR para que ele tenha constante informação sobre a situação de saúde do usuário gravemente enfermo que está recebendo os cuidados da equipe do SAMU. (O'DWYER e MATTOS, 2012, pg 150).

A orientação quanto ao atendimento realizado ao usuário em termos de terapêutica e ações a serem implementadas também é atribuição do médico regulador. Essa orientação depende das informações prestadas pelo profissional de

saúde que está prestando a assistência, sendo ele médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem ou condutor socorrista. Com base nas informações coletadas, o MR chega a uma conclusão sobre o que é melhor fazer pelo usuário. (PEREIRA e LIMA, 2009, pg 323).

Percebe-se aqui que não é o regulador o soberano pela decisão. Sua resposta é dada com base no que o profissional assistente fornece para suas conclusões. A regulação médica da urgência então é realizada com a anuência do médico que regula e definida pelo conjunto de informações produzido pelo profissional no campo.

Segundo a Política Nacional de Urgência:

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades. (BRASIL, 2006, p. 61)

Uma visão panorâmica do sistema e de seu funcionamento é provida ao exercício da regulação. No entanto, esta visão ampla não fornece os detalhes vistos e vividos pelo profissional do campo e mesmo pelos usuários do sistema. As demais portas de entrada funcionam com realidades próprias, e sob gerências locais diferentes, das quais funciona o SAMU. A mediação de conflitos entre a regulação do SAMU e a aceitação de um usuário encaminhado para um determinado serviço ultrapassa a autoridade definida por legislação para efetivação do conceito de vaga zero. Em trabalho realizado por Lima e Rivera (2010), apreende-se que a negociação entre serviços de Urgência mediados pelo médico regulador do SAMU, por vezes, requer o acionamento dos gestores locais e mesmo do Secretário Municipal de Saúde na intenção da resolução de conflitos.

Os autores supracitados afirmam ainda a necessidade de uma gestão baseada no diálogo entre os atores dos serviços, especialmente na situação do atendimento de Urgência:

Embora a coordenação possa se dar através de uma grande variedade de mecanismos, tais como programação de tarefas, padronização e estabelecimento de rotinas, estes não são suficientes em organizações onde prevalecem atividades que são reciprocamente interdependentes, onde há elevado grau de incerteza e onde o tempo é escasso, como é o caso da provisão de serviços de saúde e, especialmente, o caso da atenção às urgências. (LIMA; RIVERA, 2010, p. 333)

O diálogo que é estabelecido entre gestores em algumas circunstâncias não se dá diretamente, mas através de interlocutores do cotidiano. Os profissionais que atuam diretamente no campo promovem esta interlocução através dos seus mais diversos meios inclusive dos seus relacionamentos pessoais e experiência profissional em outros serviços. São eles que darão voz e visibilidade à produção de cuidado a que se objetiva o serviço de saúde em foco.

Fundamentando esta afirmativa, incorporam-se, neste estudo, os conceitos utilizados por Franco (2006) acerca da micropolítica existente nos serviços de saúde:

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. [...] Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. (FRANCO, 2006, p. 2)

Em estudo realizado em Fortaleza-CE por Silva et al. (2009), a importância da articulação entre os profissionais que atuam em prol do cidadão é destacada alertando para a necessidade de ultrapassar a comunicação interna entre atores que realizam o atendimento pré-hospitalar, alcançando outros servidores de instituições distintas. Com o estabelecimento desta rede de diálogo, é possível a difusão de conhecimentos e ações que culminam na proteção da vida do usuário.

Apesar de estar no ápice da cadeia de decisões da regulação do SAMU, nem todas as ações realizadas pelos profissionais em campo são de seu conhecimento, devido a uma série de fatores que variam desde a falha nos equipamentos de transmissão de dados, como rádio e telefonia, até a simples tomada de decisão pessoal do profissional em campo de não comunicar ao regulador o que está sendo realizado. Em trabalho realizado por Pinet, no México, fica evidenciado que, por diversas vezes, os profissionais realizam procedimentos que não são da sua

competência técnica a despeito da determinação do médico regulador (PINET, 2005, p. 68).

Para quem atua na área de Urgência e Emergência, a necessidade de tomar decisões que envolvem complicações legais é um fator constante e que demanda uma grande responsabilidade em seu processo de trabalho. A situação do usuário entre a vida e a morte pode motivar o profissional a tomar atitudes de outra categoria profissional, com a justificativa da defesa da vida do usuário. (BASTOS, 2003).

Lima e Rivera (2010), em trabalho de análise do SAMU Metropolitano II RJ, relatam situação semelhante, onde a divergência entre central de regulação e equipes de intervenção requer a negociação dialogada para dirimir os conflitos, buscando uma identidade regional entre os profissionais atuantes em diferentes municípios do mesmo serviço.

A responsabilidade da ação do profissional que presta a assistência reflete-se na definição do acesso do usuário ao sistema de saúde. Segundo Silva e Alves (2008, p. 77):

Quando um usuário procura o serviço de saúde e expressa suas necessidades, o profissional que o assiste deve agrupá-las, estabelecer um diagnóstico de acordo com seu campo de atuação e, caso o problema possa ser resolvido dentro de sua área de atribuições, traçar o plano terapêutico ou assistencial, implementar as intervenções necessárias e depois avaliar os resultados. Já quando a resolutividade do problema não pode ser alcançada, o profissional deve estar plenamente consciente de sua responsabilidade em realizar o encaminhamento adequado deste indivíduo.

Estudo realizado com as equipes de suporte básico em Porto Alegre demonstrou que o acesso às portas da urgência não ocorrem apenas pela ação da regulação que fez o contato com o Serviço; ela se abre, também, pelo manejo e negociação das equipes, com seus colegas, na entrada do usuário (CICONET, 2009).

Apesar de a grande carga de responsabilidades na condução das ações de um serviço de atendimento móvel de Urgência estar nas mãos do médico regulador, uma parcela importante dos resultados das ações deste serviço e suas consequências para a estrutura de atendimento às Urgências de um município ou região estão sobre os ombros do profissional que presta a assistência direta ao usuário.

O atendimento prestado pelo SAMU é compreendido como uma nova porta de entrada para o usuário no Sistema de Saúde (O'DWYER e MATTOS, 2012). O

profissional do SAMU que presta o cuidado no ato da cena, e todo o aparato que o acompanha representa o sistema público de saúde que adentra a casa de um usuário com o que há de mais complexo em tecnologia. No entanto, a simples abordagem realizada de maneira inadequada pode invalidar todos os esforços de promoção e prevenção da saúde que foram planejados por equipes de planejamento, gestores, conselhos municipais de saúde, revelando, assim, que a tomada de decisões se relaciona diretamente com o Sistema de Saúde planejado. Neste sentido Feuerwerker (2014, pg 68) afirma que “todos os que implementam, também formulam e modificam a política (formulada pelos vários outros) no cotidiano de suas práticas”. (FEUERWERKER, 2014, pg 68)

Negar a existência de uma rede de relações que influenciam no resultado das ações significa incorrer no erro cartesiano de negar a subjetividade humana e suas diversas possibilidades. É importante engendrar esforços para a identificação desta microrrede de poderes (MERHY e FRANCO, 2008) que se estabelece na prestação do cuidado dispensado pelo profissional que atua numa nuvem de incertezas, que é a área de Urgência e Emergência.

Em estudo realizado por Rodríguez, Trevizan e Shinyashiki (2008), discute-se a importância entre a busca de congruência do comprometimento organizacional e o comprometimento profissional. O primeiro entendido como o compromisso do profissional com as metas e diretrizes de uma determinada instituição e o segundo entendido como a atitude de uma pessoa em relação a sua profissão, a motivação para trabalhar na vocação escolhida. “Nossos usuários não nos escolhem, nós escolhemos cuidar deles”. Esta frase de McSwain (2007) resume a importância do comprometimento do profissional que decide trabalhar no atendimento pré-hospitalar ou, mais amplamente, na área de saúde.

A qualificação profissional é outro aspecto importante a salientar. A necessidade de rápidas resoluções em campo exige que o profissional disponha de um arsenal de conhecimentos teórico-práticos sobre Urgência e Emergência. Pesquisas realizadas por Romanzini e Bock (2010) e Silva et al. (2009) destacam a necessidade de constante capacitação e aperfeiçoamento dos recursos humanos de um serviço como o SAMU. O Ministério da Saúde, em seu amplo arcabouço legal para a área de atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2006), prevê a necessidade de certificação e re-certificação periódica dos profissionais que atuam no SAMU. A Portaria nº 2048, de 2002, traz em seu anexo as grades de conteúdo e cargas

horárias específicas para cada categoria profissional envolvida nas ações do serviço de urgência.

Com base no que tem sido exposto até o momento, entende-se que esta qualificação dos recursos humanos do SAMU deve transcender a questão técnico-científica e alcançar os aspectos do agir comunicativo e relacional do ser humano. A comunicação e o relacionamento com o outro é parte inerente ao atendimento de Urgência, o que prescinde do uso das tecnologias leves quando do trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2008). O profissional socorrista tem de estar habilitado e instrumentalizado para exercer essa atividade que emerge nas relações estabelecidas pelo contato humano.

Segundo Feuerwerker (2014, p. 38):

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos – e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções).

O vínculo entre seres humanos fomenta a micropolítica existente na estruturação das ações de saúde produzidas por um serviço. O entendimento e a visualização destas relações são imprescindíveis para o sucesso da operacionalização de um planejamento em saúde. Durante uma negociação para pactuação de serviços em saúde, numa determinada região, é necessário habilidade do gestor estadual e de sua equipe técnica para mediar a compra e venda de serviços, visando a maior possibilidade de adequação entre os gestores municipais envolvidos e seus interesses e os objetivos planejados pelo gestor estadual de saúde. Se há essa necessidade quando tratamos de um espaço macro de negociação política, muito mais deve haver ao tratarmos da micropolítica nas ações em saúde. Assim, Feuerwerker (2014) afirma que:

Importante dizer, que do mesmo modo como ocorre com trabalhadores e usuários, os gestores em suas diferentes esferas de atuação são atravessados também por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. (FEUERWERKER, 2014, pg 68)

Na situação de atendimento pré-hospitalar uma vez que a negociação entre atores de uma mesma categoria profissional ou de categorias diferentes pode ocorrer na porta da unidade de emergência. O entendimento de que Macropolítica e Micropolítica são dois processos que não se opõem e que na verdade se convergem, possibilitando uma multiplicidade de ligações relacionadas, é fundamental para o entendimento do sistema de saúde como uma rede complexa e disposta de maneira tal a permitir o acesso do usuário em qualquer uma de suas conexões (NEVES; HECKERT, 2010).

O agir em saúde é ato plenamente comunicativo onde os interlocutores, através da ação comunicativa, moldam a realidade em que estão inseridos. Acolher essa afirmação significa aceitar que as coisas não estão postas e cristalizadas na realidade que nos cerca. Elas podem sofrer mudanças a partir da nossa interferência direta ou indireta. Lima e Rivera (2009, p. 334) abordam a teoria do agir comunicativo ressaltando que:

Voltando o olhar para os sistemas de serviços de saúde, compreende-se que a superação da fragmentação e a ampliação do acesso dependem de uma integração social por meio de valores, normas e processos de entendimento entre os implicados na provisão de serviços de saúde. Tendo em vista as atuais discussões sobre a integração de serviços no Brasil, em especial as que advogam a necessidade de uma perspectiva solidária de regionalização, deduz-se que as relações intergestores têm se dado mais com base na competição por recursos escassos e na disputa pelo poder (agir estratégico). A Teoria da Ação Comunicativa apresenta um caminho para pensar a transformação da prática cotidiana, inclusive nos pequenos espaços institucionais, como um sistema de serviços de saúde, onde se evoluiria de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade, na comunicação, no confronto de argumentações e na busca do consenso.

As atuais ferramentas de gestão de serviços de saúde que buscam a integralidade da assistência consideram de maneira importante o entendimento de uma lógica dialógica no desenvolvimento das ações de saúde. Para Lima e Rivera (2009, p 335):

Quando um sujeito fala, não apenas descreve a realidade pura e simplesmente; ele gera realidade. A concepção de linguagem como ação supera a visão de que ela seria algo passivo, descritivo, em que a realidade viria primeiro e a linguagem serviria para descrevê-la. (LIMA; RIVERA, 2009, p 335).

A construção de uma rede de serviços de atendimento de urgência, conforme está proposta na Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, perpassa pelo cuidadoso entendimento da força das decisões tomadas pelos profissionais que a executam prestando o cuidado ao usuário gravemente enfermo. No caso do atendimento pré-hospitalar, destacam-se a identificação e compreensão das ações dos profissionais que assistem o usuário nas mais diferentes e inusitadas situações e ambientes.

1.3 Tomada de Decisão e Educação Permanente em Saúde: o papel dos campos e núcleos de saberes e práticas

O trabalho em saúde prescinde de um conjunto de decisões e ações que resultam no cuidado prestado ao usuário. Esse processo decisório é realizado pelos atores envolvidos no ato de produção do cuidado em saúde (trabalhador e usuário). Na perspectiva do trabalhador em saúde, essa produção se dá quando do trabalho vivo em ato. Para Merhy e Franco (2008, pg 350-351):

Este é o caso de um cuidado centrado nas tecnologias leves, que passam a organizar um modo de produção centrado no trabalho vivo em ato e focado no mundo das necessidades do usuário, como determinação e decisão dos sujeitos que o operam (trabalhador e usuário). (MERHY e FRANCO, 2008, pg 350-351)

É nesse momento de encontro entre o trabalhador e o usuário que ocorrem decisões na busca de um consenso entre os desejos do trabalhador em saúde e os desejos do usuário. Segundo Feuerwerker (2014, p. 38), “o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo”.

Neste ato de encontro, ocorre o exercício da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo. Não é apenas o trabalhador de saúde quem toma decisões, ele irá confrontar-se com as decisões do outro usuário do sistema de saúde. Ocorre, então, o confronto entre a autonomia do trabalhador de saúde e a autonomia do usuário do sistema de saúde. (CAMPOS, 2012, pg 62)

A autonomia pode ser compreendida como “faculdade de se governar por si mesmo” e/ou “liberdade ou independência moral ou intelectual” (FERREIRA, 1999).

A autonomia implica no exercício da liberdade para decidir sobre o que é melhor ou não para a vida do indivíduo. Apesar da capacidade para decidir sobre os rumos da própria saúde, os processos de tomada de decisão apresentam uma dependência das decisões do outro. Sobre este estado de dependência, Onocko e Campos (2012, p. 669) apontam para um processo de coconstrução da autonomia dos sujeitos baseado neste processo de dependências:

Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. [...] A coprodução de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação.

A partir desta conceituação sobre a autonomia, é possível afirmar que os processos de tomada de decisões dos profissionais de saúde de uma equipe são frutos de interações onde cada ator, profissional de saúde componente de uma equipe, expõe suas opiniões em busca de um consenso na produção do cuidado quando do trabalho vivo em ato. Sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe e o exercício da autonomia, Almeida e Mishima (2001, p. 153) reportam que:

É nesta relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que entendemos o trabalho dos distintos agentes – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde – na Saúde da Família. Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a ideia de equipe integração.

As autoras referem-se à necessidade do desenvolvimento do trabalho em saúde como resultado das intervenções dos diversos membros de uma equipe num movimento de integração dos saberes, habilidades e decisões, exercendo, assim, um processo de interdependência de suas autonomias. Ao falar sobre os tipos de equipe, as autoras reportam-se ao conceito definido por Peduzzi (2001, p. 105-106):

Observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações

de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Para o desenvolvimento do cuidado no ato da cena, é necessária a integração solidária dos diversos atores envolvidos no cuidado ao usuário gravemente enfermo. No caso do SAMU, os profissionais que prestam assistência ao usuário são Enfermeiros, Médicos (intervencionistas – que se deslocam junto com a equipe para o atendimento no ato da cena – e reguladores –, que atendem o usuário a partir da central de regulação por telemedicina), Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Condutores Socorristas. Esta composição de profissionais numa equipe do SAMU é definida pela Portaria nº 2.048, de 2002, do Ministério da Saúde. Cada uma dessas profissões é detentora de um grupo específico de saberes e práticas, que ajuda a definir suas ações dentro da equipe multiprofissional. Esses conjuntos de saberes e práticas são definidos, por Campos (2000), como campo e núcleo de saberes e práticas. O autor define os dois conceitos da seguinte maneira:

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000, p. 220)

Com base nos conceitos de Campos (2000), cada profissão apresenta um determinado núcleo de saberes e práticas que caracterizam e delimitam aquela área profissional. Além dos núcleos ligados à atuação profissional, podemos denominar núcleos para a produção do cuidado em Saúde e outros respectivos campos de saberes e práticas. Nesta perspectiva, é possível visualizar a área de Saúde como um grande Campo de Saberes e Práticas, uma matriz, que abarca uma infinidade de campos de saberes e práticas que definem as áreas de atuação da Saúde: campo da Saúde Coletiva, campo da Epidemiologia, campo da Saúde Pública campo da Urgência e Emergência, campo da Gestão em Saúde, campo da Educação Permanente em Saúde, campo da Educação Popular em Saúde, entre outros. Dentro destes campos menores, encontram-se os núcleos de saberes e práticas distintos, a exemplo do núcleo do Atendimento Pré-Hospitalar, núcleo da Terapia Intensiva, núcleo da Saúde Coletiva, núcleo da Atenção Hospitalar, núcleo da Saúde da Família, entre outros. Campos (2000) defende a Saúde Coletiva como campo por

sua transversalidade no campo da Saúde e como núcleo por apresentar saberes e práticas próprios constituindo-se em uma área especializada e com valor de uso próprio. (CAMPOS, 2000, pg 225)

Diferentemente da visão tradicional sobre a delimitação de corpus de saberes em disciplinas, o entendimento dos campos e núcleos de saberes e práticas apresentado por Campos (2000) afirma que os conteúdos de cada núcleo não são exclusivos entre si, um núcleo pode contemplar saberes que são compartilhados por vários outros núcleos. Nesta concepção, os limites entre os núcleos e os campos são imprecisos, permitindo uma maior interação e coconstrução entre os mesmos.

A compreensão sobre os conceitos de campo e núcleo de práticas e saberes faz-se necessária para apreendermos como ocorre o processo de tomada de decisões do profissional do SAMU. De acordo com Gontijo e Maia (2004, p. 14):

É notório que as pessoas, a todo momento, têm de decidir diante de diversas situações e sobre problemas os mais diferentes. Utilizam para isso suas experiências passadas, seus valores e crenças, seus conhecimentos técnicos, suas habilidades e filosofias, os quais norteiam a forma pela qual tomam decisões. Algumas pessoas são mais conservadoras, outras possuem características inovadoras e empreendedoras e estão mais dispostas a assumir riscos em potencial. Esses diversos modos de tomada de decisão poderiam representar tanto o sucesso como o fracasso das pessoas que decidem e daquelas que dependem desse processo, além da organização em que estão inseridas.

O processo de tomada de decisões requer a observação de múltiplos fatores e condições que o envolvem. Para o profissional do SAMU, este processo interage com ambientes adversos aos tradicionais espaços de saúde e lida com condições clínicas variadas entre usuários de gênero e idades diversas. Neste campo de incertezas, ocorre o processo de tomada de decisões. De acordo com Laxmisan et al. (2007, p. 802):

The nature of decision-making should not be studied in isolation from other processes such as situation awareness, problem solving, uncertainty management and the development of expertise.

A partir dessa definição sobre a tomada de decisões e a necessidade de sua contextualização, compreende-se que o maior ou menor domínio dos núcleos de saberes e práticas profissionais e, no caso dos profissionais do SAMU, do núcleo de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar possibilita ao tomador de decisões, mais segurança para fazer suas escolhas no ato da cena.

As tomadas de decisões vão permear todo o ato de prestar cuidado ao usuário gravemente enfermo. Do encontro das autonomias dos profissionais de saúde resultarão as decisões de cada ator, baseado no quadro clínico do usuário, na identificação do grau de gravidade do usuário, dos riscos proporcionados pelo ambiente em que se encontram, em seus valores éticos e morais e no seu domínio acerca do núcleo de práticas do Atendimento Pré-Hospitalar. É importante frisar que o núcleo de saberes e práticas não é composto apenas pelo seu arcabouço teórico científico. A contribuição da experiência vivenciada atribui ao núcleo um corpus de saberes empíricos, que são de grande importância para o desempenho da prestação do cuidado. De acordo com Abrantes e Martins (2007, p. 316):

O pensamento empírico, derivado direto da atividade sensorial do homem sobre os objetos da realidade é, indiscutivelmente, a forma primária de pensamento, levando ao conhecimento do imediato da realidade, isto é, ao conhecimento da realidade em suas manifestações exteriores. Pautando-se em princípios da lógica formal, o conhecimento empírico é absolutamente racional, revelando aspectos do objeto que se expressam pela categoria da existência presente, a exemplo de quantidade, qualidade, propriedade, medida, classe etc.

Todos os processos de elaboração da realidade vivenciada no ambiente pré-hospitalar tem importância incontestável neste núcleo do APH. A incerteza de ambientes de atendimento ao usuário gravemente enfermo torna o trabalho vivo em ato destes profissionais na prestação do cuidado mais difícil de ser executado. Diferentemente de outros campos de atuação com espaços físicos determinados, a exemplo do atendimento nas portas de emergência hospitalares, atendimento em terapia intensiva, atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento – núcleos de saberes onde os atores lidam, mais frequentemente, com o usuário gravemente enfermo –, no caso do atendimento realizado pelas equipes do SAMU não há definição do espaço físico para a prestação do cuidado. O atendimento poderá ocorrer numa via pública, no domicílio, num barraco no alto de um morro, na areia da praia, dentro de um córrego ou rede de esgoto etc. O acúmulo dessas experiências subsidia as decisões na medida em que são contextualizadas no ato da cena e agrupadas com os demais saberes e deste núcleo. Neste sentido, Marques (2010, p. 144) afirma que:

O conhecimento específico do pré-hospitalar móvel, aliado ao cotidiano dos atendimentos faz com que as equipes desenvolvam habilidades que lhes tornam aptos ao atendimento de agravos de qualquer natureza, em distintas faixas etárias, em ambientes pouco favoráveis ao trabalho das equipes.

Como núcleo de saberes que envolve tais necessidades diante das incertezas e peculiaridades dos usuários atendidos, é possível admitir que o núcleo de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar é transversalmente permeado pelos campos de saberes e práticas da Saúde Coletiva, da Urgência e Emergência, da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde.

A Saúde Coletiva, por sua abrangência e desenvolvimento de ações de vigilância e construção histórico-social, busca a reorientação da compreensão acerca do processo saúde/doença/intervenção. Este campo de saberes pode ser compreendido como “campo multiparadigmático, interdisciplinar, formado pela presença de tipos distintos de disciplinas que se distribuem em um largo espectro que se estende das ciências naturais as sociais e humanas” (NUNES, 2013, p. 28). Além disso, por abrigar conceitos e definições especializados, a Saúde Coletiva também se constitui em núcleo de saberes e práticas próprio, emerso no Campo da Saúde (CAMPOS, 2000).

O Campo da Urgência e Emergência abriga os saberes e práticas sobre o atendimento ao usuário gravemente enfermo nos diversos ambientes especializados para este fim ou não. Com base nas definições de componentes da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011, p. 3-4), compreendemos como núcleos específicos do campo das Urgências e Emergências: o núcleo do Atendimento Pré-Hospitalar, o núcleo do atendimento Hospitalar nas Unidades de Emergência, e o núcleo da Reabilitação. Na definição deste campo, outros núcleos colaboram no processo de coconstrução como o núcleo de saberes da Atenção Primária à Saúde e o da Saúde Mental. A prestação de um cuidado integral ao usuário gravemente enfermo pressupõe seu acolhimento em todas as portas de entrada do sistema. De acordo com a Portaria nº 2.048, de 2002:

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são

priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Como exemplo desta situação pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência respiratória ou, ainda, uma importante arritmia cardíaca cursando com hipoxemia. (BRASIL, 2009, p. 55-56)

Apesar de esta perspectiva ter sido apresentada em 2002 e apesar da implementação de novas ações e políticas públicas de saúde, este panorama não foi completamente modificado dez anos depois. O Ministério da Saúde ao publicar a Portaria nº 4.279, de 2010, (BRASIL, 2010, p. 15) explica que:

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas –, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência.

A mudança de perspectiva da atenção à saúde, centrada no atendimento às condições agudas, para um modelo de saúde preparado para o atendimento a tripla carga de doenças – doenças infecciosas e carenciais, causas externas e condições crônicas – (MENDES, 2011, p. 18) requer a Atenção Primária à Saúde como elemento ordenador da Rede de Atenção à Saúde. A Rede de Atenção às Urgências responde ao enfrentamento das condições agudas e mesmo das condições crônicas em processo de agudização. Mendes (2011) nos relembra da importância da Rede de Atenção às Urgências no processo de reorientação da atenção a saúde:

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde. Na realidade, a implantação das RASs, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Essas condições, ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. (MENDES, 2011, p. 209)

A Rede de Atenção às Urgências possibilitaria o encaminhamento do usuário para a porta de entrada mais adequada a sua necessidade. Para isso, é necessário um processo de acolhimento e classificação do usuário quanto ao seu grau de gravidade. Neste sentido, o Ministério da Saúde propõe a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco baseado no protocolo de Manchester (BRASIL, 2008). Originalmente desenvolvido para utilização no Reino Unido, em 1997, mas adotado em outros países como Espanha, Holanda e Alemanha (SANTOS FILHO, 2013). Esta técnica permite a classificação do usuário por seu grau de gravidade identificando-o por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) a partir da escuta e avaliação por um profissional Médico ou Enfermeiro, e a partir desta classificação o indivíduo é encaminhado para a estrutura de serviço mais adequada a sua gravidade. As áreas da Unidade de Emergência são assim classificadas também facilitando o fluxo do usuário na unidade. Este método possibilita a classificação do usuário, com base em sua história clínica, sinais e sintomas, a partir de qualquer porta de entrada de um Sistema de Saúde e tem melhor aplicação quando implementado no formato das Redes de Atenção à Saúde, pois, em todas as portas de entrada, o usuário será acolhido e identificado para ser direcionado ao melhor conjunto de soluções para suas necessidades de saúde.

Através do Acolhimento e Classificação de Risco, é possível unificar a linguagem utilizada pelos diversos núcleos de saberes e práticas que compõem o campo da saúde, no sentido de reorientar a produção do cuidado a saúde para o enfrentamento tanto das condições crônicas quanto das condições agudas. Esse método auxiliaria no processo de tomada de decisões do Médico Regulador a partir de sua utilização na central de regulação das urgências, direcionando, assim, as equipes para a porta de entrada mais adequada por um critério unificado na RAS.

Os outros dois campos de saberes e práticas que permeiam o núcleo de saberes do APH são o da Educação Permanente em Saúde e o da Educação Popular em Saúde. O campo da Educação Permanente nasce da premissa de que a formação em saúde requer que o trabalhador de saúde seja protagonista do seu próprio processo de aprendizado.

A Educação permanente entendida como estratégia de transformação do processo formação e capacitação dos trabalhadores do SUS (SARRETA, 2009) é defendida como estratégia para o atendimento da necessidade de aparelhamento dos sujeitos produtores de cuidado com as tecnologias mais adequadas ao seu fazer

cotidiano. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde participa do mesmo movimento em favor da formação continuada de profissionais para o atendimento em Urgência ao inserir na PNAU a implementação de Núcleos de Educação em Urgência nos estados e Núcleos de Educação Permanente em cada SAMU municipal ou regionalizado.

No processo de educação permanente, o ator social, no caso o trabalhador em saúde, torna-se corresponsável pelo seu processo de formação e acumulação de saberes e cultura em partilha com os demais membros da equipe. Nesta perspectiva, o sujeito é levado a refletir sobre sua práxis, a práxis do outro e da equipe. Em favor desse ponto de vista, Machado e Wanderley (2012, p. 6) afirmam que:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis. Os resultados desse processo de desconstrução para nova construção.

A EPS, então, possibilitaria o aprimoramento dos processos de tomada de decisão a partir da reflexão crítica dos profissionais do SAMU acerca dos saberes e práticas dos seus núcleos profissionais e do compartilhamento de saberes entre si. O uso de metodologias variadas de ensino aprendizagem, a exemplo da problematização, pode ser a solução para atender às necessidades variadas de cada indivíduo e classe profissional. Neste sentido, Knox, Cullen e Dunne (2013, p. 6) concordam que:

Arguably, variation in learning methodologies could be encouraged so to facilitate the variations in personal learning styles while also taking cognisance of nuances in practice.

O uso de variadas metodologias possibilita a apreensão dos saberes e práticas do núcleo de saberes do APH pelos diversos atores envolvidos. A EPS preconiza as metodologias ativas de ensino aprendizagem como recurso para viabilizar esse processo. Nos métodos ativos, o aluno irá se envolver efetivamente no processo de aprendizagem, ele deverá ler, escrever, perguntar, discutir ou estar ocupado em resolver problemas e desenvolver projetos (BARBOSA; MOURA, 2013, p. 52).

O campo da Educação Popular em Saúde (EPopS) pressupõe a participação do usuário nos processos de produção do cuidado. Ela assegura um exercício da autonomia interdependente das autonomias dos trabalhadores da saúde no ato de produção do cuidado quando do trabalho vivo. O resumo histórico que se segue foi elaborado com base no trabalho de Vasconcelos (2004). A EPopS emerge a partir da situação favorável encontrada na época da ditadura militar, onde as necessidades da população foram deixadas de lado em detrimento do desenvolvimento econômico financeiro do País, permitindo a aproximação dos intelectuais com os mecanismos de luta e resistência das classes populares, como, por exemplo, Paulo Freire, com sua sistematização da educação popular através da *Pedagogia do Oprimido* e a participação da Igreja Católica, no sentido de apoiar estas iniciativas, foram fundamentais para as primeiras iniciativas de aproximação entre intelectuais e populares.

A EPopS é conceituada por Vasconcelos (2004) como:

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) nesse trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

A partir de 2012, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, adota a Educação Popular como política pública de saúde com o objetivo de “implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde” (BRASIL, 2012). O entendimento do conceito de Educação Popular apresentado neste documento ratifica e complementa o sentido da fala de Vasconcelos:

A PNEPS concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. (BRASIL, 2012)

As dimensões percebidas na Educação Popular vêm ao encontro do que a Educação Permanente em Saúde propõe como estratégia de reorientação do processo de formação de pessoal em saúde. No sentido trazido por Campos (2000) sobre organização dos saberes, é possível entender que a Educação Permanente em Saúde constitui um campo de saberes e práticas em intersecção com o campo de saberes e práticas da Educação Popular em Saúde e que ambos compõem um campo de saberes ainda maior: o Campo da Educação em Saúde.

Em síntese, é possível afirmar que o processo de tomada de decisões realizado pelos profissionais do SAMU toma como base suas experiências, conhecimentos, e valores, aglutinados no núcleo de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar. Este núcleo compõe o campo de saberes e práticas da Urgência e Emergência e é perpassado transversalmente pelo campo de saberes da Saúde Coletiva, Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde.

As contribuições desses diversos campos atrelados a um processo de reorientação da atenção, tendo como base a Atenção Primária à Saúde e o Acolhimento com Classificação de Risco, possibilitaria um processo de tomada de decisões mais participativo, onde as autonomias de cada ator envolvido (trabalhador e usuário) no trabalho vivo em ato convergem no intuito da busca de um cuidado humanizado e baseado em decisões compartilhadas. Tais decisões apresentam estreita relação com o Sistema de Saúde, uma vez que podem cooperar na perpetuação do modelo assistencial vigente (voltado para as condições agudas) ou na reorientação para um modelo social que atenda tanto as condições agudas quanto as crônicas.

Nessa perspectiva, surge o objeto-problema: como as decisões tomadas em campo pelos profissionais de saúde que prestam assistência no SAMU Itabuna se relacionam com a produção do cuidado oferecido pelo serviço?

Diante do exposto, esta pesquisa foi embasada nas seguintes questões norteadoras:

- Como os profissionais de saúde do SAMU percebem o atendimento de Urgência no município?
- Quais os conhecimentos que compõem os núcleos de saberes e práticas dos profissionais do SAMU que prestam assistência no ato da consulta?
- Em que se baseiam profissionais de saúde para tomar decisões acerca da assistência prestada no ambiente pré-hospitalar?

1.4 Justificativa

A partir da visão dos profissionais de saúde que atuam no SAMU 192 de Itabuna, pretendemos analisar a importância da ação destes profissionais na produção do cuidado que se traduz na real conformação que assume o atendimento às Urgências mediado por este serviço. As unidades de atendimento às Urgências de um município atendem a demandas reguladas por centrais de regulação de Urgência e atendem também a população que ocorre ao serviço de maneira espontânea.

O SAMU responde por uma parcela de atendimentos nas unidades de Emergência que passa por orientação médica por telefone ou presencial e que chega até uma unidade de atendimento de emergência com seu tratamento para a situação aguda iniciado pelo profissional que presta a assistência no campo. Alguns questionamentos que existem por parte das equipes que atendem em prontos-socorros residem no encaminhamento destes usuários em maior volume que o que estavam acostumados, culpabilizando o SAMU pelo aumento da demanda (MARQUES, 2010). Isso é um equívoco comum quando não se apercebe que a ação reguladora do SAMU organiza e encaminha para a unidade mais adequada o usuário, que, por diversos motivos, iria procurar o serviço de urgência que lhe fosse mais conveniente.

Apesar da capacidade de distribuição dos casos urgentes e não urgentes na rede de serviços, a ação do serviço móvel de urgência não garante que essa distribuição ocorrerá da melhor maneira possível. Uma quantidade de variáveis se coloca entre a oferta de serviços planejada e pactuada e a oferta de serviços real. Reformas e manutenções de leitos, situações de catástrofes e epidemias, dificuldades de acesso geográfico ao serviço, falhas de comunicação, falta de profissionais em unidades, entre tantos outros fatores podem transformar-se em contingências que direcionam e, por vezes, concentram os atendimentos aos usuários graves em um número reduzido de hospitais ou mesmo em um único hospital.

A gestão dessa distribuição é feita diretamente pelo médico regulador do SAMU a partir dos dados que recebe na central de regulação das Urgências. Sua palavra decide o direcionamento das ações na rede, mas esta palavra se baseia nos dados obtidos no momento a partir das informações dos profissionais que estão em atendimento no ato da cena. A decisão do MR é direcionada pelas decisões e informações fornecidas pelas equipes no ato da cena, que negociam com o mesmo

o direcionamento terapêutico e encaminhamento à unidade de saúde mais adequada àquele usuário atendido. Nesse ato de negociação discutem e opinam sobre a decisão do MR possibilitando uma nova decisão. Na falta do consenso com a regulação o profissional de saúde pode transportar o usuário a outra unidade de destino com base nas circunstâncias em que se encontra.

Para subsidiar essas questões foi realizada uma busca na literatura sobre o atendimento de Urgência no Brasil e no mundo, além da gestão desse atendimento, percepção do profissional de saúde sobre o SAMU, comunicação como ferramenta para a gestão do atendimento em Urgência, Política Nacional de Saúde e micropolítica nas ações de saúde.

A busca foi realizada no período de agosto/2012 a agosto/2014, e foram utilizadas as bases de dados da Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Medline aportadas no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por se constituírem como importantes e abrangentes índices da literatura científica e técnica na área.

Como critérios de inclusão para seleção dos materiais bibliográficos, foram delineados os seguintes itens: artigos, monografias, dissertações e teses publicados no período de janeiro de 2006 a setembro de 2014 (últimos cinco anos a partir do início das buscas, além de 2013 e 2014); em periódicos e/ou bancos de teses e dissertações nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês e espanhol e que citavam ou mencionavam em seus resultados elementos pertinentes a: ação dos profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar e sua relação com a produção do cuidado na rede, autonomia pessoal e profissional, tomada de decisões, educação permanente em saúde, saberes e práticas profissionais em saúde, atenção primária a saúde.

Foram realizadas 31 (trinta e uma) sessões de busca nas bases de dados com a utilização de termos classificados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), para pesquisa na base de dados LILACS, e os Medical Subject Headings (MESH), para pesquisas na base de dados MEDLINE. No total, foram encontrados 304 artigos com texto completo disponível, 97 artigos com disponibilidade apenas dos seus resumos, 3 monografias com seus textos completos disponíveis, 4 dissertações com seus textos completos disponíveis e 6 teses com seus textos completos disponíveis. Os descritores (DECS e MESH) foram utilizados em separado e combinados entre si, sendo utilizado o mínimo de um descritor e o máximo de três por busca. Os descritores utilizados assim como os resultados das buscas encontram-se listados no Quadro 1.

Quadro 1 – Histórico de busca de referências na base de dados LILACS e MEDLINE.

º da busca	Data	Base de Dados	Descritores	Limites	Resultados
1	27/8/12	LILACS	Medicina de emergência	2006 a 2012	12 artigos completos 1 monografia 10 resumos sem texto completo
2	28/8/2012	LILACS	Regulação e fiscalização em saúde serviços médicos de emergência; assistência pré-hospitalar	2006 a 2012	3 artigos completos 1 monografia 1 tese
3	29/8/2012	LILACS	Serviços médicos de emergência; acesso aos serviços de saúde	2006 a 2012	3 artigos completos 1 resumo sem texto completo
4	4/9/2012	LILACS	Resolução de problemas; auxiliares de emergência	2006 a 2012	4 artigos completos 1 resumo sem texto completo
5	10/9/2012	LILACS	Unidades móveis de saúde	2006 a 2012	2 artigos completos
6	11/9/2012	LILACS	Atitude do pessoal de saúde	2006 a 2012	5 artigos completos
7	12/9/2012	LILACS	Pessoal de saúde comunicação; assistência integral à saúde; ambulâncias	2006 a 2012	14 artigos completos 2 dissertações 1 tese
8	12/10/2012	LILACS	Demanda aos serviços de saúde; organização de serviços de saúde micropolítica	2006 a 2012	3 artigos completos
9	22/10/2012	LILACS	Acesso; atendimento pré-hospitalar	2006 a 2012	2 artigos 1 dissertação
10	29/10/2012	LILACS	Sistema de atendimento de urgência; auxiliares de emergência; atendimento pré-hospitalar	2006 a 2012	3 artigos completos 1 tese

º da busca	Data	Base de Dados	Descritores	Limites	Resultados
11	6/2/2013	MEDLINE	Emergency Medicine	2006 a 2013	15 artigos completos
12	13/2/2013	MEDLINE	Emergency Medical Service	2006 a 2013	28 artigos completos
13	21/3/2013	MEDLINE	Emergency Medical Service; Emergency Medical Technicians	2006 a 2013	NENHUM ARTIGO ENCONTRADO
14	30/5/2013	MEDLINE	Health Care Professional Autonomy	2006 a 2013	6 artigos completos
15	8/8/2013	MEDLINE	Ambulances Emergency Medical Services	2006 a 2013	17 artigos completos 2 resumos sem texto completo
16	9/8/2013	MEDLINE	Primary Health Care	2006 a 2013	26 artigos completos 12 resumos sem texto completo
17	12/11/2013	MEDLINE	Primary Health Care Education, Continuing	2006 a 2013	8 artigos completos
18	14/11/2013	MEDLINE	Education, Continuing	2006 a 2013	19 artigos completos 3 resumos sem texto completo
19	2/12/2013	MEDLINE	Education, Continuing Emergency Medical Technicians	2006 a 2013	7 artigos completos
20	4/12/2013	MEDLINE	Triage	2006 a 2013	23 artigos completos 15 resumos sem texto completo
21	21/1/2014	MEDLINE	Triage; Emergency Medical Service; Emergency Medical Technicians	2006 a 2014	6 artigos completos
22	22/02/2014	LILACS	Educação Continuada; Pessoal de Saúde	2006 a 2014	14 artigos completos 3 Teses 1 Monografia 5 resumos sem texto completo

º da busca	Data	Base de Dados	Descritores	Limites	Resultados
23	10/3/2014	LILACS	Autonomia Profissional	2006 a 2014	24 artigos completos 21 resumos sem texto completo
24	12/3/2014	LILACS	Tomada de decisões	2006 a 2014	13 artigos completos 3 resumos sem texto completo
25	15/3/2014	LILACS	Tomada de decisões; Pessoal de saúde	2006 a 2014	2 artigos completos
26	2/6/2014	MEDLINE	Decision Making	2006 a 2014	31 artigos completos 17 resumos sem texto completo
27	3/6/2014	MEDLINE	Decision making; Emergency Medical Technicians	2006 a 2014	6 artigos completos 2 resumos sem texto completo
28	4/6/2014	LILACS	Educação Continuada; Competência Profissional	2006 a 2014	3 artigos completos
29	14/7/2014	LILACS	Assistência Centrada no Paciente; Educação Continuada	2006 a 2014	1 artigo completo 5 resumos sem texto completo
30	17/7/2014	LILACS	Assistência Centrada no Paciente; Atenção primária a Saúde	2006 a 2014	2 artigos completos
31	11/8/2014	LILACS	Serviços médicos de emergência; assistência pré-hospitalar	2012 a 2014	5 artigos completos 1 dissertação

Após a coleta dos textos, foi realizada a leitura dos resumos a fim de identificar os de maior aproximação com o objeto do estudo. Foram selecionados 122 artigos de maior relevância, uma monografia e uma tese doutoral. Ao final dessa etapa permaneceram 91 artigos, uma tese doutoral e uma monografia, por apresentarem maior relevância em relação ao objeto de estudo. Após a leitura flutuante, foi realizada nova leitura crítica com fichamento dos textos organizados com os seguintes itens: título do artigo; local de publicação com ano e tipo de periódico; número da busca; autores; objetivos do estudo; sujeitos/período da pesquisa; método/ o que foi analisado; tipo de intervenção e responsável pela ação; resultados efetivos; conclusões do autor; ideias secundárias.

O processo de levantamento bibliográfico em bases de dados revelou um pequeno número de produções sobre a temática Urgência e Emergência relacionada ao Atendimento Pré-Hospitalar e ao SAMU. Esse resultado justifica a necessidade da realização de estudos na área que venham a contribuir com o melhor entendimento do referido tema. Neste estudo, foram levantadas as seguintes categorias temáticas que convergiram na organização dos materiais bibliográficos: Política Nacional de Atenção às Urgências, Rede de Atenção às Urgências, Micropolítica e Trabalho em Saúde, Tomada de decisões, Campos e Núcleos de Saberes e Práticas, Autonomia profissional e pessoal, Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde, Acolhimento e Classificação de Risco.

Este estudo também pretende servir como subsídio para o desenvolvimento da rede de atenção às Urgências do município, voltada a possibilitar o acesso ao usuário em qualquer porta de entrada do sistema. Para isso, o entendimento do funcionamento da atenção às urgências na perspectiva de quem a transforma em realidade efetivamente faz-se primordial neste processo, uma vez que permitirá a elucidação de microproblemas não elucidados ao nível dos pactos e planejamentos realizados pelos gestores.

Isto posto, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecimento da realidade da Urgência e Emergência na perspectiva de rede que ora se propõe e pela qual se busca a efetivação. Ao entender o SAMU como observatório do sistema de saúde de um município, não podemos deixar de lado as lentes que compõem os pixels que formam a visão geral deste sistema, os profissionais de saúde que atuam no campo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU e sua relação com a produção de cuidado.

1.5.2 Objetivos Específicos

1 - Analisar os elementos que concorrem para a tomada de decisão dos profissionais do SAMU no ato da cena;

2 – Analisar o processo de tomada de decisão na regulação do atendimento às urgências pelos médicos reguladores.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudo

O estudo apresentado é do tipo descritivo e exploratório. Estudos do tipo descritivo de acordo com Gil (2008, p. 28):

É o tipo de pesquisa que busca a descrição das características de determinada população ou fenômeno [...] e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

A necessidade descritiva deste estudo reside na peculiaridade da ocorrência do fenômeno/objeto intrinsecamente relacionada com a potencialidade criativa dos atores, sujeitos da pesquisa. Para Triviños (2010, p. 110), “os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

A natureza da exploração científica leva ao desvelar da realidade tal como ela é a luz de um determinado ponto de vista ou de um conjunto de autores que convergem na mesma opinião. Como o objeto em estudo ainda é pouco elucidado, é necessário uma ação de imersão no pesquisar para conhecê-lo de uma maneira mais ampla. Segundo Gil (2008), os estudos exploratórios têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, tendo, assim, um planejamento flexível, possibilitando a consideração de aspectos variados relativos ao fato estudado.

A abordagem qualitativa foi escolhida como meio de compreender as relações vivenciais, verbais e não verbais, e subjetivas do fenômeno. Segundo Canzonieri, “a pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre o mesmo” (CANZONIERI, 2010, p. 38).

A pesquisa analisou o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar no sentido de apreender os elementos que compõem este processo e sua relação com a produção do cuidado, entendendo

que nesse contexto há processos subjetivos que necessitam ser explorados sob a ótica qualitativa uma vez que essa abordagem permite desvelar as microrrealidades existentes nas ações dos profissionais no mundo do trabalho. Nesse sentido, segundo Minayo (2006), a pesquisa qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos.

2.2 Cenário da Pesquisa

A Macrorregião Sul da Bahia é formada por 4 (quatro) microrregiões, identificadas por seus municípios polos: Ilhéus, Itabuna, Jequié e Valença. A população totaliza 1.675.400 habitantes, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (2007), distribuída em uma área de 40.253 km², sendo composta por 67 municípios sendo:

- 3 municípios de grande porte (> 100 mil habitantes): Itabuna, Ilhéus e Jequié.
- 7 municípios de médio porte (> 30 mil e < 100 mil habitantes): Camacan, Ipiaú, Jaguaquara, Maracás, Camamu, Gandu, Valença.
- 57 municípios de pequeno porte (< 30 mil habitantes).

A microrregião de Itabuna apresenta clima quente-úmido, fazendo fronteira litorânea com Ilhéus, Maraú e Itacaré. O referido município sede em estudo dista da capital, aproximadamente, 450 km e constitui-se o centro mais importante da região, sendo a quarta maior cidade do interior baiano.

De acordo com o Plano Diretor Regional (PDR), toda macrorregião Sul do estado possui 67 municípios com uma população de 1.675.400 habitantes. A microrregião de Itabuna está localizada nesta macrorregião e é composta por 21 municípios com um contingente populacional de 512.045 habitantes. Nesta região, 7 municípios possuem menos de 10.000 habitantes, 13 possuem de 10.000 a 50.000 habitantes e apenas Itabuna possui entre 100.000 a 500.000 habitantes. O município de Itabuna é sede da microrregião de saúde definida no

Plano Diretor Regional do Estado da Bahia e tem uma população de 213.654 habitantes (IBGE, 2011).

De vocação eminentemente agrícola, a região sofreu uma mudança significativa no início dos anos 80 com a crise da lavoura cacaueira, pela praga da vassoura de bruxa. Nesta direção, e como forma de subsistência, outras monoculturas surgem no cenário agrícola regional como arroz, feijão e criação de gado, equinos, muares e suínos. Sinalizamos que, neste contexto, a região sofreu uma grande degradação ambiental pelo desmatamento das lavouras de cacau que foram substituídas por fazendas de gados, como forma alternativa de produção de renda para os fazendeiros da região.

Um fator importante para o desenvolvimento da região é a existência de um polo industrial, com indústrias na área têxtil, alimentícia e de artigos esportivos. Importante consideração deve ser feita ao seu município sede que abarca o complexo industrial da referida microrregião, além de ser um importante centro comercial. O setor imobiliário encontra-se em franca expansão por conta do fluxo estudantil oriundo das diversas instituições de nível superior inseridas na região. Este processo de crescimento urbano, com aumento dos aglomerados domiciliares, associado aos hábitos de vida modernos, pode estar diretamente relacionado ao perfil de morbidade do município. Dentre as doenças mais prevalentes, encontram-se, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório – que, entre 2007 e 2010, respondeu por 2.718 internações hospitalares de um total de 10.970 internações neste período de 4 anos –, em segundo lugar, as internações por causas externas, com 1.437 internações no mesmo período, e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho respiratório, com 892 internações (ITABUNA, 2011, p. 155).

No que diz respeito à mortalidade, os dados epidemiológicos do município se assemelham aos apresentados pelo Brasil e pela Bahia, com a prevalência de agravos cardiovasculares (IAM, AVC), seguido da mortalidade por causas externas, sendo que este último grupo apresenta uma curva ascendente. Isto pode ser visualizado no quadro 2.

Quadro 2 – Coeficiente de Mortalidade (100.000 habitantes) segundo causas selecionadas, microrregião Itabuna, 2009.

CAUSA DO ÓBITO	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	1,4	3,6	4,0	3,8	2,7
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	5,8	9,8	7,4	0,3	8,5
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	5,1	5,9	7,0	0,2	7,0
Infarto agudo do miocárdio	18,3	25,2	32,1	30,9	27,7
Doenças cerebrovasculares	55,1	57,6	65,2	58,5	48,7
Diabetes mellitus	30,7	23,6	31,7	37,5	30,8
Acidentes de transporte	15,3	14,3	12,2	15,0	17,1
Agressões	32,5	40,9	37,7	45,3	44,9

Fonte: SESAB/ SUVISA/ DIS, 2009.

Itabuna assinou o Termo de Gestão da Atenção Básica, e encontra-se nos trâmites finais para receber de volta o Comando Único (Gestão Plena) dos Serviços de Saúde, em concordância com a Portaria 399/2006, que traz as diretrizes do Pacto pela Saúde, trabalhando para superar as dificuldades apresentadas pelos gestores do SUS e assumindo o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com proposta de revisá-lo anualmente. A cobertura da Estratégia Saúde da Família no município é de 39%.

A rede hospitalar envolvida com atendimento às Urgências e Emergências no município é composta de 8 (oito) instituições, dentre elas 1 de caráter municipal, 3 de caráter filantrópico e 4 de caráter privado conveniado ao SUS. A distribuição de hospitais com seu tipo de atendimento encontram-se no quadro 3.

Do total de 1.366 leitos da microrregião Sul, 59% (805 leitos) estão no município de Itabuna. Fato que o torna, entre outros aspectos, referência em saúde para os demais municípios da sua microrregião. Importante consideração deve ser feita à capacidade instalada de leitos deste município, que embora na microrregião esteja dentro dos parâmetros assistenciais, conforme a Portaria de nº 1.101/GM de 12 de junho de 2002, com 2,5 a 3,0 leitos/1000 habitantes, o município de Itabuna acaba em

déficit de leitos para seus próprios munícipes, pois atende a população circunvizinha quando da necessidade de tratamentos de saúde mais complexos, principalmente no que diz respeito aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Atualmente, Itabuna dispõe de 18 leitos cadastrados de UTI adulto e 38 UTI neonatal – distribuídos em alto risco (10 leitos), semi-intensivo (10 leitos) e intermediário (18 leitos). A importância do entendimento da situação dos leitos de internação do município encontra-se na relação e consequências diretas no setor de Urgência e Emergência. O número reduzido de leitos no município inviabiliza a destinação de leitos de retaguarda para o enfrentamento das situações de usuários gravemente enfermos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sem ISS, o há um excesso de uso do conceito de “Vaga zero”, defendido pelo Ministério da Saúde para esta área através da Portaria nº 2.048, de 2002 (BRASIL, 2002), provocando, assim, um acúmulo de usuários internados nos corredores das unidades de Emergência.

Quadro 3 – Distribuição das Unidades Hospitalares do Município de Itabuna segundo especialidade de atendimento, Itabuna, 2009.

HOSPITAL	COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO	ESPECIALIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO
Maternidade Esther Gomes	Média complexidade	Obstetrícia	Parto e Assistência ao RN a termo
Hospital Manoel Novaes (HMN) Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (Filantrópico)	Média e alta complexidade Hospital Amigo da Criança	Obstetrícia Ginecologia Pediatria	Parto de Alto risco Banco de leite Pediatria Ultrassonografia, mamografia, tomografia Serviço de Cirurgia Pediátrica UTI Neonatal Unidade de Tratamento Especial Ambulatório Radioterapia Braquiterapia Emergência pediátrica e obstétrica

HOSPITAL	COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO	ESPECIALIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO
Hospital Calixto Midlej Filho (HCMF) Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (Filantrópico)	Média e alta complexidade	Clínica Médica e Cirúrgica Adulto	Internações em Clínica Médica, Oncológica e Cirúrgica (Oncológica, Proctológica, Angiológica, Gastro, Neurológica, Cardiológica – particular e convênio, Ortopedia) Quimioterapia CTI Adulto Raio-X, Ultrassonografia Hemodiálise Tomografia Ressonância Magnética Endoscopia, Colonoscopia Eletroencefalograma, Eletrocardiograma Broncoscopia, Laringoscopia Ecocardiografia Emergência Convênio
Hospital São Lucas (HSL) Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (Filantrópico)	Média complexidade	Clínica Médica	Internação em Oncologia, Clínica Médica – Adulto e Emergencial Cuidado paliativos
Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (HBLEM)		Clínica Médica e Cirúrgica Adulto	Referência em Urgência e emergências CTI Adulto Internações em Neurologia Internações em Clínica Médica e Cirúrgica, Cirurgias: ortopédica, neurológica, Urológica, Gastro, Geral, Angiológica Ultrassonografia, Raio-X, Ecocardiograma Tomografia Emergência psiquiátrica

HOSPITAL	COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO	ESPECIALIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO
CEMEPI	Média complexidade clínica	Pediatria	Média em pediatria clínica
CLIPi	Média complexidade	Psiquiatria	Internações

Fonte: Programação Pactuada Integrada, 2009.

Inaugurado em setembro de 2004, o SAMU 192 de Itabuna, assiste a população municipal e prepara-se para a sua Regionalização onde atenderá os municípios adscritos. A rede de urgência tem como aporte principal o Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, que é a referência municipal e da região para traumas e urgências em clínica médica, ortopedia, neurologia, angiologia, consolidando atendimento SUS a toda região, dividindo o espaço com o Hospital São Lucas, parte da Rede da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, que atende cerca de 4.000 usuários do SUS para o atendimento de Clínica Médica e Oncologia.

O perfil de usuários do SAMU é diversificado, atendendo todas as faixas etárias e classes sociais. As ocorrências registradas confirmam a prevalência de emergências traumáticas (2.443) seguidas das clínicas cardiovasculares (2.378) com base nos dados do ano de 2.010 publicados no Anuário Estatístico de Itabuna (ITABUNA, 2010 e 2011), entre outros agravos.

Em se tratando de atendimento da unidade do SAMU 192, Itabuna foi, em 2009, responsável por 7.460 atendimentos efetivados pelas Unidades de Suporte Básico de Vida, Avançado e Motolância (que iniciou suas atividades em julho de 2009), dotando o serviço de nova dinamicidade em seus atendimentos uma vez que a moto por sua facilidade de deslocamento em meio ao trânsito pode chegar mais rápido em locais onde a ambulância convencional ficaria presa em congestionamentos. Além disso, a motolância realiza o serviço de veículo batedor para as demais viaturas do SAMU, liberando as vias públicas e restando o trânsito em cruzamentos.

No que se refere às chamadas pelo telefone 192, que é de acesso gratuito, houve, em 2009, 31.282 chamadas para o tronco de linhas telefônicas, nas quais 17.956 foram trotes e 3.275 geraram orientações; as demais ligações (10.051) geraram atendimento ao público. Portanto o quantitativo de trotes geram ainda grandes transtornos para a unidade, com isso, as coordenações entenderam que seriam encaminhados os números

de telefone que insistirem em passar trotes para a unidade e em forma de ofício, o Ministério Público é acionado para tomada de providências cabíveis.

O atendimento realizado pelo SAMU acontece da seguinte maneira: o usuário do serviço entra em contato através do número de discagem gratuita 192. A partir daí, o atendimento é iniciado pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM), que coleta os dados principais para preenchimento do registro da ocorrência. Os dados são: nome do solicitante, endereço com ponto de referência publicamente conhecido, telefone para contato e novas informações, queixa principal e dados da vítima. Após isso, o cadastro é enviado junto com a ligação telefônica para a mesa do Médico Regulador (MR), que irá detalhar melhor os dados fornecidos pelo solicitante, a fim de tecer um julgamento sobre qual recurso será necessário disponibilizar para a resolução do caso. Estão à sua disposição para utilização as seguintes equipes e viaturas: Unidade de Suporte Básico (USB) tripulada por Técnico de Enfermagem e Condutor Socorrista; Unidade de Suporte Avançado (USA) tripulada com Enfermeiro, Médico Intervencionista (MI) e Condutor Socorrista; Motolância tripulada por um Técnico de Enfermagem. Além desses, o MR pode solicitar auxílio da Polícia Militar, Grupamento de Bombeiros Militares ou Defesa Civil a depender da gravidade do caso. Definido o recurso, o envio da unidade é realizado e o contato com a central de regulação agora é feito através de rádio ou telefonia celular onde o intermediador da comunicação é o Operador de Frota ou Operador de Rádio. Ao chegar ao local, a equipe realiza o atendimento, reporta as condições para o MR que irá definir para qual unidade o usuário será encaminhado ou se ficará onde está. O MR também é responsável por orientar a equipe de atendimento sobre os procedimentos a serem realizados com base em protocolos internos estabelecidos para cada caso. O registro da ocorrência iniciado pelo TARM é continuado pelo preenchimento de dados por parte do MR e finalizado pelo anexo da ficha de atendimento no campo trazida pela equipe ao final da ocorrência.

Apesar da decisão de encaminhamento para unidade de saúde ser uma prerrogativa do Médico Regulador, todos os membros da equipe assistencial têm a possibilidade de dialogar com o mesmo e sugerir outro destino para o MR com base em seu entendimento empírico do sistema de atendimento às Urgências no município. Apesar da vocação determinada e pactuada de cada instituição hospitalar conforme vimos anteriormente, diversas outras razões levam o SAMU a não realizar uma distribuição uniforme dos casos na rede. Os dados dos encaminhamentos realizados no ano de 2011 podem ilustrar este fato de maneira mais clara conforme visto no quadro 4.

Quadro 4 – Encaminhamentos Hospitalares realizados pelo SAMU Itabuna no ano de 2011.

HOSPITAIS	AAN	EEV	AAR	BBR	AAI	UUN	UUL	GGO	EET	UUT	OOV	EEZ	TOTAL
HBLEM	306	597	319	261	365	268	253	287	312	317	322	334	3.941
HCMF	46	55	40	46	59	43	27	40	49	57	56	45	563
HMN	4	0	2	3	8	39	31	25	23	24	36	45	450
HSL	110	98	94	120	109	98	86	82	100	108	111	110	1.226
CLUPI	13	11	07	13	08	03	10	13	12	15	12	07	124
CEMEPI	01	07	09	04	06	03	02	03	02	01	04	04	44
Maternidade Ester Gomes	03	01	02	03	05	04	02	04	02	02	01	01	30

Fonte: Relatório Estatístico Anual SAMU Itabuna, 2011.

Entendemos que o processo de distribuição de casos na rede sofre interferência de uma série de fatores complexos e diretamente relacionados à capacidade de gestão do sistema de saúde municipal entre outros aspectos. Cabe a esse estudo entender dentre tantos outros fatores, como as decisões da equipe assistencial se relacionam com o desenho que assume a produção de cuidados realizados pelo SAMU, colaborando, assim, para o perfil do sistema de atendimento às Urgências e Emergências que o município realmente apresenta.

2.3 Sujeitos do estudo

O grupo de profissionais que compõe as equipes de campo de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pode assumir composições variadas. Assumindo o que está definido na PNAU, estes atores são das seguintes categorias: médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, técnicos ou auxiliares de Enfermagem, condutores de veículo de Emergência.

Deste grupo, o único profissional não oriundo da área de saúde é o Conductor. No entanto, o mesmo treinamento que é provido aos demais profissionais é garantido a este profissional. Sua vivência diária nesta seara o permite ter informação sobre o assunto, além de estabelecer relações dialógicas com todos os demais membros da equipe e o usuário.

Com base no exposto, foram sujeitos desta pesquisa os profissionais do SAMU que atuam no campo prestando assistência presencial ao usuário, a saber: 7 médicos intervencionistas (MI), 7 enfermeiros, 16 técnicos de Enfermagem e 18 condutores e 7 médicos reguladores (MR), num total de 55 profissionais aptos a participar da pesquisa. Deste total de sujeitos, 3 foram selecionados aleatoriamente para compor o grupo de adequabilidade do roteiro de entrevista e 28 foram selecionados para as entrevistas com base no critério de saturação, descrito mais adiante.

Apesar de prestar assistência por telemedicina, o médico que fica centrado na regulação das urgências será parte do grupo de sujeitos, uma vez que seu atendimento se dá no momento em que ocorre a prestação do cuidado desde o início até sua conclusão.

2.4 Considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida em consonância e observância do que dispõe e orienta a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, recebendo aprovação pelo Parecer Consubstanciado de nº 543.516, em 27 de fevereiro de 2014.

A pesquisa foi conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém havia a possibilidade de algum desconforto durante a realização de entrevistas e/ou observação participante durante o atendimento e em relação à tomada de decisão e sua influência no desenho da Rede de Urgência do município de Itabuna-BA. Caso isso tivesse ocorrido, a observação e/ou entrevista seriam interrompidas e continuadas ou não posteriormente. Esclarecemos que, conforme a legislação vigente no Brasil, os participantes da pesquisa têm direito a indenização caso ocorresse algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa. Informamos ainda que foi apresentado ao usuário e/ou seu acompanhante ou responsável um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para sua participação no estudo garantindo seus direitos em relação ao mesmo e garantindo indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (item IV 3-h).

Aos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidando à participação na pesquisa e contendo informações detalhadas sobre do que se trata a investigação, seus objetivos, a natureza da pesquisa, métodos, benefícios previstos e potenciais incômodos que poderiam advir, sua liberdade em recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo ou penalidade e, por fim, sua devida autorização para participação voluntária e anônima, assinada em duas vias, sendo uma via do participante e a outra do pesquisador.

2.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação participante. Foram observados, durante os atendimentos a distância (MR por telefone) e em campo, os elementos envolvidos com a tomada de decisão, profissionais envolvidos, situação clínica atendida. A importância desses instrumentos para o tema que ora é abordado nesta pesquisa se destaca na emergência da subjetividade inerente ao objeto de estudo, justificada pela potência criadora de cada ator envolvido e relacionado com o objeto. Segundo Minayo (2006):

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

O tipo de entrevista utilizado foi a semiestruturada. Esse modelo de entrevista é composto por questões disparadoras previamente definidas de acordo com os objetivos da pesquisa. Segundo Canzonieri (2010), a entrevista semiestruturada permite uma conversação continuada entre pesquisador e sujeito na direção definida pelo pesquisador para seus objetivos.

Para o registro das informações, foi utilizado gravador digital, o que permitiu o registro das falas em formato passível de manuseio em computador. As entrevistas foram realizadas em horário devidamente agendado fora do dia de trabalho do referido profissional, de maneira voluntária e após apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em ambiente adequado reservado para este fim, junto à estrutura do serviço e com autorização do Gestor municipal, conforme autorização em anexo e com o uso de gravador. A média de duração das entrevistas foi de 40 minutos.

Complementando a fase de coleta de dados, utilizou-se a observação participante com preenchimento de diário de campo que seguiu roteiro predefinido de observações conforme visto no apêndice E. Segundo Minayo (2012, p. 70):

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode

modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

As observações foram realizadas no campo de atendimento, no ato da cena, em ambiente pré-hospitalar, onde foi possível apreender diretamente os resultados das ações das equipes de atendimento em relação à ação planejada previamente.

2.6 Desenho conceitual da Análise dos Dados

Após a coleta dos dados nas entrevistas, foi realizada a transcrição, para melhor visualização de suas informações. Com a transcrição das entrevistas, fez-se a leitura primária dos transcritos para maior familiarização e identificação dos aspectos diretamente relacionados com o objeto deste estudo, ou seja, a relação entre o processo de tomada de decisão dos profissionais da equipe assistencial e a produção do cuidado no SAMU.

Para auxiliar na melhor organização dados coletados e possibilitar um melhor diálogo e relação entre as falas dos diversos sujeitos foi utilizado o software Atlas Ti 7.0. Esta ferramenta nos permitiu realizar arranjos organizacionais graficamente visíveis, permitindo um melhor entendimento do conteúdo das falas. Com o uso do software, todas as informações relacionadas ao estudo foram armazenadas em uma estrutura bem delimitada denominada de Unidade Hermenêutica ou Hermeneutic Unity (HU). Através da HU, o caminho para chegar até uma informação armazenada (uma entrevista transcrita, por exemplo) é preservado, permitindo a classificação e organização dos materiais em famílias de códigos determinados pelo pesquisador. Com essa definição programa permite a construção de redes que conectam trechos de diferentes documentos com a possibilidade de manipulação direta do utilizador no formato final do gráfico. Como o nosso trabalho procurou as informações nas falas de diferentes, o software auxiliou na visualização e demonstração das conexões existentes entre os subjetivos. Além de promover a interligação entre as falas, foi possível ainda a conexão com informações documentais ou da literatura. O uso do papel e da caneta, neste caso dá lugar às anotações feitas pelo pesquisador e

mesmo à ligação com textos externos, formando hiperlinks que facilitam a discussão dos dados no momento da análise.

Segundo Dembkowski e Lloyd (1995) apud Lage e Godoy (2008, p. 80):

A possibilidade de armazenar como dados codificáveis as teorias que suportam a pesquisa, assim como novos resultados encontrados, facilita a elaboração de correlações complexas entre dados-resultados-aspectos teóricos, permitindo testar ideias e hipóteses. Ferramentas como o NVivo e Atlas.ti implementam recursos para a visualização dessas correlações como redes ou mapas de ideias, que podem ser armazenados em etapas, de acordo com a evolução da análise.

Após a categorização dos dados obtidos dos depoimentos, foi realizada a reflexão crítica amparada pelo arcabouço teórico levantado ao longo da construção da pesquisa.

Para analisar os dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC) de acordo com o trabalho de Bardin (2009), entendida como conjunto de técnicas na busca da obtenção das informações. Ao analisar o conteúdo das falas e ações do sujeito, o pesquisador faz inferências sobre as vontades e desejos explicitados direta e objetivamente pelo sujeito assim como naquilo que está contido no não dito, o latente. Como a informação contida na linguagem humana pode assumir formas diversas e dar margem a diversas abordagens hermenêuticas por parte do pesquisador, é necessária a ancoragem em um arcabouço teórico consistente que oriente o pesquisador a extrair das unidades de significado muito mais do que elas manifestam objetivamente, mas sem o risco de desorientar-se ante a magnitude da potência subjetiva do outro.

A AC foi conduzida pelas seguintes fases: pré-análise (com a organização do material estabelecendo contato com os depoimentos), a fim de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conhecendo as significações através da leitura flutuante passando esta a ser exaustiva. Foram selecionadas unidades de registro das entrevistas transcritas e a organização por níveis hierárquicos de subcategorias e categorias que elaboradas a partir do processo de organização e categorização empírica empreendida neste estudo.

Na construção e problematização do objeto de investigação, foi realizado o levantamento bibliográfico e documental com a finalidade de responder aos objetivos do estudo. Entende-se como elementos do contexto vigente para o adequado aproveitamento dos dados levantados: a presença de um sistema de saúde

municipal onde estão inseridas as estruturas de atendimento a Urgência e Emergência no município de Itabuna, entre elas o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); um conjunto de características políticas, econômicas e culturais que se relacionam diretamente com o sistema de saúde e o estado de saúde da população do município; as ferramentas tecnológicas para o atendimento a urgência presentes ou não no município. O desenho conceitual está exposto na figura 1.

A partir do entendimento deste contexto o alcance do objetivo geral deste estudo aqui descrito como “Analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU e sua relação com a produção de cuidado” perpassa pelo entendimento da capacidade instalada para o cuidado de emergência pelos profissionais do SAMU que prestam assistência, a produção do cuidado por esse grupo, a relação desta produção com o sistema de saúde e de atendimento às Urgências, a remodelagem da rede na prática a partir desta produção e suas relações com o estado de saúde da população.

As categorias de análise predefinidas emergiram a partir dos pontos levantados no roteiro de entrevista semiestruturada, a saber: Urgência e Emergência; Educação Permanente; Tomada de Decisão; Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU); regulação Médica das Urgências. As categorias propostas a partir da pré-análise dos dados está disposta no quadro 5. Para alcançar as finalidades deste estudo optamos por discutir as categorias Urgência e Emergência, Educação Permanente e Tomada de Decisão. As demais categorias compõem um banco de dados a ser trabalhado em novos estudos.

Os recursos utilizados para a análise dos dados foram: a revisão de literatura nacional e internacional; os dados estatísticos do SAMU obtidos através da leitura dos anuários estatísticos do município de Itabuna-BA; o diário de campo produzido através da observação participante; as entrevistas com os profissionais do SAMU que prestam atendimento em campo.

Os sujeitos do estudo, agregados por categorias profissionais, formam as famílias que subsidiaram a análise das entrevistas.

As entrevistas dos sujeitos foram identificadas com o código “E” e o número da coleta, seguida dos códigos de cada categoria profissional, a saber: Enfermeiros – ENF, Técnicos de Enfermagem – TE, Condutores – COND, Médicos Intervencionistas – MI, e Médicos Reguladores – MR. Os dados de identificação dos sujeitos encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 – Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa.

Variável	N	%
SEXO		
Masculino	4	15%
Feminino	24	85%
IDADE		
30 – 39 ANOS	18	65%
40 – 49 ANOS	9	32%
50 –	1	3%
CATEGORIAS PROFISSIONAIS		
Condutores Socorristas	9	32%
Enfermeiros	4	15%
Médicos Intervencionistas	3	11%
Médicos Reguladores	2	7%
Técnicos de Enfermagem	10	35%
ESCOLARIDADE		
2º Grau Incompleto	1	3%
2º Grau Completo	15	55%
3º Grau Incompleto	2	7%
3º Grau Completo	10	35%
TEMPO DE TRABALHO NO SAMU		
0 – 5 ANOS	12	43%
6 – 10 ANOS	16	57%
TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM URGÊNCIA		
0 – 5 ANOS	10	35%
6 – 10 ANOS	11	38%
11 – 15 ANOS	3	11%
16 – 20 ANOS	2	8%
20 –	2	8%

Fonte: dados da pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, estes documentos foram organizados para facilitar o tratamento das unidades de registro a serem obtidas na análise. Segundo Bardin (2009), a Unidade de Registro “é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização” (BARDIN, 2009, p. 134).

O roteiro de entrevista foi testado com outros três profissionais que não participaram da amostra e, a partir daí, decidiu-se subdividir duas perguntas para obter maior aproveitamento das falas dos sujeitos, uma vez que, ao serem efetuadas como uma pergunta em duas partes, os sujeitos teste respondiam apenas a segunda parte da pergunta.

De uma população de 55 profissionais, 3 foram selecionados aleatoriamente para compor o grupo de adequabilidade do roteiro de entrevista, utilizando o critério de saturação das respostas obtidas na entrevistas. O critério de Saturação é definido por Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20) da seguinte maneira:

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados.

A partir do momento em que as respostas emitidas pelos entrevistados não apresentava mais elementos novos que nos ajudasse na elucidação do objeto de pesquisa, definimos o ponto de saturação da amostra. Com isso, formou-se um grupo composto de 28 participantes assim subdivididos: Condutores Socorristas 09, Técnicos de Enfermagem 10, Médicos Intervencionistas 03, Enfermeiros 04, Médicos Reguladores 02.

Após leitura e releitura das entrevistas, agora passadas pelo processo de organização e correção gramatical da língua portuguesa, sem que se alterasse o sentido produzido pelo discurso do depoente, estes documentos foram inseridos no software Atlas Ti 7. Este software permite dar suporte ao aprendizado e à aquisição de saberes, sendo o ponto de apoio para o desenvolvimento de uma compreensão mais apurada que o conjunto de dados coletados, por si só, não possibilita apreender em primeira mão (GILZ, 2007).

A construção da unidade hermenêutica dentro do programa Atlas Ti 7 procedeu-se com a inserção das entrevistas como documentos primários (primary docs), estes documentos foram separados pelas famílias dos grupos profissionais. A codificação ou separação das unidades de sentido em codes foi precedida da inserção de uma lista de codes predefinidas sendo complementadas na medida em que as entrevistas eram analisadas. Os codes deram origem às subcategorias emergentes no estudo. O agrupamento dos codes por semelhança originou as famílias de codes, entendidas como as categorias de análise do estudo definidas na tabela 3 e a descrição das categorias é apresentada no Quadro 5.

Para colaborar com a discussão, foi realizado um período de 30 dias de observação participante, no intuito de obter-se uma visão mais analítica/crítica das ações produzidas pelos profissionais durante seus atendimentos em campo. Foram realizadas observações nos turnos matutino (12 períodos de 6 horas, perfazendo 72 horas de observação), vespertino (18 períodos de 6h, perfazendo 108h de observação), noturno e na madrugada (10 períodos de 12h, perfazendo 120h de observação), totalizando 300 horas de observação participante. Em todos os momentos de atendimento, foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais e um segundo TCLE para os acompanhantes ou familiares dos usuários gravemente enfermos, evitando assim qualquer conflito ético durante o desenvolvimento da coleta de dados.

A apresentação dos resultados foi realizada a partir da discussão da observação participante e das categorias de análise e suas subcategorias, sustentada pela revisão de literatura levantada durante o estudo.

Tabela 3 – Categorias de análise e códigos.

FAMÍLIAS	CATEGORIAS	CÓDIGOS
MÉDICO INTERVENZIONISTA	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	CONCEITOS E CONHECIMENTOS EMPREGADOS
ENFERMEIROS		ATENDIMENTO AO TRAUMA E CAUSAS EXTERNAS
		ATENDIMENTO AO USUÁRIO CLÍNICO
TECNICOS DE ENFERMAGEM		ATENDIMENTO A SITUAÇÕES CRONICAS AGUDIZADAS
		AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA OCORRÊNCIA
CONDUTORES		AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA
	EDUCAÇÃO PERMANENTE	PARTICIPAÇÃO EM CAPACITAÇÕES
		OFERTA DE CAPACITAÇÃO PELO SERVIÇO
		NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO
MÉDICOS REGULADORES	TOMADA DE DECISÃO	DECISÕES DE ATENDIMENTO
		DECISÕES DE ENCAMINHAMENTO
		RESPONSÁVEIS PELAS DECISÕES
		RELAÇÃO DECISÃO PRODUÇÃO DO CUIDADO
	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	A POLÍTICA E SEU ARCABOUÇO JURÍDICO LEGAL
		FLUXO DE ENCAMINHAMENTO NA REDE: SUAS FACILIDADES E DIFICULDADES
		O SISTEMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS
		O SAMU NO MUNICÍPIO
		PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
		PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS E CATÁSTROFES
REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	RELAÇÃO DA REGULAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE	
	REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	
	MÉDICO REGULADOR	

Quadro 5 – Descrição das Categorias de Análise.

CATEGORIAS	Descrição Categoria de Análise	Categoria Operacional
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Visão dos profissionais que atendem os usuários em campo sobre a Urgência e Emergência enquanto campo de domínio do saber e conhecimento científico para o melhor atendimento da população e reconhecimento do impacto de sua assistência ao usuário grave.	Informações sobre conhecimento acerca de Urgência e Emergência, capacidade de definição de gravidade do caso, visão própria sobre os reflexos de sua assistência.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Identificação nas falas dos sujeitos do papel da educação permanente como elemento fundamental para a adequada capacidade de prestar o cuidado ao usuário gravemente enfermo e dos sujeitos responsáveis por esta atividade.	Informações sobre participação em cursos de capacitação, identificação da oferta de capacitação pelo serviço e identificação dos tipos de capacitação desvelados.
TOMADA DE DECISÃO	Neste momento, identificamos e analisamos a participação dos sujeitos no processo de tomada de decisão em campo acerca da assistência imediata a ser prestada, do encaminhamento para outras unidades da rede de atenção às Urgências do município e o envolvimento dos diversos membros da equipe neste processo.	Informações sobre responsáveis pelas decisões de atendimento e encaminhamento.
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	Análise da visão dos profissionais acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e seu arcabouço jurídico-legal, além da identificação da estrutura de atendimento local para Urgência e Emergência e o papel do Município e do SAMU nesta PNAU.	Informações sobre a PNAU e seu arcabouço jurídico legal; informações sobre o sistema municipal de atendimento às Urgências e atendimento a Múltiplas Vítimas.
REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	Identificação do papel da Regulação Médica das Urgências em relação ao atendimento às Urgências no município e pelo próprio SAMU. Identificação do médico regulador neste processo de regulação das urgências.	Informações sobre a Regulação das Urgências; Informações sobre o Médico regulador; informações sobre os encaminhamentos dos usuários atendidos nas diversas unidades do sistema de atendimento às Urgências municipal.

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 1 – Desenho Conceitual da Pesquisa

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Observação Participante

O processo de Observação Participante com a construção do diário de campo, baseado no apêndice E, teve duração de 30 dias, perfazendo um total de 300 horas, conforme especificado anteriormente.

Do total de 78 atendimentos acompanhados, 19 ocorreram em vias públicas (pista de rolamento asfáltico e/ou calçada); 23 ocorreram em domicílios; 12 em hospitais (realização de transferências inter-hospitais) e 6 foram atendimentos em unidades de saúde da APS (4 em Unidades Básicas de Saúde e 2 em Unidades de Saúde da Família).

Em relação à natureza das ocorrências, houve maior prevalência dos quadros clínicos, somando 47 atendimentos; desse número 26 atendimentos foram resultado de processos de agudização de patologias crônicas (13 casos de Edema Agudo de Pulmão em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica – desses casos, 8 eram cadastrados no HIPERDIA, os outros 5 eram usuários da saúde suplementar -; 6 casos de portadores de Diabetes Mellitus, apresentando hipoglicemia – todos cadastrados no HIPERDIA; 3 casos de portadores de DPOC em quadro de Insuficiência Respiratória Aguda). Os outros 16 casos clínicos apresentaram quadros de crises convulsiva (4), alcoolismo (3), dor torácica a esclarecer (9). Em seguida vem os atendimentos a vítimas de trauma em geral totalizando 22 casos; 4 casos de atendimento obstétrico; 3 casos de transtornos psiquiátricos; 2 casos de atendimento pediátrico.

Esses dados seguem o perfil epidemiológico de outros estudos realizados em cidades das regiões Nordeste (CABRAL; SOUZA, 2008), Sul (TRINCAUS, 2007) e Sudeste do País (GONSAGA et al., 2013). No entanto, esse perfil discorda dos atendimentos realizados pelo SAMU em Itabuna no ano de 2010, onde as causas externas superaram o atendimento a causas clínicas, conforme apresentado na descrição do campo de estudo. Esse conjunto de agravos aponta ainda para dois problemas da tríplice carga de doenças apresentada por Mendes (2010): presença de condições crônicas com agudizações e atendimentos a causas externas.

Quanto às Unidades enviadas para atendimento, houve um total de 19 atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado e 59 atendimentos realizados pelas duas Unidades de Suporte Básico.

O número de profissionais envolvidos por categoria foi: 78 Condutores Socorristas; 65 Técnicos de Enfermagem (59 nos atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Básico e 5 compondo a equipe da Unidade de Suporte Avançado em alguns atendimentos); 19 Enfermeiros; 19 Médicos Intervencionistas.

Quanto aos aspectos observados durante os atendimentos prestados, foi possível apreender que as relações interpessoais entre os membros das equipes são harmônicas, preservando um clima agradável para a realização dos atendimentos mesmo em situações de usuários com quadros clínicos mais instáveis ou agônicos. A respeito do contato com os usuários, também foi observado um relacionamento harmonioso em 59 atendimentos; no entanto, houve queixas dos usuários em 9 casos, todos motivados pela queixa de demora das equipes para chegar até o local.

No que tange o relacionamento entre os profissionais e o Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências do SAMU, prevaleceu o relacionamento interpessoal harmônico em 75 atendimentos, em 3 atendimentos houve reclamações por parte dos profissionais motivados pelo envio das unidades a situações clínicas que, na avaliação destes profissionais, não requeriam a atenção do SAMU por tratarem-se de queixas clínicas de baixo grau de gravidade, que poderiam ser atendidos em unidades da APS. Os três casos de reclamação ocorreram durante períodos da madrugada. Quanto ao relacionamento dos profissionais do SAMU com profissionais das Unidades de Urgência Hospitalares, foi possível observar 6 situações de maior tensão, motivadas pelo não acolhimento do usuário por profissionais destas Unidades, necessitando intervenção do Médico Regulador de plantão para o encaminhamento do usuário a outra unidade de atendimento às Urgências.

Foi possível observar que existem alguns desafios colocados no processo de tomada de decisão para a prestação do cuidado por parte dos profissionais do SAMU. Um deles foi a ocorrência de complicações de quadros clínicos do usuário em atendimento pelas equipes de suporte básico de vida. Nos casos em que essas complicações ultrapassavam a capacidade de atendimento do Técnico de Enfermagem e o Condutor, os mesmos acionavam o Médico Regulador e solicitavam o apoio da equipe de Suporte Avançado. Em todas as vezes que ocorreu esta situação houve resposta positiva por parte do Médico Regulador e o comparecimento da a equipe de Suporte Avançado, composta pelo Enfermeiro, Médico Intervencionista, Condutor e, em alguns atendimentos, o Técnico de Enfermagem.

O acesso a alguns domicílios também se apresentou como ponto desafiador. Nesses casos, eram moradias situadas em morros e favelas periféricas. Em alguns desses atendimentos, a Unidade Móvel não se aproximava devido à falta de acesso, obrigando os profissionais a carregarem todo o material necessário ao atendimento até o local onde o usuário gravemente enfermo encontrava-se.

Foram observadas também situações de risco para a vida dos profissionais do SAMU em atendimentos envolvendo violência ao usuário. Nessas situações, houve acompanhamento da Polícia Militar, previamente negociado pela equipe da Central de Regulação das Urgências do SAMU.

Quanto à utilização de saberes e práticas do núcleo do Atendimento Pré-Hospitalar, desvelou-se o uso de conhecimentos sobre clínica, atendimento ao traumatizado grave, conhecimento sobre pediatria, obstetrícia e saúde mental. Além disso, os profissionais utilizavam habilidades de comunicação entre si, com os usuários gravemente enfermos e com a população em geral e com os profissionais das unidades de atendimento às Urgências.

No que tange a realização de contato prévio com as Unidades de Urgência Hospitalares, não houve contato por parte da Central de Regulação do SAMU, no intuito de informar a chegada das equipes com usuários gravemente enfermos. Apesar disso, não houve dificuldades de acesso das equipes à área interna das portas hospitalares, a exceção dos casos de recusa do atendimento.

No processo de tomada de decisões, houve participação de todos os membros das equipes em etapas diferentes e simultâneas do processo, a exemplo de: participação do condutor na decisão sobre qual o melhor caminho seguir para chegar até o local do atendimento; participação do técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico Intervencionista e Condutor na realização das medidas iniciais de atendimento; participação do Médico Intervencionista (no caso da USA) e do Médico Regulador (no caso da USB) para a definição de prescrições medicamentosas; participação do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem no levantamento dos dados vitais do usuário e discussão sobre o grau de gravidade do usuário. Em relação à definição do encaminhamento do usuário para unidades de urgência do sistema, em 56 atendimentos essa decisão foi tomada pelo Médico Regulador; em 19 casos o Médico Intervencionista e o Enfermeiro decidiram sobre o encaminhamento do caso e apenas informaram ao Médico Regulador para onde estavam levando o usuário; e em 3 situações o Técnico de Enfermagem decidiu

sobre o encaminhamento por estar em local sem contato com a Central de Regulação, nem por rádio e nem por celular.

Foi possível desvelar ainda que os profissionais do SAMU tomam como referência para decisão um conjunto de valores morais, saberes e práticas do núcleo do APH, o quadro clínico do usuário gravemente enfermo e os conhecimentos empíricos de situações já vivenciadas por eles. Dos 78 atendimentos acompanhados, 72 foram encaminhados para Unidades de atendimento às Urgências, 3 usuários foram encontrados em óbito por projeteis de arma de fogo e outros 3 evoluíram para o óbito após apresentarem Parada Cardiorrespiratória não responsiva às medidas de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) empregadas pelas equipes. Nos casos de RCP, foi observado que todos os profissionais revezavam-se durante a realização das manobras. Foram presenciados, ainda, momentos de conversa entre Médico e Enfermeiro sobre as possíveis causas da parada, buscando a ação mais efetiva para reversão desse quadro.

O processo de observação participante propiciou-me elementos positivos para a apreensão do objeto de estudo, uma vez que me permitiu a possibilidade de acompanhamento dos atendimentos com um olhar implicado. Assim, consegui visualizar detalhes dos atendimentos, com base nos objetivos do estudo, que passam despercebidos no dia a dia do atendimento ao usuário gravemente enfermo pelo SAMU. A partir deste processo e do levantamento bibliográfico realizado, foi possível analisar o conteúdo das falas dos depoentes com maior propriedade acerca do contexto do trabalho vivo em ato desses profissionais.

3.2 Categorias de Análise

3.2.1 Urgência e Emergência

Esta categoria é formada pela apreensão de significado das falas dos sujeitos acerca de aspectos ligados a prestação da assistência e os resultados. Aqui destaca-se o cuidado no momento em que é realizado, destinando-se a cumprir um objetivo específico, servir a um fim representado pela proteção a vida e a saúde do

usuário ou na visão de Merhy e Franco (2008) o *trabalho vivo em ato*. Segundo os autores a produção do cuidado em saúde acontece no momento em que o mesmo é prestado, o ato em si da realização da assistência ou o trabalho vivo (MERHY; FRANCO, 2008, p. 281).

Outras ferramentas ou técnicas concebidas para a realização do ato de cuidar compõem o que os autores denominam de *trabalho morto*, ou seja, o trabalho que foi anteriormente realizado e produziu como resultados instrumentais, técnicas e saberes (MERHY; FRANCO, 2008, p. 281).

O trabalho vivo realizado pelos profissionais do SAMU é diretamente correlacionado a um grupo competências e habilidades próprias do Atendimento Pré-Hospitalar, ou seja, um conjunto de conhecimentos científicos que compõem um núcleo de saberes dentro do Campo da Saúde (CAMPOS, 2000, p. 221).

O conceito de núcleo e campo de saberes nos é apresentado por Campos (2000), onde o autor define o núcleo como conjunto de conhecimentos que conformam um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso.

Ao discutirmos os conceitos de campo e núcleo de saberes buscamos subsídio para explanar sobre a produção do cuidado na perspectiva do trabalho vivo. Para esta produção ocorrer o trabalhador do SAMU opera recursos tecnológicos. Utilizaremos a definição de tecnologia apresentada por Merhy e Onocko (1997, p. 38):

Classificamos as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

As diversas tecnologias leves e leves/duras e as habilidades no uso de tecnologias duras (KOERICH et al., 2006, p. 180) utilizadas na produção do cuidado ao usuário gravemente enfermo compõem esse núcleo específico de saberes empregado pelos profissionais do SAMU.

O campo de saberes seria a matriz mais ampla onde o núcleo está inserido. Dentro do campo maior que é a área de saúde podem-se distinguir outros campos e outros núcleos que o compõem. Assim, segundo Campos (2000), o núcleo se

relaciona a identidade da práxis, compreendida aqui como saberes de cada profissão, sendo que o campo se apresentaria com contornos menos definido, onde cada profissional buscaria apoio nas outras categorias profissionais para o cumprimento de suas tarefas na prestação do cuidado. Apesar das delimitações, diferente da tradicional divisão do conhecimento por disciplinas, no conceito de núcleo e campo de saberes apresentado, as fronteiras entre um e outro são pouco perceptíveis, permitindo, assim, a contribuição mútua.

Neste estudo em específico evidencia-se um dos campos de saber inserido no campo de saberes da saúde, a matriz mais ampla, que é o da Urgência e Emergência. Este campo teria sua composição definida pelos núcleos de saberes relacionados com o cuidado ao usuário gravemente enfermo no atendimento pré-hospitalar (foco deste estudo), no núcleo do Atendimento de Urgência Hospitalar, no núcleo da Terapia Intensiva. Além desses participam desta composição os núcleos de saberes das profissões que produzem o cuidado neste âmbito, que no caso do SAMU são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. O atendimento Pré-Hospitalar, então, seria um dos núcleos de práticas e saberes que compõem esse Campo da Urgência e Emergência. Campos destaca ainda que é inevitável escapar da institucionalização e organização social do saber em cada profissão, mas defende a ideia de uma maior flexibilização e partilha de conhecimento entre elas (CAMPOS, 2000, p. 220).

Nesta pesquisa lidamos com um grupo de sujeitos composto por quatro categorias profissionais distintas (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e Condutores Socorristas) que trabalham e operam num mesmo espaço e tempo voltados para um mesmo objetivo, compartilhando experiências, conhecimentos e habilidades no seu dia a dia. Portanto, entendemos que as práticas desses profissionais, no caso do SAMU, operam a partir dos núcleos e campos de saberes e práticas.

Cada uma dessas categorias profissionais comporta ações que lhe são pertinentes e restritas por força de seus códigos de ética ou pela função que exercem de acordo com seus contratos de trabalho ou mesmo pela habilitação legal que concerne a determinada profissão. Mas ao mesmo tempo é importante frisar que o trabalho vivo no atendimento pré-hospitalar prescinde do ato solidário de compartilhar responsabilidades no atendimento ao usuário gravemente enfermo,

assim o ato solidário é um dos componentes mais importantes no caso do atendimento ao usuário gravemente enfermo.

Durante o período de coleta de dados através da observação participante foi possível apreender a necessidade constante do emprego de habilidades de comunicação e de relacionamento, para que os trabalhadores do SAMU que prestam assistência em campo conseguissem compreender o processo de sofrimento dos usuários gravemente enfermos. O uso dessas tecnologias leves está diretamente relacionado à assunção da responsabilidade na atenção ao usuário gravemente enfermo.

Esse núcleo de saberes do Atendimento Pré-Hospitalar emerge na primeira subcategoria destacada aqui denominada de **Conceitos e conhecimentos empregados no momento do atendimento de Urgência e Emergência no ambiente pré-hospitalar**. As falas dos sujeitos revelam que além da necessidade de domínio de tecnologias leves, ligadas ao estabelecimento de relações e comunicação com os usuários gravemente enfermos, família, comunidade e entre os membros das equipes, utiliza-se processos já previamente estabelecidos e universalmente aceitos, aqui compreendidos como trabalho morto. A produção do cuidado no ambiente pré-hospitalar requer do trabalhador em saúde o conhecimento sobre tecnologias leve-duras contidas nas diretrizes, normatizações nacionais sobre a política de saúde, protocolos internacionais e nacionais baseados em evidências para nortear o atendimento em saúde ao usuário gravemente enfermo.

Percebe-se aqui que o domínio de saberes desses profissionais não é exclusivo do seu núcleo de saberes. Outros campos e núcleos compartilham e contribuem nesta construção como o campo da Urgência e Emergência e o Campo da Saúde Coletiva. Entendemos que o Campo de Saberes da Saúde Coletiva insere-se no Campo da Saúde sob dois aspectos: um mais transversal perpassando por outros diversos núcleos e campos de saberes e outro vertical inserido no campo da Saúde como um núcleo de especialidade próprio (CAMPOS, 2000, p. 225). A saúde Coletiva, devido sua amplitude e complexidades de saberes e áreas de atuação apresenta-nos certa dificuldade quanto a sua definição. Utilizaremos a visão de Nunes (2012, p. 28) que nos explica que a Saúde Coletiva é um “campo multiparadigmático, interdisciplinar, formado pela presença de tipos distintos de disciplinas que se distribuem em um largo espectro que se estende das ciências naturais as sociais e humanas” (NUNES, 2012, p. 28). Ela se ocupa da vigilância a

saúde e reorientação do entendimento sobre o processo saúde/doença/intervenção centrado no sujeito e na escuta qualificada, diferente da saúde pública que tem sua origem orientada na visão biologicista da saúde (CAMPOS, 2000). Perceber o Atendimento Pré-Hospitalar nesta perspectiva possibilita uma ampliação da visão dos profissionais que nela atuam sobre a necessidade de dialogar com os outros núcleos de saber, participando de sua composição, a exemplo do núcleo de saberes do APH compondo o campo de saberes da Urgência e da Saúde Coletiva, num sentido mais amplo.

Destaca-se nas falas, também, a necessidade de conhecimentos científicos por parte de todos os profissionais envolvidos sobre como proceder diante de uma vítima durante o **Atendimento ao Trauma e lesões por causas externas**. O perfil epidemiológico do serviço ratifica a ênfase dos profissionais para o desenvolvimento de maiores habilidades e saberes voltados para o manejo aos usuários vítimas de trauma. Os dados de atendimento do SAMU Itabuna, em 2010, apresentados anteriormente, mostram um número de atendimentos para emergências traumáticas (2.443) superior ao número de atendimentos das situações clínicas cardiovasculares (2.378) (ITABUNA, 2011). Esse olhar implicado com o Trauma acaba por interferir diretamente no processo de tomada de decisão.

Apesar do preparo para o enfrentamento de situações clínicas e traumáticas, os profissionais revelam a maior liberdade de atuação em situações de trauma e causas externas do que em situações clínicas. Pode-se presumir que o conhecimento científico e empírico acumulado pelos profissionais para lidar com este tipo de situação permite uma segurança maior no momento do atendimento do que nos casos clínicos. Estes últimos além de requererem prescrição farmacológica, envolvem processos de raciocínio clínico baseado nas evidências que o usuário refere e apresenta para subsidiar o processo de tomada de decisão. Mesmo os Técnicos de Enfermagem que passam por uma formação escolar voltada para as ações de Enfermagem não estão devidamente instrumentalizados legalmente e cientificamente para avançar nas decisões terapêuticas e de cuidados avançados em situações mais críticas.

Estes profissionais são capacitados para perceber o quadro de gravidade e assim acionar outras instâncias de atendimento, que no SAMU são representadas pela ação do Médico Regulador e da Equipe de Suporte Avançado. O atendimento a usuários traumáticos exige tarefas mais mecânicas voltadas para a adequada

imobilização e mobilização do usuário vitimizado. Esse núcleo de conhecimentos que envolve as ações voltadas ao usuário traumático é comum a outros Núcleos de Saberes como o de Suporte Básico e Primeiros Socorros, que é composto de princípios científicos menos complexos com o intuito de serem de fácil assimilação para leigos e profissionais socorristas não oriundos da área de saúde. Isso justifica, por exemplo, a maior afinidade e segurança dos técnicos de enfermagem e condutores socorristas ao lidar com casos de trauma. Não se percebe a partir das falas dos sujeitos um processo de qualificação dos profissionais para uma visão mais problematizadora da realidade que permita a tomada de decisões de maneira mais autônoma e confiante.

Em estudo realizado por Pereira e Lima (2009, p. 323) a respeito do trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito foi percebido que os profissionais auxiliares e técnicos de Enfermagem prestam a assistência às vítimas de trauma com base na sua própria avaliação e só em caso de dúvida sobre o atendimento a ser realizado entram em contato com o médico regulador. Sobre essa situação as autoras afirmam que:

Essa situação em que o auxiliar de Enfermagem presta toda a assistência necessária, realizando suas tarefas, independentemente de terem sido delegadas ou supervisionadas pela Enfermeira, já vem sendo observada em estudos sobre a organização do trabalho da equipe de Enfermagem. Apesar da lógica da organização do trabalho ser da divisão parcelar do trabalho, não se verifica uma completa expropriação da concepção do trabalho, o que também se constatou no APH, visto que há um espaço de autonomia para que os socorristas tomem as decisões frente a cada situação de atendimento.

Esse espaço de exercício da autonomia em relação ao usuário vítima de trauma e lesões por causas externas permite ao profissional que presta atendimento em campo maior segurança na prestação do cuidado ao passo que concerne responsabilidade pelos atos realizados. Para Vegian e Monteiro (2011), os profissionais que atuam no SAMU, de modo geral, devem ter disposição para atividade de trabalho, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, pensamento ágil para tomar decisões rápidas, autocontrole e equilíbrio emocional.

Se for um paciente de trauma, nós tomamos a decisão a depender do caso, se for uma fratura ou outra coisa, quando vamos passar para o médico regulador já fizemos alguma coisa, como imobilização ou curativo compressivo isso nesse caso. (E05TE01)

Então também a parte de imobilização do pré-hospitalar é importantíssimo porque quando a gente sai da graduação, a gente não tem uma graduação

voltada para o pré-hospitalar, né? A gente não tem esse enfoque grande no pré-hospitalar, então muitas vezes você chega numa ocorrência se você não tiver um preparo, se você não tiver um conhecimento prévio de um paciente de politrauma, se não sabe chegar nesse paciente, imobilizar adequadamente para conduzir sua assistência, você pode prejudicar. Então acho isso também muito importante. (E24ENF03)

Se for um paciente de trauma, nós tomamos a decisão a depender do caso, se for uma fratura ou outra coisa, quando vamos passar para o médico regulador já fizemos alguma coisa, como imobilização ou curativo compressivo isso nesse caso e o clínico a gente não pode tomar decisão porque tem que medicar e para medicar o médico regulador tem que autorizar. (E05TE01)

A gente observa muito o nível de consciência, como ele está respondendo verbalmente ou por estímulo, dependendo da situação, por exemplo, TCE ver a escala de coma de Gasglow, é importante também nesse paciente. (E06TE02)

As falas dos sujeitos aqui destacadas reclamam conhecimentos do Campo de saberes da Urgência e Emergência e do Núcleo de Saberes do Atendimento Pré-Hospitalar. Ao englobar toda a equipe multiprofissional em relação a necessidade de capacitação no atendimento ao politraumatizado no ambiente pré-hospitalar, os sujeitos desvelam que essa aglutinação de conhecimentos deveria ser comum a todas as profissões que prestam assistência, independente de seus núcleos de saberes.

Destaca-se aqui a informação sobre a necessidade de incorporar maiores conhecimentos na grade curricular dos cursos de Enfermagem, voltados ao núcleo de saberes da área de Atendimento Pré-Hospitalar. Essa insuficiência de competências e habilidades nesta área é destacada pela Portaria nº 2.048, de 2002, do Ministério da Saúde quando cita que as Urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem, portanto a atenção dada à área durante os cursos de graduação é insuficiente, ocorrendo atenção mínima das escolas na formação do profissional na área de APH móvel (BRASIL, 2002).

A estratégia definida pela PNAU para o desenvolvimento desses conhecimentos específicos em APH busca a participação ativa dos Núcleos de Educação em Urgência das Redes Estaduais e Regionais de Urgência. Através do processo de Educação Permanente, esses profissionais seriam habilitados e periodicamente recertificados sobre sua aptidão acerca da prestação de cuidados no SAMU.

É possível apreender que os processos de tomada de decisão são realizados a partir do domínio do núcleo de conhecimento em APH pertinentes a cada campo

profissional. Como o atendimento ao traumatizado implica num maior número de ações e procedimentos de imobilização e transporte, as ações menos complexas, dentro do conjunto de tecnologias leve-duras neste núcleo, permite aos profissionais de nível médio maior segurança na hora de tomar decisões quando do trabalho vivo em ato sem interferência do profissional médico e/ou do enfermeiro. No entanto na medida em que as situações clínicas tornam-se mais complexas a decisão é imediatamente transferida para o Médico Regulador, justificada pela prerrogativa profissional da prescrição de medicamentos. Esse exercício da capacidade de decidir e ou de transferir a responsabilidade pela decisão está ligado aos conceitos de exercício da autonomia discutidos por Onocko e Campos (2012, p. 669):

Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. [...] A coprodução de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação.

O ato de tomar decisões no atendimento ao usuário gravemente enfermo, expressa o exercício da autonomia do profissional do SAMU quando do seu trabalho vivo em ato, que tem reflexo direto na produção do cuidado pelo SAMU, Sistema de Saúde e o contexto sanitário local. Autonomia que é exercida com a responsabilização do trabalhador do SAMU sobre as consequências de sua decisão. Nesta perspectiva o profissional do SAMU é um coconstrutor da rede de Urgências e do seu planejamento. A partir da observação dos atendimentos foi possível comprovar que mesmo os profissionais Médicos Assistentes se reportam ao Médico Regulador tanto para solicitar orientação quanto para comunicar ações realizadas em campo, esperando assim a anuência do regulador para as ações implementadas. Enquanto o profissional detém autonomia e o poder de decisão para dar seguimento ao atendimento, ele continua a fazê-lo. A partir do limite de sua capacidade de definir ele acorre a outras instâncias de resolubilidade. Com isto concluímos que mesmo o Médico Regulador que toma a decisão final, tem sua autonomia relacionada diretamente às tomadas de decisão da equipe que presta assistência ao usuário gravemente enfermo.

A preocupação dos entrevistados com a situação do atendimento ao traumatizado é seguida da atenção nos *Atendimentos às situações clínicas* apresentadas pelos usuários. O destaque aqui é principalmente quanto a hemodinâmica e a gravidade dos casos:

Saber bastante da clínica médica, saber da escala do trauma e estar apto a todas as manobras ensinadas no treinamento que o SAMU nos oferece antes de começarmos a trabalhar. (E07TE03)

Acho importantíssimo você ter noção da parte cardiorrespiratória, a parte de estabilizar um paciente hemodinamicamente, acho isso importante, quando existe um atendimento voltado para pacientes graves, pacientes críticos. (E24ENF03)

Meu conhecimento é conhecimento técnico. Os conhecimentos científicos no caso seriam reconhecer os sinais vitais, reconhecer sinais e sintomas, principalmente de algumas doenças clínicas, e conduzir minha assistência à gravidade do paciente. (E11TE4)

As falas nos desvelam alguns conhecimentos científicos que compõem o campo de saberes da Urgência a exemplo da necessidade do domínio da Clínica, que não é apenas circunscrita ao núcleo de conhecimentos, mas a capacidade de avaliação do grau de gravidade do usuário e seu quadro hemodinâmico, avaliação dos sinais vitais. Percebe-se que essas informações necessárias ao profissional que atua no SAMU são comuns ao Profissional de Saúde que irá lidar com usuários graves na Terapia Intensiva e na Unidade de Emergência. Apesar do processo de educação permanente ser fundamental para a habilitação do profissional que atua no APH, o prévio domínio dos saberes do Campo da Urgência é útil para a produção do cuidado neste tipo de serviço.

Outra explicação para a presença de profissionais carentes de domínio do núcleo de saberes e práticas do APH reside no fato que, mesmo ficando clara a importância da carga de experiências e conhecimentos científicos em Urgência e Emergência, os processos de seleção e contratação de profissionais para os SAMUs nem sempre seguem esta lógica. Ainda presenciamos processos seletivos que não direcionam os profissionais que combinem elementos básicos para o desempenho das ações de um socorrista do SAMU a exemplo de domínio do campo de saberes e práticas da Urgência, comum a todos os profissionais, domínio do núcleo de saberes e práticas específicos do APH e de sua profissão, aptidão física e emocional para o exercício da atividade.

A produção do cuidado em Urgência e emergência requer do profissional uma preparação para o enfrentamento de situações limítrofes nas vidas dos usuários. Desde situações reais de risco de morte a situações onde a comoção social torna um caso mais simples uma ocorrência que requer a atenção das equipes de assistência do serviço.

A base de conhecimentos científicos bem consolidada permite ao profissional uma tomada de decisão mais adequada a necessidade do usuário. Para Acosta, Duro e Lima (2012, p 187):

O conhecimento teórico é apresentado como fundamental para se realizar a classificação de risco [...] O profissional deve ter conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos usuários que procuram o serviço de urgência, assim como a fisiologia e patologia das alterações mais frequentes para se estabelecer uma prioridade mais adequada.

A própria normatização da Política Nacional de Atenção às Urgências, dada através de suas diversas Portarias e decretos (BRASIL, 2002, 2003, 2004, 2011) só exige experiência prévia no atendimento em serviços de saúde de Urgência e Emergência por parte dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Alguns trabalhos nacionais e internacionais destacam a importância do profissional Enfermeiro na gestão da produção do cuidado em Urgência em ambientes hospitalares e pré-hospitalares (SUSERUD; HALJAMÄE, 1997; RAMOS; SANNA, 2005; VARGAS, 2006; DELAGI et al., 2007; GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008; SANTOS e BRASILEIRO, 2013). Essa importância é ancorada na capacidade do Enfermeiro em conciliar os diversos saberes e práticas do seu núcleo profissional específico, com os conteúdos do núcleo do Atendimento Pré-Hospitalar e do campo de saberes da Urgência.

O que não significa dizer que o Enfermeiro é o único profissional apto a exercer as atividades de assistência no pré-hospitalar. A formação em Enfermagem, aliada a experiência em atendimento a Urgência, confere ao Enfermeiro uma boa base para desenvolvimento das habilidades específicas para o atendimento pré-hospitalar. Assim como os demais profissionais que compõem a equipe do SAMU, este também precisará ser continuamente capacitado através de processo de Educação permanente em serviço. De acordo com Sarreta (2009):

A educação na saúde inserida no processo de trabalho torna-se instrumento que pode contribuir para transformar a realidade brasileira e a própria saúde, focalizando seu conteúdo nos princípios e no paradigma sanitário

norteadores do SUS, para, assim, desenvolver competências, não apenas para identificar os determinantes do processo saúde-doença, mas estabelecer sua articulação com a prática profissional – a produção do cuidado, o diagnóstico, a ação humanizada, a produção do cuidado em saúde. (SARRETA, 2009, p. 123)

A Educação permanente entendida como estratégia de transformação do processo formação e capacitação dos trabalhadores do SUS (SARRETA, 2009), neste caso os do SAMU, é defendida como estratégia para o atendimento da necessidade de aparelhamento dos sujeitos produtores de cuidado com as tecnologias mais adequadas ao seu fazer cotidiano. Existe uma complexidade de fatores que interferem na realização de ações de formação de pessoal para o SUS. Acerca disso, Ceccim (2005) afirma que:

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores. (CECCIM, 2005, p. 163)

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde participa do mesmo movimento em favor da formação continuada de profissionais para o atendimento em Urgência ao inserir na PNAU a implementação de Núcleos de Educação em Urgência nos estados e Núcleos de Educação Permanente em cada SAMU municipal ou regionalizado. Em relação a essa denominação pode haver certa confusão. Os Núcleos de Educação implantados junto aos SAMUs por volta do ano de 2003 recebiam o nome de Núcleo de Educação em Urgência, pois a Portaria nº 2.048, de 2002, traz na definição desse espaço que ele pode ser estadual, regional ou municipal. No entanto visando um melhor entendimento e organização dos Núcleos, sua relação com o nível de gestão e potencialização das ações de Educação Permanente a nível local, no Congresso da Rede SAMU ocorrido em março de 2006 em Brasília foi proposto pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência a criação a nível local dos Núcleos de Educação Permanente (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). Muitos dos entrevistados e até a equipe de coordenação do próprio serviço de Itabuna denominam o serviço de Educação Permanente como NEU e não NEP.

A justificativa para consolidação desse movimento é apreendida nas falas dos sujeitos que sentem necessidade de capacitar-se cada vez mais. Os profissionais do SAMU revelam em suas falas um entendimento desconexo entre conhecimento técnico ou o domínio das habilidades e saberes do campo da assistência, do trabalho vivo, e o conhecimento científico. Como se um não prescindisse do outro. O processo de educação permanente possibilita o resgate de situações como essas, pois o próprio sujeito se torna corresponsável pelo seu processo de formação e acumulação de saberes e cultura em partilha com os demais membros da equipe. Nesta perspectiva o sujeito é levado a refletir sobre sua práxis, a práxis do outro e da equipe. Em favor desse ponto de vista Machado e Wanderley (2012, p. 6) afirmam que:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis. Os resultados desse processo de desconstrução para nova construção.

Outro aspecto destacado nas falas dos depoentes se refere à visão referente ao *Atendimento às condições crônicas agudizadas*, destacada pelos profissionais no sentido da frequência com que atendem a estas situações e a orientação realizada aos usuários a respeito do que fazer para prevenir os quadros de complicação, ou na iminência do agravamento, quais atitudes tomar em se tratando de uma Urgência.

Existe também a parte que muitas vezes nós fazemos isso no pré-hospitalar, quando a gente tem condição e tempo, fazer educação, educação em saúde né? Quando você vai para um atendimento onde você tenha condição de estar ali tratando o paciente que está consciente, orientado e muitas vezes você tem condição de estar abordando determinados assuntos, entendeu? Como a gente cansa de pegar pacientes que tem algum problema de hipertensão grave por conta de não estar tomando o remédio, você chega e faz só a educação em saúde para a família e para o paciente. (E24ENF03)

Um diabético muitas vezes não sabe o que fazer frente a uma hipoglicemia aí temos que orientar a respeito da diabetes, por exemplo, ou orientar a respeito de uma crise hipertensiva. Geralmente a gente dá muita orientação. (E11TE4)

É possível apreender a partir das falas dos sujeitos a importância do conhecimento sobre o cuidado que irá ser prestado para a boa qualidade da

assistência. Nesse aspecto, ressalta-se que os profissionais tem ciência dessa necessidade de saber o que fazer quando se deparam com quadros de usuários gravemente enfermos.

Neste íterim, faz-se necessário abordar sobre a Tríplice Carga de Doenças destacada por Mendes (2011) e como os profissionais do SAMU desvelam sua preocupação a esse respeito. Apesar de não referenciarem-se ao processo de transição epidemiológica e demográfica que vive o Brasil (PRATA, 1992; SCHRAMM et al., 2004; MENDES, 2011; DUARTE; BARRETO, 2012) a vivência cotidiana os leva a perceber qual o tipo de usuário é mais frequentemente atendido no dia a dia, aqueles acometidos por processos crônicos e em fase adulta ou idosa.

Analisando um pouco mais profundamente compreendemos que as falas apontam para um processo de rotinização do atendimento às situações crônicas agudizadas, o que revela outro aspecto a ser discutido aqui: o da dificuldade de promover a vigilância a saúde por parte da Atenção Primária a Saúde no município em questão.

Apesar do valor incontestado da capacidade de atendimento do SAMU a situações crônicas em caráter de Urgência, a incorporação de ações deste tipo como situações rotineiras do cotidiano acaba por descaracterizar a natureza do serviço e aponta para a necessidade de resgate do papel da atenção primária a saúde, no contexto dos processos de adoecimentos. Em estudo publicado por Lavras (2011, p. 871), a autora aponta para essa problemática como parte do cenário nacional:

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação.

A atenção primária à saúde é entendida como elemento ordenador do sistema de saúde por um número considerável de autores além da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (STARFIELD, 2002; OMS, 2008; COLEMAN et al., 2009; ASSIS et al., 2010; MENDES, 2010; BRASIL, 2011; MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011). A ancoragem do projeto terapêutico e de promoção a saúde do usuário, família e comunidade dentro da lógica do Sistema Único de Saúde tende a encontrar êxito quando realizada no conjunto de ações e medidas da Atenção

Primária a Saúde a saúde. Incluem-se aqui as ações de acolhimento a urgências de menor complexidade, pois à medida que esses casos conseguem ser absorvidos neste nível de assistência, o volume de casos atendidos pelo SAMU e portas hospitalares diminui consideravelmente.

O quadro de “urgencialização” – se é que assim podemos nomear o que ora se apresenta – dos atendimentos em saúde não é uma exclusividade do município em estudo. Muito além de demonstrar problemas no processo de gestão da saúde a nível local, afirma a existência de um processo cultural da população que procura atendimento a suas necessidades de saúde no nível hospitalar. Neste sentido o trabalho de Ludwig e Bonilha (2003) nos ajuda a entender esse processo explicando que:

Desta forma, a população tem acesso a um nível de resolutividade mais alto para seu problema imediato, pois a procura resultará, no mínimo, em uma avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para sua necessidade. Deste modo, pode-se perceber que a procura dos serviços de emergência ocorre em detrimento de outros serviços e está, intimamente, relacionada às distorções do sistema de saúde vigente e suas implicações.

Podemos afirmar, portanto, que não se trata apenas da ampliação do olhar dos profissionais do SAMU em relação ao Sistema Municipal de Saúde e da carga de doenças da população, mas da necessidade de participação de outros núcleos de saberes e de estrutura do SUS local que leva ao estranhamento frente ao quadro apresentado. Tal estranhamento precisa seguir-se da motivação para as transformações do sistema de saúde. No caso do município de Itabuna é urgente a necessidade de reestruturação dos equipamentos de saúde que compõem a Atenção Primária a Saúde, buscando a ampliação do acesso e acolhimento do usuário nestes serviços. Alia-se a isso a premissa do diálogo permanente entre a rede de Urgência e as demais portas de entrada do Sistema Municipal de saúde. O atendimento de Urgência e Emergência deveria dar retaguarda nas situações graves as quais as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e demais estruturas públicas e privadas de atendimento a saúde não apresente os recursos tecnológicos necessários ao enfrentamento da situação de urgência, necessitando da transferência do usuário para o serviço hospitalar.

Essa preocupação demonstra uma das características definidas por Testa (2007) quando defende a necessidade de uma Atitude Crítica aliada a uma Aptidão

Crítica para que um funcionário público, por exemplo, torne-se um agente de mudança:

La actitud crítica no alcanza (querer um mundo diferente no es suficiente para transformarlo), debe ser complementada con la aptitud crítica (cómo pensar), es decir, la capacidad adquirida para examinar reflexivamente los hechos de la realidad para extraer de ellos las conclusiones pertinentes y generar las acciones que correspondan. (TESTA, 2007)

Essa atitude e aptidão críticas devem nortear o pensamento dos gestores e trabalhadores de saúde e do controle social, representando os melhores interesses da comunidade. Sem a adequada instrumentalização através de saberes e práticas que ajudem a refletir sobre a situação vivida fica difícil alcançar a aptidão crítica defendida por Testa. Estratégias como a educação permanente e a educação popular contribuem significativamente para esse movimento de desenvolvimento da preparação para ações de mudança da realidade vigente.

O atual estado de saúde local, não será modificado apenas com a ação do SAMU. Muito pelo contrário, a efetividade das ações do serviço pode perpetuar a manutenção da situação encontrada, pois de alguma maneira a população se sente acolhida pelo sistema através do atendimento prestado pelas equipes do pré-hospitalar. Somente na medida em que essas necessidades extrapolam a capacidade resolutiva das ações de emergência é que o usuário percebe-se que essa ação não é a mais adequada para melhoria do seu estado de saúde. O socorrista pode realizar o atendimento a um usuário gravemente enfermo hipertenso em situação de agudização de um evento crônico e encaminhá-lo para o atendimento hospitalar. No entanto a partir daí as necessidades do usuário irão continuar e a rede de urgência não irá dar conta, por exemplo, de atender suas necessidades de acompanhamento ao longo do tempo. O sucesso para a consolidação desta assistência depende da reestruturação das ações e serviços de saúde coordenada pela Atenção Primária a Saúde. Essa responsabilização de todos os envolvidos com a reestruturação da saúde é defendida por Santos e Assis (2006, p. 54):

A responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é a soma dos demais agenciadores, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

No caso dos profissionais do SAMU que prestam assistência aos usuários no ambiente pré-hospitalar o exercício da autonomia, inerente a esse trabalho vivo em ato, também apresenta características do coconstrução política e social, como as evocadas pela Saúde Coletiva, percebendo-se aí a *politicidade do cuidado*, citando conceito apresentado por Pires (2005, p. 729):

Por politicidade do cuidado entenda-se o manejo disruptivo da ajuda-poder, expresso pelo conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar que, contextualizado no processo de trabalho em saúde, pode se tornar emancipatório.

Esse empoderamento que permite a emancipação habilita o profissional que atua na Urgência e Emergência a questionar-se e conscientizar-se da necessidade de outras habilidades técnicas-científicas dialogando com outros núcleos de saberes a exemplo da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Sabedoria Popular, entre outros. Conhecimentos sobre a legislação vigente para a área de Urgência e emergência no SUS (Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU), conhecimentos sobre liderança e relacionamento inter e transpessoal, regulação das urgências e mesmo a criatividade, permitem ao profissional o desenvolvimento mais efetivo das tecnologias leves e leves-duras durante a sua práxis. Corroborando com a necessidade de um corpus de conhecimento científico suficientemente robusto para a adequada atuação no ambiente pré-hospitalar Minayo e Deslandes (2008) e Vieira e Mussi (2008), ao analisarem processos de implantação de SAMUs em Brasília (Distrito Federal), Curitiba (Paraná), Manaus (Amazonas), Recife (Pernambuco), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Salvador (Bahia) destacam que a capacitação específica e a constante atualização destes profissionais permite a produção de um cuidado responsável e preocupado com as necessidades da comunidade:

Primeiro tem que conhecer o sistema de saúde, o SUS, depois as Portarias que regem o atendimento pré-hospitalar, em seguida ter uma boa noção de urgência e emergência e principalmente do atendimento pré-hospitalar. (E20MR2)

Tem que ter uma noção também de liderança para conduzir a ação na ocorrência, já que eu, no caso, como técnico de Enfermagem da ambulância do suporte básico, eu tenho esse papel, além dos procedimentos de praxe que devemos fazer. (E18TE08)

Saber como chegar aos familiares também é necessário, porque sabe-se que temos muitos problemas com familiares em atendimentos residenciais. Tudo isso vai contribuir para um bom atendimento. (E13COND05)

E para quem quer ser médico regulador, tem que fazer um curso do que é ser médico regulador, quais são as perguntas, como é a cena, o tipo de atendimento que você vai prestar e qual é a ambulância que você vai enviar. (E20MR2)

Olha, geralmente a gente usa um pouco de criatividade, mas sempre tentando balizar pelo preceito legal e sem perder a perspectiva do princípio científico, que a gente vem fazendo muito aqui na enfermagem, de forma geral onde a gente atua por conta da capacidade instalada dos serviços que a gente tem, o que pode ser ruim, a gente termina adaptando diversas situações pra você garantir o mínimo de assistência ao paciente, sem necessariamente você ferir o princípio científico do procedimento, do evento que você quer agir. (E28ENF04)

A ação do Médico Regulador na estrutura normativa do SAMU e da PNAU é delineada pelas orientações das Portarias ministeriais: 2.048 de 2.002 que no seu anexo apresenta o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência onde descreve o perfil e as atribuições do médico regulador; a 2657 de 2004 que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU e pela RESOLUÇÃO CFM nº 1.671/03 que dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar para a categoria médica. Além do suporte legal o Ministério promoveu um processo de Educação Permanente preliminar para a capacitação do maior número de profissionais médicos para o atendimento na regulação das urgências elaborando para tanto um manual técnico sobre Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2006). O esforço para a habilitação da categoria médica para o atendimento por escuta telefônica para o ato da regulação das urgências se deve pelo fato da não existência dessa área de atuação enquanto especialidade médica. Não se formam médicos para atuar na atividade de regulação. Por tratar-se de área tão jovem em nosso sistema de saúde faz-se necessário preparar esses profissionais para que suas decisões durante o exercício da função venham a impactar de maneira positiva a produção de cuidados do SAMU. É uma das finalidades da Educação Permanente em Saúde.

As falas dos Técnicos de Enfermagem reforçam a necessidade do exercício da liderança quando estão à frente da Unidade de Suporte Básico. É importante ressaltar aqui a importância desta fala, pois ela explicita-nos que o profissional de Enfermagem de nível médio exerce liderança durante o seu fazer. A equipe de suporte básico de vida original definida pelo Ministério da Saúde é composta pelo Conductor Socorrista e pelo Técnico de Enfermagem. Por ser o único profissional

oriundo da saúde compondo a equipe durante o atendimento, o técnico sente-se responsável por conduzir o atendimento e se for necessário liderar os demais cidadãos no auxílio à equipe durante o atendimento.

Aqui presenciamos mais uma vez o exercício da autonomia. O detentor de maiores saberes e práticas do núcleo do APH toma para si a responsabilidade pela condução do atendimento. Apesar do Médico Regulador ser informado e tomar a decisão em última instância, as primeiras atitudes e mesmo o momento de acionar a central de regulação das urgências é definida pelo líder da equipe de suporte básico: o técnico de Enfermagem. Por sua exigida experiência ele reveste-se dessa autonomia, uma vez que os recursos e tecnologias disponíveis serão geridos por ele durante o atendimento e até o momento em que passar as informações para o regulador.

A nossa experiência de acompanhar as equipes durante o seu atendimento desvelou que para além da liderança exercida antes da definição do médico regulador, o técnico de enfermagem e, no caso da equipe de suporte avançado, o médico intervencionista e o enfermeiro influenciam na conduta do médico regulador e por muitas vezes chegam a decidir as ações a serem realizadas e a unidade para onde será encaminhado o usuário. O contato com o médico regulador, em certos casos, era realizado apenas para mantê-lo ciente das decisões tomadas e obter sua aprovação. Portanto a autonomia exercida não é absoluta, ela é coconstruída com base nas ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

O impacto desse processo de produção do cuidado pelo SAMU na definição da Rede de Urgência termina por remodelar os fluxos da rede de acordo com o conhecimento e experiência dos profissionais que prestam o atendimento. Sustentando essa proposição Franco e Merhy (2008, p. 283) afirmam que:

‘A pactuação do processo de trabalho’: modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.

O trabalho vivo em ato dos profissionais do SAMU que prestam a assistência, que produzem o cuidado ao usuário gravemente enfermo cria novas pactuações a despeito daquelas formalmente realizadas e contratualizadas no momento da definição do Plano Municipal de Atenção às Urgências e mesmo daquelas realizadas

pela Programação Pactuada Integrada feita entre os municípios entre si e seus prestadores. Os efeitos dessa remodelagem nem sempre apresentam aspectos positivos uma vez que o encaminhamento dos usuários gravemente enfermos, por exemplo, pode ocorrer para as unidades mais resolutivas naquele momento temporal. Ou seja, a rotina diária de encaminhar para um ou dois serviços de saúde que atendem efetivamente pode distorcer o planejamento previamente realizado e provocar uma sobrecarga em um determinado serviço em detrimento de outro, pela questão da autonomia profissional na tomada de decisão. No caso do município de Itabuna-BA os dados de Encaminhamentos realizados pelo SAMU Itabuna para as 7 (sete) unidades Hospitalares que apresentam porta de Urgência para atendimento no ano de 2011 apontam um total de 6378 (seis mil trezentos e setenta e oito) usuários encaminhados. Deste total 3941 (três mil novecentos e quarenta e um) casos foram encaminhados para um mesmo Hospital Público referencia para o atendimento a Trauma e casos clínicos. O número representa mais que a metade dos casos distribuídos para as outras 6 (seis) unidades e comparando com a unidade que aparece em segundo lugar em encaminhamentos, um Hospital referenciado para atendimentos clínicos pertencente a uma instituição filantrópica, esse número representa 3 vezes o total de encaminhamentos.

Pode ocorrer uma interferência positiva também, pois aqueles profissionais que estão verificando a situação das portas de entrada *in locus*, quando transferem ou encaminham os usuários, têm uma visão em tempo real da capacidade de atendimento das unidades de emergência e demais estruturas de saúde, conseguindo assim sugerir alternativas para o Médico Regulador a decidir sobre qual o melhor encaminhamento dentro das possibilidades do contexto local.

A próxima subcategoria é a de **Avaliação da Gravidade dos Casos Atendidos**. Os sujeitos do estudo revelam no conteúdo de suas falas alguns parâmetros utilizados para a determinação do grau de gravidade dos usuários atendidos: a experiência do cotidiano da prestação de cuidados a usuários na Urgência e a identificação do quadro clínico do usuário em atendimento.

É difícil a gente responder essa pergunta porque a gente tem um certo conhecimento, não tem o conhecimento técnico que os profissionais de saúde que estão aqui tem, mas a gente tem um conhecimento diário, do dia a dia, que a gente trabalha já há um tempo, uma experiência. (E22COND7)

Verificando os sinais vitais e também a olho nu, pela experiência que nós temos e o tempo que temos também no serviço e por já trabalhar também

na área, a gente tem uma noção mais ou menos se o paciente está grave ou não! (E05TE01)

Pelos sinais clínicos do paciente com certeza, você vai avaliar a PA, saturação, se ele está responsivo ou se ele não está responsivo, são os sinais que ele vai dar de gravidade, vai auscultar o tórax vai ver como é que está, vê se ele está respirando ou não está respirando, tenta chamá-lo e vê se ele responde ao chamado, sinais clínicos mesmo de gravidade! (E02MR01)

É como eu falo, pela parte hemodinâmica né? Se ele está hipotenso, se ele está com uma hemorragia. A gravidade do paciente vai depender do quadro neurológico dele e do quadro hemodinâmico, como eu bato sempre nessa tecla, sabe, se ele estiver inconsciente, desorientado, se ele estiver com hipóxia, se ele tiver com quadro de desequilíbrio hemodinâmico, aí a gente vê a gravidade, eu sinto a gravidade do paciente em relação a esses dois focos principais. (E24ENF03)

Não posso fazer isso, a princípio eu não posso fazer isso, e como eu disse, eu auxilio, porque eu não sou capacitado pra isso, eu sou capacitado pra auxiliar, não pra tomar decisão. (E23COND8)

O clínico eu não posso avaliar, o máximo que eu posso avaliar é de um acidente, de trauma, depende da posição que se encontra e o tipo de trauma que foi, e o máximo que eu posso fazer é esse, e assim, eu guardo sempre pra mim. (E29COND10)

As falas dos sujeitos revelam a presença dos conhecimentos empírico e científico compondo o núcleo de conhecimentos que sustenta as decisões do grupo estudado. É importante discutir aqui de que maneira essas duas formas distintas de saber contribuem para a produção e a tomada de decisão no cuidado em Urgência e Emergência e em consequência última com o sistema de saúde.

O conhecimento empírico pode ser entendido como uma das formas primárias de pensamento, uma vez que parte da experiência sensorial do contato com o mundo, permitindo o conhecimento imediato da realidade (ABRANTES; MARTINS, 2007). É da experiência vivida que emergem informações para a teorização e construção do conhecimento científico. Citando o núcleo de saberes do APH, muitas tecnologias duras e leve-duras utilizadas atualmente nasceram das necessidades experienciadas durante situações de atendimento ao usuário gravemente enfermo e que fomentaram pesquisas elaboradas até obtermos produtos no formato de instrumentos, normatizações e protocolos. Koerich et al., nos resgatam o sentido do conhecimento empírico como base dos avanços tecnológicos afirmando que “a tecnologia, portanto, serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica.” (KOERICH et al., 2006).

O uso da visão empírica de profissionais de diversas categorias no APH ajuda na melhor apreensão da realidade, uma vez que, num mesmo cenário, encontra-se uma diversidade de visões acerca de um mesmo objeto, no caso o cuidado ao usuário gravemente enfermo. Cada cena de atendimento é única e cada usuário reage de maneiras diferentes às mesmas abordagens e técnicas padronizadas, sem o bom senso calcado nas experiências vivenciadas pelos socorristas não haveria equanimidade nos atendimentos prestados. De nada servem as técnicas se não puderem ser adaptadas à realidades encontradas no ambiente pré-hospitalar.

Enquanto o atendimento e a produção do cuidado de saúde encontram espaços físicos e ambiência melhor definidas em diversos campos do sistema de saúde. No caso do SAMU o ambiente para essa produção é a via pública, onde incontáveis cidadãos se utilizam do celular para filmar e publicar na internet a ação dos socorristas: é o barranco onde a vítima se encontra presa em ferragens; são os barracos em favelas no alto do morro onde só se tem acesso andando, o lixão, dentro de córregos. É, portanto, nesses espaços inusitados que vai ocorrer a prestação do cuidado a usuários gravemente enfermos. Sobre esta situação Pereira e Lima (2006) afirmam que:

No APH, os procedimentos na cena do acidente não são sempre os mesmos, eles dependem da avaliação do cenário e da vítima, realizada por um profissional de saúde com formação e capacitação específica para o trabalho desenvolvido.

Neste aspecto o conhecimento empírico empregado é de grande utilidade, embora nas falas dos sujeitos os mesmos não apresentem discernimento entre conhecimento empírico e científico. É possível apreender nos discursos que os saberes empregados diariamente estão muito impregnados da ação baseada na experiência vivida. Esses saberes aparentam ser a referência primária dos profissionais em detrimento de saberes teóricos mais elaborados.

O acúmulo de experiências no enfrentamento de situações de urgência e emergência favorece o reconhecimento de situações graves em distinção de casos menos graves ou não graves. No entanto, apenas o “olhar” do socorrista pode não ser suficiente para esse diagnóstico. As metodologias de avaliação de casos de gravidade são amplamente estudadas nacional e internacionalmente (MURRAY-CANADÁ, 2003; CRONIN, 2003; BRASIL, 2004; PORTUGAL, 2004; SOLER et al., 2010; GILBOY et al., 2012). O método adotado para a classificação de risco dos

usuários atendidos pelo SUS no Brasil é o Protocolo de Manchester criado para uso no Reino Unido em 1997, mas adotado em outros países como Espanha, Holanda e Alemanha (SANTOS FILHO, 2013). Esta técnica permite a classificação do usuário por seu grau de gravidade identificando-o por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho) a partir da escuta e avaliação por um profissional Médico ou Enfermeiro e a partir desta classificação o indivíduo é encaminhado para a estrutura de serviço mais adequada a sua gravidade. As áreas da Unidade de Emergência são assim classificadas também facilitando o fluxo do usuário na unidade. Esse método tem melhor aplicação quando implementado no formato das Redes de Atenção à Saúde, pois em todas as portas de entrada o usuário será acolhido e identificado para ser direcionado ao melhor conjunto de soluções para suas necessidades de saúde. Essa perspectiva de implantação em rede é discutida por Junior (2009):

Mas a adoção de um protocolo de triagem resolve o problema? Obviamente que não. Ele é um poderoso instrumento para iniciar um processo de gestão em estruturas naturalmente desorganizadas, como os hospitais de urgência e isto é apontado na literatura mundial. Não existe mais possibilidade de trabalhar com atenção de urgências sem um sistema de triagem ou classificação de risco e é demonstrado, também, que alguns deles, principalmente o Manchester que é o mais usado no mundo hoje, se relacionam com a previsão de mortalidade nas primeiras 24 horas e na necessidade de internação. No entanto, se estas estruturas ainda trabalham de forma isolada e não se organizam com os outros pontos de atenção, o resultado da implantação de um protocolo destes é menor do que seu potencial. Eis um fato que temos observado, tanto aqui no Brasil, quanto no exterior. Se não trabalharmos em rede os problemas não cessam.

Quando trazemos à luz da discussão os conceitos de campo e núcleo de saberes abordando a Urgência e emergência como um campo inserido no campo maior da saúde pública, buscamos o aprofundamento das questões que provocam a real desconexão da Urgência em relação às demais estruturas do sistema. Acima o autor nos reporta a necessidade de reorganização da gestão dos serviços da urgência baseado no princípio das RAS. No entanto as mudanças precisam ser problematizadas para além do fator de reordenação das estruturas de serviços e adentrar no campo da reestruturação do pensamento crítico dos atores da saúde e população.

Um dos estados do país com experiência na implantação do acolhimento em todas as suas unidades é Minas Gerais, que inseriu como um dos elementos orientadores do processo de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (BELO HORIZONTE, 2009) o acolhimento com classificação de risco. O

movimento, por exigir um processo de mudança cultural na população e dos profissionais, não é fácil e nem simples de ser implantado, mas uma vez funcionando e com o esclarecimento de todos os envolvidos e interessados torna-se fonte orientadora da assistência à saúde na localidade ou região. Entre as propostas aprovadas e publicadas no Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), ocorrida em Brasília-2011, diretriz de número 7 intitulada *Em Defesa da Vida: assegurar acesso e atenção Integral mediante expansão, qualificação e humanização da Rede de Serviços*, encontramos os itens 13 e 26 que estão assim redigidos:

- 13 Implantar a sistemática de acolhimento e classificação de risco na rede SUS de forma integrada: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar nas unidades de emergência/urgência e centrais de regulação.
- 26 Implementar e implantar o acolhimento com classificação de risco e o agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde, clínicas de saúde da família e urgências, por meio de profissional habilitado, para acabar com as filas na distribuição de fichas e outros procedimentos de saúde. (BRASIL, 2012)

A ampliação da discussão sobre a estratégia de Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) serve como subsídio para discutir o uso deste método por parte dos profissionais do SAMU que prestam atendimento e não apenas sua central de Regulação das Urgências. As falas dos sujeitos do estudo desvelam diversas maneiras utilizadas para avaliação do grau de gravidade dos usuários atendidos, no entanto nenhum deles cita a ACR como método a ser empregado. Quando questionados sobre o atendimento a múltiplas vítimas os sujeitos falam sobre o método START (Simple Triage And Rapid Treatment) método de triagem aplicado a situações de atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes desenvolvido pelos Bombeiros Norte Americanos em 1983 e amplamente utilizado por sua praticidade e simplicidade (HASHIMOTO et al., 2013). No entanto na realidade de atendimento do serviço as situações de múltiplas vítimas não são as mais comuns, o que impossibilita o uso deste método na maioria das situações. Seguindo a Política Nacional de Humanização e os demais movimentos de outros entes da federação que adotaram a ACR em suas RAS, é recomendável que serviços de APH utilizem a mesma técnica para conduzir sistematicamente seus processos de avaliação do grau de gravidade dos usuários.

Em detrimento ao uso do conhecimento empírico utilizado e já discutido anteriormente, o parâmetro científico mais citado pelos entrevistados para balizar

sua avaliação da gravidade é aquele expresso pelo recurso mnemônico ABCDE. O conceito da assistência com base no recurso mnemônico ABCDE tem sua criação datada de 1977 de autoria do Colégio Norte Americano de Cirurgiões (ATLS, 1997; ATLS, 2008) e é assim definido para que o profissional de saúde atenda as prioridades vitais do usuário gravemente enfermo.

No caso inusitado, primeiro eu comunico a central de regulação e essa vai me orientar o que eu devo fazer. Se por um acaso eu não conseguir esse contato, que as vezes a gente está em uma área que não é possível contatar através de rádio nem tem sinal de celular, eu vou obedecer a ordem que a gente segue na emergência, o ABCDE, vou seguir essa sequência. (E18TE08)

Geralmente eu levo em consideração o princípio do atendimento no ABCDE, e a gente vai analisando nessa sequência de atendimento se ele apresenta ou não complicadores em cada etapa, que permite que a gente julgue a complexidade do paciente. (E28ENF04)

Como que eu avalio o grau de gravidade de uma vítima? Uai, pelo ABCDE né. Primeiro eu vou ver via aérea se o paciente tem via aérea pérvia, se ele está respirando se não a gente vai ver a parte cardíaca, claro se o A tá normal a gente vai pra o B, pra o C e pra o D, o ABCDE padrão né. Para a avaliação do grau de gravidade do paciente a gente vai do mais importante ao menos importante. Resolvendo primeiro os de maior importância. (E01MI01)

Segundo a descrição do próprio manual editado e publicado pelo Colégio e ratificado por outros autores a sistemática de atendimento é pautada em: avaliação de: A = via aérea com controle da coluna cervical; B = respiração; C = circulação; D = estado neurológico; E = exposição com controle da temperatura.

O uso deste recurso influenciou diversos outros protocolos de atendimento às urgências como nos casos de Parada Cardiorrespiratória, emergências pediátricas, obstétricas entre outras. Com a evolução tecnológica e o surgimento de novas evidências a sequência de prioridades não sofreu alteração mantendo-se o ABCDE para o atendimento a todas as situações de trauma. Já nos casos de Parada Cardiorrespiratória a melhor sequência a ser seguida não é mais o ABCDE e sim o CAB – C = circulação, A = via aérea, B = respiração – (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Apesar do aspecto positivo da linguagem ABCDE é possível apreender das falas dos sujeitos que nem todos se utilizam da mesma linguagem. Os discursos nos desvelam que os profissionais que prestam o cuidado nem sempre estão seguros com esse processo de “automação” da produção do cuidado limitado ao atendimento ao trauma. Durante o período de observação dos atendimentos foi

possível verificar que a sequência ABCDE no atendimento nem sempre era preconizada como norteadora do atendimento. Alguns profissionais iniciavam sua avaliação com a preocupação voltada para o aspecto da contenção de hemorragias enquanto a via aérea não era tratada ou priorizada, em outras situações o profissional observava os sinais vitais do usuário, entrava em contato com o Médico Regulador e só então tomava alguma atitude. Nas situações clínicas os profissionais de nível médio atinham-se a identificar os sinais vitais e as queixas do usuário e transmiti-las ao médico regulador. Quando o atendimento era realizado pela Unidade de suporte avançado, com a presença do médico e enfermeiro, a coleta de dados era sucedida da definição de hipóteses diagnósticas e outros recursos diagnósticos, como monitorização cardíaca, eram utilizados para confirmar ou descartar as hipóteses e só então, com quadro melhor definido, entravam em contato com o médico regulador.

Fica claro que o recurso mnemônico ABCDE é útil nos casos de trauma, nos casos de Parada Cardiorrespiratória a sequência CAB. Para os demais casos, o que utilizar como parâmetro? A indicação do protocolo de Manchester explicitado e recomendado pela Política Nacional de Humanização e pela PNAU pode ser uma resposta a essa pergunta. Como já discutido anteriormente o uso do ACR possibilita uma comunicação que tem potencial de integração com todas as portas de entrada das RASs.

O método utiliza elementos qualificadores que nada mais são que os sinais e sintomas apresentados pelo usuário e a partir daí ele se enquadra em pelo menos 52 fluxogramas definidos e com seus graus de gravidade estabelecidos e separados por cores (SANTOS FILHO, 2013). A leitura desses fluxogramas por parte das equipes de atendimento durante o ato ou mesmo por parte do Médico Regulador na Central de Regulação para enquadrar os dados do usuário em um desses problemas predefinidos seria inviável. No entanto o uso de outras tecnologias como um software permitiria ao Médico Regulador receber as informações, alimentar o programa e receber imediatamente uma resposta sobre a classificação do usuário gravemente enfermo e sugestão de serviço a ser encaminhado. O uso de uma ferramenta como essa possibilitaria a padronização das ações da regulação das urgências, além de ser um referencial já validado nacional e internacionalmente que é o Protocolo de Manchester adotado pelo Ministério da Saúde, evitando assim a

tomada de decisões baseada apenas no “como eu faço” do médico regulador de plantão.

Esta solução já está sendo utilizada nos estados de Minas Gerais e Amazonas através da aquisição de software específico para a gestão do método de Manchester em unidades de saúde. O uso da ferramenta está distribuído em todas as unidades de atendimento a saúde pública de Minas Gerais através da ação da secretaria Estadual de Saúde (ANZILIERO, 2011). O protocolo é auditado e atualizado com vistas à manutenção dos objetivos a que se destina permitindo assim a participação dos profissionais que o colocam em prática na evolução e aprimoramento do método através das experiências vivenciadas com a aplicação do mesmo.

As falas dos depoentes reclamam a necessidade de uma melhor instrumentalização em termos de conteúdos do núcleo de saberes e práticas do APH em relação aos casos clínicos que não se enquadram como agudizações de doenças crônicas, nem como paradas cardiorrespiratórias e nem com trauma. Uma crise convulsiva primária ou um quadro de anafilaxia ou mesmo anginas e Infartos do Miocárdio. Além disso, os trechos das entrevistas desvelam que faltam tecnologias leve-duras para a adequada avaliação destes casos. Este é um dos aspectos inovadores deste estudo uma vez que não são encontrados na literatura a utilização do método de Manchester a partir das centrais de Regulação das Urgências localizadas nos SAMUs.

A última subcategoria destacada nesta etapa é a de *Avaliação dos resultados da assistência prestada*. Os fragmentos destacados revelam que identificar o cuidado prestado ao usuário tem reflexos na vida do sujeito que recebe a assistência, na sua família e demais munícipes. Os entrevistados têm ciência que sua ação pode provocar resultados positivos ou causar iatrogenias:

Porque a população não vai se sentir bem, não vai se sentir conformada se você chegar e não prestar um bom serviço para aquela pessoa que esteja necessitando do seu atendimento, e mesmo que você faça um bom atendimento, mas se você for um cara bruto, aquela coisa toda, então eu acho assim, o cara tem que procurar ser gentil, ser cordial, para poder agradar tanto ao paciente quanto a população que esteja vendo ali o seu atendimento. (E16TE07)

Bom, do usuário eu acho que é a maior interferência, a gente consegue promover uma assistência rápida, tenta tirar o paciente de uma situação clínica de gravidade, trazer ele para um quadro de estabilidade e conduzir ele o mais rápido possível pra um local que possa acolher ele bem, então eu acho que o benefício pra o paciente direto, é muito maior. (E28ENF04)

Para população eu acho que a população se sente sobreguardada, se sente com retaguarda, sabendo que se algum evento acontecer, ela tem um serviço com quem contar, ela sabe que vai poder ir alguém ao encontro dela e prestar um apoio no sentido de dar um socorro e tentar evitar que uma pessoa venha falecer por uma complicação clínica. (E28ENF04)

Eu acredito que a minha ação, principalmente para o doente é de fundamental importância. E em emergência ou você atua ali naquele determinado momento ou você não atua. (E0MI01)

Acho que pelo fato do atendimento né. Você vai fazer um atendimento a população vai ver o que está fazendo ali na hora, que vai ajudar no que está acontecendo com o paciente. Está ajudando o paciente a ter uma saúde melhor né. Um atendimento melhor. (E08COND03)

Eu acho o seguinte: acho que a assistência da gente é de fundamental importância, nós somos o primeiro atendimento a vítima, então é de fundamental importância para o êxito do salvamento daquele paciente, a gente chegar o mais rápido possível ao local ocorrido e prestar o melhor serviço possível, pois nós vamos assegurar a vida daquele paciente até chegar ao hospital, então é de fundamental importância o nosso trabalho, o nosso bom desempenho para o salvamento, seja daquela vítima e para a população em geral. (E02MR01)

É apreendida dos trechos em destaque a produção do cuidado no nível individual e coletivo. Os profissionais que prestam assistência no SAMU consideram que o trabalho vivo em ato é importante para a vida do usuário gravemente enfermo e coletividade, destacando os reflexos de sua ação direta ao usuário gravemente enfermo e os reflexos imediatos e mediatos para os demais munícipes. Os cenários de atendimento em que o SAMU atua são um misto de locais públicos, domicílios dos usuários e espaços da iniciativa privada, nesses palcos atuam os socorristas buscando ficar atentos ao usuário ou coletivo que requer seu atendimento e ao ambiente ao seu redor e seus diversos elementos. Essa atenção é revelada nas falas dos sujeitos quando informam de sua preocupação sobre o que a população reagirá frente a sua atuação, como a comunidade se sentirá a partir do trabalho desenvolvido sob seu testemunho.

A experiência de observar a atuação direta dos socorristas permitiu apreender a resposta da população aos resultados da assistência. Houve intervalos de tempo que a população entendia que, entre a chamada até o primeiro atendimento, era longo demais para quem espera as queixas de atraso e demora eram frequentes por parte da comunidade presente. Ao contrário disso quando as equipes chegavam a cenas onde havia extremo sofrimento do usuário e seu núcleo familiar ou comunitário e as ações da equipe resultavam em alívio ou reversão de quadros extremos, como as Paradas Cardiorrespiratórias, a população respondia com

palmas e parabenizações. O socorrista está exposto a todo este universo emocional do usuário e da comunidade, com os reflexos diretos da sua assistência.

Em alguns trechos é percebida a preocupação com a capacidade de resolução clínica por parte da assistência prestada diretamente ao usuário gravemente enfermo. Os profissionais identificam os resultados da sua ação clínica na alteração do quadro clínico do usuário gravemente enfermo e entendem que esse é o resultado que a família, a população e o usuário esperam a partir da presença do SAMU no cenário de atendimento. Os socorristas sabem que nem sempre o desfecho do seu atendimento significará a manutenção da vida ou do estado de saúde do usuário, o que se objetiva neste momento é o desenvolvimento do melhor cuidado possível e não a cura dos males do usuário gravemente enfermo (MERHY, 1999).

A satisfação profissional é destacada nas situações em que os entrevistados comentam sobre o grau de importância para a manutenção da vida dos usuários em quadros de maior gravidade. Os sujeitos reconhecem o serviço como elo fundamental para a prestação do cuidado aos usuários que se encontram em risco iminente de morte, onde os cuidados prestados pelo SAMU podem significar a última chance de vida para eles. Esta situação aponta para um possível fator de estresse para o trabalhador do SAMU. Nos casos em que sua assistência alcança êxito e os resultados são positivos para o usuário e comunidade o socorrista sente-se satisfeito e motivado, pois sua ação alcançou o objetivo a que se destinava (BATISTA et al., 2005). No caso contrário, se o cuidado prestado não logrou o resultado positivo desejado pelo socorrista, ainda que todas as ações possíveis tenham sido empregadas, a sensação de frustração pode desestabilizar o profissional e a equipe (ROMANZINI; BOCK, 2010). Embora o foco desta pesquisa não seja o de investigar os sentimentos dos trabalhadores do SAMU que prestam assistência, o fator satisfação profissional e o seu arquétipo são importantes elementos a serem estudados, pois tem relação direta com o equilíbrio emocional necessário para o cuidado que estes sujeitos oferecerão aos usuários.

A capacidade de analisar os desdobramentos da própria ação no ambiente Pré-Hospitalar desvela, também, o comprometimento do profissional de saúde com a instituição em que trabalha e com a preservação da saúde e da vida dos usuários que se utilizam do serviço.

A compreensão de que suas atitudes no cotidiano do atendimento a usuários graves tem grande relevância nas vidas de famílias e comunidades reflete um conjunto de conteúdo moral que sustenta a produção do cuidado. Os profissionais demonstram ter consciência de que sua presença na vida de um usuário em risco de morte pode ter consequências positivas ou negativas e é possível inferir que a ênfase na autoavaliação dos profissionais é para os aspectos positivos de suas ações. Os aspectos negativos servem como experiência para novas situações.

A categoria Urgência e Emergência, aqui discutida, aponta-nos alguns aspectos inovadores de contribuição para o entendimento da situação atual do Sistema de Saúde do município de Itabuna-BA e da própria PNAU.

A ação do SAMU enquanto estratégia de intervenção na Urgência e Emergência pode perpetuar a cultura de busca de soluções para problemas de saúde por parte da população nas portas de Urgência, baseado na visão de que não encontrarão respostas a suas questões nas unidades da Atenção Primária a Saúde. É necessário um movimento de reestruturação da APS no município visando o acolhimento do usuário nestes espaços de promoção e prevenção a saúde.

O Acolhimento com Classificação de Risco utilizado como ferramenta de ordenamento e identificação do usuário gravemente enfermo precisa ser implantado nas unidades de saúde que compõem a RAS e não apenas na RAS Urgência. Essa linguagem permite a identificação dos quadros agudos e subagudos possibilitando aos gestores e reguladores da Rede o encaminhamento dos usuários para o conjunto de estruturas que melhor atendam suas necessidades, evitando assim as “filas da madrugada” em busca de atendimento a saúde. No caso do município de Itabuna, onde a implantação das RAS ainda não ocorreu, esse é um momento propício para a apresentação destes conceitos com a finalidade de subsidiar o planejamento das ações para a implantação.

A ACR é passível de utilização pelo componente pré-hospitalar Móvel (SAMU), dado a carência de ferramentas de avaliação do grau de gravidade para casos que não sejam Lesões Traumáticas ou por causas externas, Paradas Cardiorrespiratórias e Acidentes com Múltiplas vítimas. O uso de tecnologias leves como softwares para este fim reorientaria a ação do médico regulador e integraria o serviço ao pensamento delineado para a RAS. Destaca-se ainda que não foram encontrados estudos que explorassem o uso do método de Manchester por parte dos serviços de APH Móvel.

Por fim, ressalta-se a existência de um núcleo específico de saberes e práticas do Atendimento Pré-Hospitalar que carece de profissionais capacitados. Esse núcleo de saberes é composto de conhecimentos empíricos e científicos elaborados pelos sujeitos que atuam no APH e o mesmo compartilha informações com outros núcleos de saberes inseridos no campo da Saúde Coletiva e da Saúde como um todo. A escolha da estratégia de Educação Permanente possibilita a formação continuada dos profissionais para o adequado exercício das ações de APH e mesmo da cidadania e das ações de fortalecimento do SUS.

3.2.2 Educação Permanente

A segunda categoria destacada a partir das falas dos sujeitos expressa as informações apreendidas acerca do processo de Educação Permanente. Este processo de formação contínua e multidisciplinar é desvelado pelos participantes do estudo por meio de três subcategorias distintas: a participação em treinamentos e capacitações, oferta de educação permanente pelo serviço e necessidade de capacitação.

Apesar de a temática ter emergido na categoria anterior durante a discussão acerca dos conceitos de campo e núcleo de saberes e do Núcleo de Saberes do APH, nesta categoria aprofundaremos o debate sobre o tema da formação dos trabalhadores do SAMU Itabuna na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Para tanto tomaremos como referência o conceito de Educação Permanente em Saúde apresentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) apresentada pela primeira vez em 2004 pela Portaria GM MS 198 e atualizada em 2007 pela Portaria GM MS 1.996. Esta última define a Educação Permanente em Saúde como:

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem/trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo

de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2007)

O conceito ora apresentado abriga a discussão levantada anteriormente acerca da importância do conhecimento empírico como fonte primária de informação para as construções teórico-científicas. No caso do Atendimento Pré-Hospitalar onde há carência de trabalhadores da saúde qualificados para a atuação neste campo da assistência, faz-se mister o acompanhamento das ações de Educação no serviço com vistas a qualificar a produção do cuidado realizada pelos profissionais do SAMU.

A proposta de implantação do SAMU embasada na Portaria nº 2.048, de 2002, prevê a implantação dos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) como forma de subsidiar o processo de educação permanente dos profissionais que compõem as equipes destes serviços. De acordo com este documento os Núcleos de Educação em Urgência:

Devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias estaduais e municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da Saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual. (BRASIL, 2002)

Os Núcleos seriam criados como base das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para subsidiar a capacitação para o atendimento de Urgência de todos os profissionais da Rede de Atenção à Saúde em todos os níveis de atenção. Seria a referência para o desenvolvimento de ações de Educação permanente nos níveis municipais em consonância com a PNEPS. Antes da atualização da PNEPS, em 2007, no Congresso da Rede Nacional SAMU, ocorrido em 2006, foi proposta a criação em cada SAMU municipal e/ou regional a criação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP), que ligados ao NEU estadual, promoveriam o processo de capacitação e formação dos profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (CICONET et al., 2008). Esse processo de implantação ficou aquém do esperado em diversas regiões do país, por diversos fatores incluindo-se aí a falta de financiamento

tripartite, assegurado tanto na PNEPS quanto na PNAU. É possível apreender nas falas dos sujeitos, por exemplo, que os mesmos desconhecem o NEU estadual e acabam por confundir a nomenclatura utilizada para denominar a estrutura que promove a educação permanente no SAMU, denominando o NEP do SAMU de NEU em todos os depoimentos.

Como acompanhei o SAMU de Itabuna desde sua fundação em setembro de 2004 até os dias atuais, pude testemunhar o processo de participação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia nos movimentos iniciais de promoção de cursos de capacitação para o atendimento Pré-Hospitalar. Gradativamente essa participação foi diminuindo até que o serviço assumisse por conta própria as atividades de educação no trabalho. Não há por parte da gestão municipal uma política proposta ou definida e, nem tão pouco, incentivo para as ações de Educação Permanente no SAMU à exceção da manutenção de uma Enfermeira como responsável pelo NEP do SAMU Itabuna.

Como essa realidade não é exclusiva do SAMU Itabuna, o Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE), estrutura ligada a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), inicia no ano de 2010 um processo de *Capacitação dos Profissionais de APH móvel (SAMU 192) e APH Fixo* em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz-HAOC (BRASIL, 2011). O processo ensino aprendizagem conduzido pelo HAOC ocorre como uma das ações devolutivas para o SUS por parte desta instituição, que é classificada como Hospital de Excelência a serviço do SUS, de acordo com a Medida Provisória 446 de 07 de novembro de 2008. As ações planejadas envolvem quatro etapas: formação de tutores, realização de atividades de educação à distância, realização de atividades presenciais conduzidas pelos tutores e avaliação online dos profissionais capacitados. O programa é ainda dividido em capacitação de Suporte Básico de Vida para Condutores e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e a capacitação em Suporte Avançado de Vida para Enfermeiros e Médicos.

Percebe-se, então, um equívoco fundamental nesta proposta formulada pela CGUE do Ministério da Saúde em parceria com o HAOC em relação ao processo de Educação Permanente, preconizado pelo mesmo Ministério da Saúde através da PNEPS, que pressupõe o aprendizado multiprofissional em equipe nos seus contextos de trabalho. A promoção de uma ação de capacitação em momentos de aprendizado separando técnicos de Enfermagem e Condutores Socorristas de

Médicos e Enfermeiros promove a divisão do grupo de profissionais, negando a possibilidade do aprender a aprender a partir da experiência do outro, possibilitando o risco de perpetuar práticas de cuidar e processos de pensamento individualistas (MERHY, 2005; CECCIM, 2005; STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

Além dessas perspectivas, foi possível apreender ainda que o desejo de estar mais bem capacitado para o exercício das ações assistenciais é uma preocupação dos sujeitos presente nas falas e que motiva, em muitos casos, a busca por processos de capacitação e atualização promovidos pelo serviço e por outras instituições públicas e/ou privadas. Ao serem questionados sobre participação em cursos de capacitação ou atualização na área de Urgência e Emergência, 100% dos entrevistados respondeu ter participado ou estar participando de alguma modalidade de curso:

É por isso que a gente passa por cursos antes de trabalhar, como eu passei como todos que estão aqui também passaram. (E22COND7)

Sim, participo. Aqui dentro do SAMU mesmo, tem mais de um ano que já estamos fazendo um, que é feito pela Secretaria de Saúde, e a gente está sempre fazendo e adquirindo assim novos conhecimentos. (E23COND8)

E aí eu fui aos poucos tentando me adequar. Fiz um curso de ECG, fui pra alguns congressos assim que não necessariamente de urgência, mas que falavam e que tinham cursos em relação a parte de trauma, com a parte de estabilização hemodinâmica, eu fui pra um congresso internacional de urgências e emergências em São Paulo que foi muito importante pra mim, nós tivemos vários cursos, inclusive a parte de condução de vias aéreas, entendeu, e a parte também cardiológica. Então assim, quando eu tenho uma oportunidade, eu estou correndo atrás do aprendizado. (E24ENF03)

Eu participei do PHTLS, do curso de regulação médica da Fundação Oswaldo Cruz. Participei recentemente da capacitação de tutores. Já fiz vários cursos em relação à urgência e a emergência, e estou fazendo pós-graduação em auditoria médica. (E20MR2)

Sim. Como já tinha falado anteriormente nós fizemos um treinamento de 30 dias, com imobilização, colar cervical, prancha rígida, ked, retirada de vítimas encarceradas e já tem um projeto em andamento, a turma anterior vai encerrar agora esse curso e estaremos já engajados nesse projeto dos cursos oferecidos pelo SAMU. (E07TE03)

Sim! Agora eu estou participando de um curso que é direcionado para médico, da ABRAMURGEM e o medicina curso que é um curso de uma empresa de São Paulo que faz capacitação de urgência/emergência para os médicos que atuam na área, é um curso continuado. (E21MI02)

Antes de explorarmos as informações contidas nas falas dos sujeitos destacadas, faz-se necessário contextualizar a situação da Política de Educação Permanente na região e sua relação com o núcleo de saberes da Urgência e Emergência.

A aprovação do Projeto para conformação da Rede de Polos de Educação Permanente em Saúde da Bahia foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2004, pouco depois da criação da PNEPS. Neste projeto constam as diretrizes e orientações para a constituição dos Polos. Seguindo o Plano Diretor Regional do Estado, foram criados 7 (sete) polos, sendo um para cada Macrorregião de Saúde. Ilhéus e Itabuna sediam o polo da Macrorregião Sul do estado, sendo a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) a Instituição de Ensino Superior que dá suporte ao mesmo desde então (BAHIA, 2004). Diversas ações foram realizadas a exemplo dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e o Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência seguindo os princípios norteadores de aprendizado pelo trabalho do conjunto de trabalhadores da saúde (MEDINA, 2007). Além da participação ativa da UESC na elaboração e condução dos cursos de Especialização, a instituição é responsável pela elaboração e condução desde 2009 de projetos relacionados ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET). O PET Saúde é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, que atua no País desde 2005 (FERREIRA et al., 2012).

O município de Itabuna, apesar de representar uma das sedes do Polo de Educação Permanente em Saúde do estado da Bahia, não apresentou, até a presente data, nenhum Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde. O movimento de discussão e elaboração do mesmo começa em 2013 sob a condução da equipe técnica do Departamento de Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (LIMA; SOUZA; SILVA, 2013).

Em relação ao movimento da Educação Permanente em Saúde para a área de Urgência e Emergência no referido Município, ocorre a mesma falta de planejamento. O processo de Educação Permanente é conduzido pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU, que é composto de uma Enfermeira responsável pela articulação das ações de capacitação e condução do curso de Capacitação em Suporte Básico e Avançado de Vida produzido pelo Ministério da Saúde através da CGUE em parceria com o HAOC. Como a mesma foi capacitada como tutora do referido curso, ela assume as ações presenciais de capacitação orientadas pela equipe do HAOC que gere a atividade. As demais atividades deste curso são realizadas por processo de Ensino a Distância (EaD). É importante ressaltar que a iniciativa de criação do NEP no SAMU Itabuna não é da gestão

Municipal, e sim da condução realizada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) desde o início da criação do SAMU sendo esses orientados pela PNAU, mais especificamente pelos conteúdos das Portarias Ministeriais 2.048 de 2.002 e 1.864 de 2.003.

As falas dos sujeitos aqui apresentadas apontam para os resultados de ações não planejadas e em desacordo com os processos em andamento no cenário nacional e estadual de reorientação do processo de trabalho em Saúde. As falas nos desvelam que existem processos de capacitação diferentes para os grupos profissionais, distinguidos aqui como ações voltadas para técnicos de Enfermagem em Condutores e ações voltadas para Médicos e Enfermeiros.

As ações de capacitação desenvolvidas pelo NEP do SAMU mesclam atividades baseadas em métodos tradicionais e em como a problematização e construção de projetos. De acordo com Barbosa e Moura (2013), para o aluno se envolver ativamente no processo de aprendizagem, o ele deve ler, escrever, perguntar, discutir ou estar ocupado em resolver problemas e desenvolver projetos. Apesar da dicotomia do processo de capacitação promovido pela CGUE e HAOC, é perceptível a presença de metodologias tradicionais e ativas no planejamento das ações deste projeto. Os profissionais têm momentos de assistir aulas transmitidas on-line – essas podem ser acessadas do domicílio uma vez que cada profissional envolvido tem sua senha de acesso ao sistema – elaboradas pelos técnicos da CGUE e HAOC; depois das vídeo aulas existem momentos de reunião do grupo com a tutora para realização de atividades já definidas pelo grupo que gere o curso, como simulação de casos clínicos, discussões e debates no intuito de resolver problemas vivenciados pelos mesmos e sugerir propostas de ação para os mesmos casos, possibilitando a criticidade sobre suas ações cotidianas e compreensão dos objetivos do curso e de sua ação no desenvolvimento do cuidado de urgência. No final de cada ciclo de aprendizagem ocorre um processo de avaliação formal (prova) respondida online no intuito de perceber o nível de aproveitamento dos alunos neste curso, sem ter o sentido punitivo da reprovação e sim da reorientação acerca do aluno dentro do processo, que ao final receberá um certificado confirmando a conclusão do curso de capacitação.

Não ocorrem, por parte do NEP, reuniões com a equipe ou seus representantes para definição de estratégias de ação para a Educação Permanente, e mesmo as ações planejadas por este núcleo não ficam claras para as equipes,

gerando assim a percepção por parte de alguns profissionais que não existe promoção de capacitação pelo serviço. Apesar do treinamento ministrado pela tutora ser extensivo ao grupo de Médicos e Enfermeiros, existe pouca adesão por parte destes pelo fato do curso conduzido pela mesma não exigir a presença destes nos momentos de capacitação. A etapa do curso promovido pela CGUE e HAOC voltada especificamente para estes dois grupos profissionais ainda não ocorreu. Nas demais ações de treinamento que ocorrem no serviço, promovidas pelo NEP, ocorre baixa adesão destas duas categorias por motivos não investigados neste estudo.

Os profissionais de nível superior informam ainda a busca de complementação do aprendizado através de iniciativas individuais com a realização de cursos promovidos por instituições privadas e mesmo com chancelas internacionais. Dentre os cursos com chancela internacional destacam-se os cursos de imersão como o *Pre Hospital Life Trauma Suport (PHTLS)* e *Advanced Trauma Life Suport (ATLS)*, ambos promovidos pelo Colégio Norte Americano de Cirurgiões e traduzido para o português, e o *Advanced Cardiac Life Suport (ACLS)*, promovido pela American Heart Association. Cursos dessa natureza trazem como contribuição o aprendizado por simulações de casos da realidade com o uso de manequins modernos, de média e baixa fidelidade. Essa classificação quanto ao grau de fidelidade dos manequins utilizados mostra-se importante para identificar os modelos mais adequados para o alcance dos objetivos do processo ensino aprendizagem neste formato de ensino. Sobre a classificação dos manequins em baixa, média e alta fidelidade, Lapkin et al. (2010, p. 3) explicam que:

Fidelity of the Human Patient Simulation Manikins (HPSMs): the fidelity refers to the extent to which the simulation model resembles a human being.
Low-Fidelity HPSMs Low-fidelity HPSMs are static models or task trainers primarily made of rubber body parts and are used for the practice of clinical skills such as urinary catheterization and basic life support;
Medium-Fidelity HPSMs Medium-fidelity HPSMs are full-body manikins that have embedded software and can be controlled by an external, handheld device. They have more realism than the low fidelity HPSMs;
High-Fidelity HPSMs: High-fidelity HPSMs are life-size computerized manikins with realistic anatomical structures and high response fidelity. They can mimic diverse parameters of human anatomical physiology, such as changes in cardiovascular, pulmonary, metabolic, and neurological systems, and have the ability to respond to nursing or pharmacological interventions in real time. (LAPKIN et al., 2010, p. 3)

Além do uso de manequins, estes cursos desenvolvem simulações em ambientes controlados e saberes baseados em evidências científicas validadas

internacionalmente; no entanto, eles ainda representam um investimento financeiro elevado para o aluno que pretende realizar o curso, o que acaba por não democratizar o conteúdo apresentado nos mesmos (PAZIN FILHO et al., 2007; SCARPELINI; ANDRADE, 2007).

Não colocamos aqui em discussão a importância dos cursos promovidos por instituições particulares, filantrópicas ou públicas em caráter de imersão. O que chamamos a atenção é para a criação de linguagens e saberes diferentes para os grupos profissionais que atuam no SAMU. Uma vez que o objetivo da produção do cuidado prestado pelos profissionais deste serviço visa justamente a ação conjunta. O processo de ensino-aprendizagem conduzido no SAMU deveria reorientar as práticas e ações para um entendimento multidisciplinar e coletivo da produção do cuidado em saúde, mais especificamente no APH. Comunicar-se através dos mesmos signos de linguagem dentro deste núcleo de saberes é fundamental para alcançar o trabalho multidisciplinar. Além disso, por estarem diretamente relacionados com os métodos tradicionais de ensino onde o professor ensina e o aluno absorve o conhecimento (BARBOSA; MOURA, 2013) estes cursos atuam em ambientes controlados, espaços formais de aprendizagem diferentes do ambiente de trabalho. Luz (2010, p. 4) contextualiza bem o resultado destes processos ao afirmar que:

Os alunos que participam de cursos de atualização e são elevados ao paraíso do 'como deveriam ser' as práticas do serviço, ao retornarem para o trabalho veem-se confrontados em suas realidades diárias com a dificuldade da aplicação do aprendizado adquirido. (LUZ, 2010, p. 4)

O posicionamento de Merhy (2005) nos permite levantar mais críticas ao método tradicional de capacitação dos trabalhadores da saúde:

Não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais. (MERHY, 2005)

Faz-se necessário a ruptura com esse modelo de processo de formação pautado exclusivamente em momentos estanques como cursos, treinamentos, propondo novo processo pedagógico onde o trabalhador da saúde é protagonista

através do seu trabalho vivo. Em cursos de atualização no formato de imersão a técnica mais utilizada para o aprendizado é a da automação onde o passo A é seguido do passo B, o B seguido do C, e assim sucessivamente. Essa técnica tem sua utilidade em momentos críticos onde o profissional terá que primeiro executar uma ação que salve a vida do usuário para depois criticá-la. No início do aprendizado do processo de tomada de decisões críticas, onde não há tempo para discussão, a técnica da automação se faz mais premente. No entanto com a assimilação desse processo automático aplicado durante o trabalho vivo o profissional vai acumulando experiências e conhecimentos que o permitem raciocinar clínica e criticamente durante a ação e discuti-la posteriormente com seus pares. É como se o tempo transcorresse de maneira mais lenta durante a prestação do cuidado permitindo ao profissional raciocinar ao invés de executar uma tarefa automática. Esse é mais um fator que ressalta a importância do aprendizado através do trabalho vivo em ato defendido pela Educação Permanente em Saúde.

Esse tipo de ação desconexa com o processo político vigente reflete a situação histórica da área de Urgência e Emergência em relação ao Sistema de Saúde Pública. Tanto o campo de conhecimentos da Saúde Pública quanto o campo de conhecimentos da Urgência e Emergência necessitam compartilhar seus conteúdos e saberes em vistas da consolidação de uma política de promoção e prevenção da saúde, resultantes de seus processos de produção do cuidado.

É possível, ainda, desvelar das falas dos sujeitos, no tocante a participação em atividades de educação permanente, que a importância de manter-se atualizado em relação às ações de prestação de assistência ao usuário gravemente enfermo é destacada como meio de prover um cuidado de qualidade para a população. Segundo Silva et al. (2009), de acordo com a PNAU, a capacitação das equipes de saúde deve ocorrer sob um enfoque estratégico promocional, abrangendo a gestão e a atenção, envolvendo profissionais de nível superior e técnico, em consonância com as diretrizes do SUS e embasada nos polos de educação permanente. Como já fora discutido, o caráter estratégico da Educação Permanente em Saúde por parte da Gestão Municipal é uma iniciativa recente e ainda não consolidada. Em relação a Gestão do Serviço, é possível inferir que, apesar do processo não ser conduzido com as mesmas orientações da PNEPS, a ação de capacitação é tomada como parcela importante da qualificação de parte do grupo de profissionais (técnicos de Enfermagem e Condutores). Não se percebe um movimento claro, além da iniciativa

Federal representada pelo curso de capacitação promovido pela CGUE e HAOC, de envolvimento de Médicos e Enfermeiros nas ações de Educação Permanente em Saúde – etapa esta que ainda não foi iniciada - o que possibilita fragilidade nos resultados esperados para esta área.

Dando sequência a esta discussão emerge aqui a subcategoria *Oferta de Educação Permanente por parte do SAMU*. AS falas aqui apontam o não reconhecimento da proposta de Educação Permanente em Saúde desde a identificação do Núcleo como NEU e não como NEP até a falta de identificação do papel da Tutora do Núcleo como tal. Fica claro também a dicotomia existente no processo de qualificação dos técnicos de Enfermagem e Condutores em relação aos Enfermeiros e Médicos:

Temos aqui uma enfermeira que é coordenadora do NEU, que é o Núcleo de Educação em Urgências, que além dos cursos que a gente toma antes de entrar aqui para trabalhar, ao longo do nosso trabalho ela vem sempre nos orientando e nas nossas folgas chamando a gente para tomar esses cursos. (E22COND7)

A moça do NEU aqui nos capacita, nos prepara pra isso, exatamente a função que nós exercemos aqui, por exemplo, o técnico vem da escola, o enfermeiro vem da escola também, eu não, a escola é o próprio SAMU, a escola são os técnicos, os enfermeiros, os médicos e a moça do NEU que nos prepara adequadamente. (E29COND10)

Quando eu cheguei ao SAMU no final de 2008 e início de 2009, eu tive um suporte muito grande do NEU, sabe? Foi assim através do NEU que eu aprendi muitas técnicas de imobilização. (E24ENF03)

Oferece sim, pela Fundação Oswaldo Cruz, via plataforma, internet. E a prática é presencial. (E20MR2)

Ele tem oferecido um curso online de capacitação, esse curso a gente faz com uma professora que tem do SAMU, do NEU, ele é online e escrito também, temos prova escrita e já estamos terminando esse curso. (E05TE01)

O serviço tem sim, vem uma tutora aqui que nos dá esse curso que é CICLANA que está com a gente, a gente faz também às tardes nos momentos que estamos no serviço ou quando estamos de folga vimos aqui para fazer o curso com a tutora CICLANA. (E06TE02)

Segundo o que foi expresso pelos profissionais de nível superior, com algumas exceções, o processo de Educação Permanente promovido pelo NEU não abrange as categorias médica e de Enfermagem:

Não. Não oferece de jeito nenhum. Acredito que aqui a gente termina investindo, não pela questão do serviço, mas pela questão da carreira e porque a gente gosta, porque a carreira é nossa, não é do serviço, então a

gente termina investindo em nós mesmos e o serviço termina usufruindo daquele investimento que a gente faz em nós mesmos, mas resposta do serviço, nunca tivemos. Se tivemos, foram pouquíssimas as tentativas. (E28ENF04)

Não, não do meu conhecimento. Não chegou a mim nenhum tipo de oferecer curso ou de capacitação. Não foi dito nada assim. (E01MI01)

NÃO. O serviço não oferece capacitação não. Capacitação é o profissional que tem que procurar e o serviço não oferece. (E27MI03)

Não, eu acho que não! Acho que poderia oferecer bem mais, para a gente aqui, igual por exemplo para gente fica meio difícil, as vezes tem curso em Ilhéus mas é meio inviável, os horários, então assim se ocorressem cursos mais assim específicos para a gente mesmo aqui em Itabuna com facilidade de acesso, seria interessante! (E02MR01)

Mas depois de algum tempo eu acho que a parte do enfermeiro ficou dentro do próprio serviço sem existir um direcionamento da nossa capacitação, entendeu, dentro do próprio serviço. (E24ENF03)

As falas de Médicos e Enfermeiros destacadas acima ratificam a discussão sobre a necessidade de planejamento das ações de Educação Permanente no SAMU Itabuna. É possível apreender que nem todos os profissionais que compõem as equipes de atendimento estão envolvidos no processo de elaboração e execução das ações de capacitação. O sentido de corresponsabilidade por este processo precisa ser despertado nas equipes através do próprio processo. A participação ativa dos profissionais requer a sensibilização dos mesmos para sua importância enquanto instituintes da formação profissional permanente de qualidade, voltada para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção a saúde na produção do cuidado ao usuário gravemente enfermo e para a compreensão dos reflexos desta ação na Rede de Atenção à Saúde como um todo.

Apreendem-se das falas dos sujeitos fortes características de um entendimento do processo de educação no serviço relacionado com métodos tradicionais de formação profissional. Até mesmo a percepção de que a formação se dá em momentos específicos como cursos de fim de semana ou modulares aponta para essa realidade. O entendimento de que a capacitação é um processo que extrapola os espaços formais de educação, avançando para o cotidiano do trabalho pode auxiliar o trabalhador a sentir-se parte que aprende e que ensina, compartilha saberes e práticas deste núcleo de conhecimentos. Sobre a participação ativa dos trabalhadores de saúde em processos de formação que utilizam metodologias ativas como a problematização Barbosa e Moura (2013) ressaltam que:

Os alunos que vivenciam esse método adquirem mais confiança em suas decisões e na aplicação do conhecimento em situações práticas; melhoram o relacionamento com os colegas, aprendem a se expressar melhor oralmente e por escrito, adquirem gosto para resolver problemas e vivenciam situações que requerem tomar decisões por conta própria, reforçando a autonomia no pensar e no atuar.

Esse envolvimento do trabalhador em saúde como ser no mundo do trabalho que produz saberes, relacionados com o cuidado em saúde, que decide e exerce sua autonomia, possibilita a mudança de paradigma dos profissionais que deixam de ver e ser vistos enquanto recursos adotando protagonismo como atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005). Ressaltamos a análise neste ponto porque foi possível apreender das falas dos depoentes que o profissional do SAMU percebe a sua formação profissional e capacitação como elemento de construção de uma carreira individual que não se coletiviza com a qualificação dos demais sujeitos da equipe e nem com o serviço. Os investimentos particulares em cursos de capacitação são compreendidos como contribuições para si mesmo que acabam por favorecer a produção de cuidados do serviço. Não se coloca aqui que os profissionais têm reservas em compartilhar seus saberes e experiência acumulada com os demais membros da equipe ou com o serviço. Apreende-se que os profissionais não se sentem como parte de um projeto de formação mais coletiva, que envolva metodologias ativas de aprendizado. A carência de um projeto de qualificação dos profissionais, a partir da Educação Permanente em Saúde, possibilita o acontecimento deste tipo de situação. Sem um projeto mais coletivo e solidário o profissional sente-se compelido a buscar crescimento profissional e pessoal através de seus próprios recursos. O alerta que fazemos aqui está para a necessidade de resgate do sentimento de pertença do trabalhador a um processo de qualificação e formação mais solidário e coletivo fomentado pelos gestores do Serviço, envolvendo metodologias que englobem uma maior aproximação e problematização do trabalhador com seu trabalho vivo em ato, com os demais trabalhadores que compõem a equipe, ao serviço ao qual está ligado e a concepção de que as construções precisam ser conjuntas, onde a carreira individual se transforme numa formação de coletivos produtores em saúde que pensam e transformam a realidade.

A busca pelo aperfeiçoamento tanto profissional quanto pessoal é desvelada nas falas dos envolvidos com o processo de prestação de assistência a saúde no SAMU. No entanto essa não é uma responsabilidade exclusiva destes últimos, o sistema de saúde tem responsabilidade pela qualificação dos seus recursos humanos. De acordo com Silva et al. (2009), o compromisso com a educação permanente não deve ser atribuído somente ao trabalhador. Ao administrar a instituição, o gestor deve priorizar a qualificação do profissional. Em relato de experiência acerca do Núcleo de Educação Permanente do SAMU de Porto Alegre-RS, Ciconet, Marques e Lima (2008) apontam que:

Como a Educação Permanente não está inteiramente conectada com a gestão do trabalho, as iniciativas para dar concretude a este processo continuado perdem força na rotina do serviço, pois não existe uma priorização em relação a dispor de carga horária para que os profissionais se dediquem às atividades, participando, tanto como alunos, quanto como instrutores. Geralmente, os gestores concentram esforços na organização da cobertura das escalas assistenciais e negligenciam a disponibilidade de carga horária dos trabalhadores para os programas de Educação Permanente.

A realidade vivenciada no SAMU de Itabuna-BA não é muito diferente da relatada acima. Partimos do pressuposto que se a capacitação e qualificação do profissional são realizadas na perspectiva da educação permanente em saúde, o tempo desprendido para essa atividade fim pode ser considerada como carga horária de trabalho. Trabalho que tem como resultados a construção de saberes e práticas que reorientam o sentido da produção de cuidados em saúde do serviço. Neste sentido o planejamento das ações de Educação permanente seria favorecido com a priorização de carga horária de trabalho dos profissionais do SAMU para a contribuição enquanto instituintes e instituídos do processo de Educação no trabalho. Além da responsabilidade do profissional e do gestor local ressalta-se a necessidade de cumprimento com o compromisso de incentivo ao processo de qualificação permanente dos profissionais do SAMU por parte das demais esferas de governo: estadual e federal. Na Portaria nº 1.864, de 2003, que implementa a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 está previsto o financiamento da construção dos Núcleos de Educação em Urgência por parte do gestor federal, sendo no mínimo um por estado da federação inclusive com teto financeiro previsto à época:

Art. 3º Estabelecer que, para a organização da primeira etapa de implantação dos Samu, serão destinados recursos para a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida e 150 unidades de suporte avançado de vida, equipamentos, construção, reforma e/ou ampliação de até 152 Centrais Samu 192 e estruturação de 27 Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde para os Núcleos de Educação em Urgência.

§ 5º Os recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências serão repassados mediante convênio no montante de até R\$ 150.000,00 por Núcleo. (BRASIL, 2003)

Apesar desta previsão e nestes 11 anos de criação do SAMU e da referida Portaria nenhum mecanismo de financiamento para criação dos NEU foi direcionado por nenhuma das esferas de governo. As iniciativas de promoção de um processo de capacitação dos profissionais do SAMU são iniciativas isoladas de cada serviço a exemplo do SAMU Itabuna-BA, que mantém seu núcleo com a colaboração dos servidores e da equipe de gestão direta do serviço. Em comunicação realizada no portal de notícias do CONASEMs por Dellagiustina e Nitschke em 2011, ao discutir sobre as fragilidades da PNAU, os mesmos apontam a não liberação do financiamento para a elaboração das ações educativas nos SAMUs assim como o subdimensionamento dos valores de custeio repassados. A falta de recursos financeiros para o desenvolvimento de atividades educativas é um elemento contribuinte para a descaracterização das ações educacionais desenvolvidas atualmente no SAMU Itabuna, em relação ao que é preconizado pela PNEPS. Como já foi discutida anteriormente, a falta de um planejamento conjunto tanto a nível municipal quanto em nível de serviço é provavelmente o ponto nevrálgico desta situação.

As dificuldades de infraestrutura para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem são apreendidas das falas dos sujeitos assim como a insatisfação de alguns com a maneira como ocorre a Educação permanente:

Oferece, não é o que a gente esperava, poderia ser uma coisa bem mais aprofundada, bem mais. Oferece uma coisinha simples, mas oferece. (E23COND8)

Nós não temos um local para estudar, sentar um grupo ali para debater, e até mesmo fazer um treinamento do dia a dia do que a gente passa na rua, porque às vezes acontece de não treinar e de repente uma situação que a gente tem que estar em conjunto, todo mundo pensando igual, e às vezes por falta de lugar para fazer esse treinamento aí a gente as vezes deixa a desejar lá na rua. (E23COND8)

Porque eu acredito que poderia ter uma capacitação melhor, mais intensa. Não que a capacitação que nós temos aqui não seja de boa qualidade, é de boa qualidade, mas eu ainda acho que falta um pouco. (E29COND10)

Temos algumas dificuldades para realizar esse curso por conta de recursos materiais, audiovisuais, aí acabamos parando um pouco, mas ultimamente há uns 2 meses atrás a gente vem tendo o curso diariamente. (E10ENF01)

Falta de recursos, salas, materiais, mas atualmente é mais por falta de espaço e adesão do pessoal em relação aos treinamentos. Não sei se precisamos fazer alguma coisa para motivar mais, como trocar algum dia de treinamento por folgas, algo que estimule mais a vinda do pessoal. (E10ENF01)

Faz-se mister conduzir a análise destes fragmentos de fala a partir dos conceitos anteriormente apresentados sobre campo e núcleos de saberes e práticas e à luz dos conceitos preconizados na Educação Permanente em Saúde acerca das metodologias ativas de aprendizagem e do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo.

As falas dos entrevistados demonstram sua visão de espaços formais de educação. O profissional do SAMU entende que o processo de aprendizado deve se dar em local adequado para este fim, a exemplo da sala de aula ou sala de reuniões. Os profissionais se colocam numa posição mais passiva, em relação ao processo de aprendizagem, aguardando que gestores e tutores ofereçam as informações de forma mais sistematizada. Na medida em que os depoentes nos falam que o serviço oferece “uma coisinha simples” que a capacitação poderia ser melhor, paramos e nos perguntamos: qual o posicionamento desse sujeito que questiona frente a esta situação? A proposta de participação ativa dos sujeitos que aprendem, problematizam, criticam, ensinam, avaliam planejam e se apropriam do espaço de trabalho como ambiente para a construção de saberes e práticas, parece não ter sido instigada nesses profissionais. A referência que os mesmos têm de formação de vida vem do modelo tradicional sala de aula, professor e aluno. Então os mesmos esperam receber do serviço este tipo de estrutura para o processo educacional formal.

Essa realidade de problemas com relação a estrutura física no processo de desenvolvimento da educação permanente é comentada por Ciconet, Marques e Lima (2008):

A dificuldade nas condições de infraestrutura física e material foi marcante. De um lado, a falta de espaço físico, devido à concorrência de agendas de outros serviços e indisponibilidade de salas de aula e recursos audiovisuais. De outro, a insuficiência de materiais para atividades práticas: bonecos de treinamento, insumos e equipamentos, que, por não existirem em quantidade exclusiva para capacitação, necessitam ser retirados do atendimento, o que se torna inviável. Esta limitação empobrece as

atividades práticas, pois dificulta que todos os participantes possam exercitá-las num tempo adequado.

É incontestável a utilidade dos materiais didáticos em quantidade e qualidade suficientes para o desenvolvimento de ações educacionais. Como o município de Itabuna passa por um momento de planejamento das suas ações de Educação Permanente em Saúde, seria interessante que os atores sociais do SAMU defendessem a proposta quanto às necessidades de capacitação entre os recursos alocados neste planejamento. Porém, para além da necessidade de insumos específicos como manequins e pranchas e colares cervicais, por exemplo, é necessário ampliar a visão das equipes para o entendimento que, todo o espaço de trabalho é também espaço de aprendizagem. Que o trabalho vivo produzido por esses atores possibilita a prática de exercícios de reflexão e crítica da realidade. Buscar as informações coletadas em registros de atendimento em campo sobre um determinado caso clínico, problematizar a questão sob o ponto de vista de cada membro da equipe e procurar entender à luz do núcleo de práticas e saberes do APH quais as decisões e ações foram tomadas e propor novas formas de produzir o cuidado é um exemplo claro de aplicação de uma metodologia de problematização sobre uma ação do cotidiano que pode se dar até mesmo no retorno da equipe até a base dentro de uma ambulância. A ação problematizadora, na perspectiva de Sarreta (2009), a ênfase em processos de ensino-aprendizagem utilizando a metodologia da problematização salienta a contribuição das diferentes práticas na área da saúde, possibilita aos sujeitos interagir com o meio com vistas à sua preparação para a tomada de consciência de seu mundo.

A terceira subcategoria relacionada com a Educação Permanente aborda sobre as *Necessidades de Capacitação*. A partir análise atenta dos discursos nos proporciona uma visão acerca das lacunas existentes na formação do profissional que atua na Urgência e Emergência, neste caso no atendimento pré-hospitalar, os riscos de iatrogenias resultantes desta falta de capacitação e a carga de sofrimento provocada pela assunção de responsabilidades pela manutenção da vida dos usuários atendidos. Como foi abordado anteriormente o profissional relaciona o melhor domínio do núcleo de saberes do APH com a qualidade da assistência prestada:

Interfere que o profissional ele tem que estar capacitado para fazer aquela função que ele está ali, que foi posto para ele fazer, ele tem que estar capacitado e em algum momento se você não tiver capacitado pra fazer aquilo, você pode agravar a situação do paciente que está precisando do seu atendimento ali. (E09COND04)

Eu preciso estar qualificado para não sequelar um paciente, porque se eu não mantenho uma conduta, se eu não consigo realizar um trabalho bem feito, eu posso sequelar um paciente vítima de trauma e esse paciente vai ficar em cima de uma cama, encostado ou aposentado por conta de um mal atendimento pré-hospitalar. (E12TE05)

Sinceramente? Na verdade eu vejo esse serviço, o serviço de pré-hospitalar, como serviço de maior importância que tem na urgência. Porque é esse serviço que você vai dizer como o paciente ficará depois. Então essa falta de capacitação é um prejuízo muito grande para a população. (E27MI03)

Então, o conhecimento, na verdade de escola em relação à saúde, o condutor não tem isso aí faz parte dos profissionais de saúde como o enfermeiro, o técnico e médico mas os cursos de capacitação eles são importantes e a gente tem, a gente tem que ter pra trabalhar no SAMU. (E22COND7)

É difícil a gente responder essa pergunta porque a gente tem um certo conhecimento, não tem o conhecimento técnico que os profissionais de saúde que estão aqui tem, mas a gente tem um conhecimento diário, do dia a dia, que a gente trabalha já há um tempo, uma experiência. (E22COND7)

E vamos evoluindo cada vez mais, porque na verdade o bom profissional não é aquele que se acha o bom, sempre tem aquela coisa de trocar experiência com o outro, tem coisa que eu não sei e outra pessoa sabe e um vai ajudando o outro, tem aquela coisa boa que é a troca de experiência. (E16TE07)

Aqui eu acho que no SAMU daqui de Itabuna, a maioria dos médicos, da mesma maneira que nós técnicos e condutores participamos de curso de qualificação, participávamos não estamos participando mais, mas eu acho que os médicos deveriam se capacitar melhor. (E03COND01)

Não me envolver e procurar aprender. No momento eu não posso me envolver tenho que me aperfeiçoar naquilo ali. No caso eu saio numa ocorrência, não me envolver no lugar do técnico entendeu? Caso seja algo que eu ainda não tenha visto. Depois eu procuro saber como é. (E04COND02)

A atuação por parte do profissional no ambiente pré-hospitalar prescinde de especificidades que a natureza do serviço requer e que nem sempre são propiciadas por outros conjuntos de conteúdos como, por exemplo, o de conhecimentos para o atendimento à Urgência a nível hospitalar. As falas dos sujeitos aqui destacadas permite-nos aprender mais do que uma preocupação quanto a estar capacitado para melhor cuidar. É possível inferir que o constante pensamento de não lesionar o usuário com seu atendimento, provocando maiores complicações, sequelas e mesmo a morte, assombra o trabalhador do SAMU que produz o cuidado, tornando-

se um elemento estressor que pode provocar o processo de adoecimento do socorrista. Acerca desta situação Brotto e Araújo (2012) apresentam que:

O fato é que os profissionais de saúde estão muito propensos a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológico-afetivos, vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho. Destacam-se: a demanda por aumento de produção; a eleição de prioridades pautadas unicamente em dados epidemiológicos; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais.

Já existe um considerável número de trabalhos científicos abordando sobre esse processo de comprometimento da saúde dos profissionais da saúde relacionando a Síndrome de Burnout (MOREIRA et al., 2009; JODAS; HADDAD, 2009; SOUSA, 2012; BEZERRA, 2012) inclusive na literatura internacional (KOVACS, 2007; EMBRIACO et al., 2007; WESTMAN e BAKKER, 2008; CHLAN, 2013). Todos os trabalhos publicados concordam em descrever a síndrome como o resultado do desgaste físico e emocional do profissional de saúde relacionado com o enfrentamento cotidiano de situações estressoras como o sofrimento alheio, condições de trabalho e infraestrutura inadequadas e incapacidade de mudança de processos de trabalho, entre outros fatores. A partir das falas dos sujeitos relacionamos aqui o domínio de conteúdos do núcleo de saberes do APH, a produção do cuidado resultado das decisões tomadas por estes profissionais no exercício vivo do seu cuidar e a Educação Permanente em Saúde (EPS) como elemento que traz possibilidades de mudança também destas situações de adoecimento.

Os depoentes expõem em suas falas um forte componente empírico sustentando seu fazer no APH, indicando para nós a existência de lacunas no processo de formação e na consolidação de saberes que proporcionem maior confiança ao trabalhador do SAMU. A obrigatoriedade de produzir cuidado, sem, no entanto, estar seguro do que realiza, proporciona elementos estressores que comprometem a saúde física e mental do socorrista e, por conseguinte possibilitam a chance de ações que conduzam ao aparecimento de efeitos iatrogênicos decorrentes do cuidar. A proposta de utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem por parte da EPS constitui-se em possível solução para a dificuldade dos profissionais de saúde em enxergarem o fruto de suas ações e tecerem críticas a respeito buscando novas formas de fazer que resultem num cuidado responsável e que traga ao profissional o sentido de satisfação com aquilo que faz e não o medo de causar danos. Nesse sentido, Bezerra (2012) reporta que:

Frente ao estresse ocupacional e os desafios inerentes à atividade dos enfermeiros que atuam no SAMU, a Educação em Saúde constitui o meio mais adequado para abordar as estratégias de enfrentamento, uma vez que, valoriza o saber dos educandos e incentiva a reflexão crítica da realidade [...] Essa Educação em Saúde se fundamenta na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, e como uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos sociais. Trata-se de um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde.

Além do adoecimento do trabalhador, o não enfrentamento da produção do cuidado por parte da instituição e dos profissionais pode acarretar sim em comprometimento do produto final do trabalho vivo destes profissionais que é o cuidado ao usuário gravemente enfermo. Algumas literaturas apontam para conceitos novos acerca dos riscos dos eventos iatrogênicos. Na área de gestão e planejamento da saúde o conceito utilizado é o de Gestão de Riscos (CASTRO, 2013) entendida como uma ferramenta útil aos gestores na prevenção, avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional o meio ambiente e a imagem institucional. Anteriormente, estudiosos da área de Medicina da Família e Comunidade da Bélgica definiram outro conceito o da *Prevenção Quaternária*, este conceito foi difundido pela *World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* em 2003, e versa sobre a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (NORMAN; TESSER, 2009). Outra contribuição que vem sido discutida toma como base as definições da Organização Mundial de Saúde versando sobre Segurança do Paciente. Este conceito foi publicado em relatório da entidade com o título *World Alliance for Patient Safety* (WHO, 2008) e é definido como sendo a:

Redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento.

Nas três abordagens citadas, o ponto comum é a importância de o setor saúde promover suas ações diminuindo ao máximo a chance de efeitos negativos ao usuário. Quando discutimos esta realidade no SAMU agregamos o fato do cuidado ser direcionado ao usuário gravemente enfermo, o que exige dos trabalhadores

deste serviço decisões rápidas e que envolvam o menor grau de riscos possíveis à segurança do paciente. Reiteramos que a atitude problematizadora frente a realidade vivida pelo serviço pode ser um caminho para alcançar este objetivo.

Assim como o aperfeiçoamento contribui com a formação e melhor qualificação do profissional e melhor autonomia e autoconhecimento sobre seus modos de ser no mundo do trabalho e da saúde, as ações de promoção e prevenção à saúde, realizadas pelo SAMU, também sofrem impacto direto das atividades de educação permanente. Com decisões mais bem subsidiadas pelo núcleo de práticas e saberes atualizado, discutido, criticizado e desenvolvido com o protagonismo dos produtores do cuidado, a assistência prestada, o acolhimento dos usuários e a própria conformação, a Rede de Atenção às Urgências vai sendo aperfeiçoada e desenvolvida. O Componente Pré-Hospitalar, como nos ressalta Delagi et al. (2007, p. 17) é uma parte da Rede de Atenção à Saúde que desenvolve ações interdependentes e que prescinde da atuação de cada porta de entrada no sistema:

Ambulance services are but a small microcosm of larger, and more complex community healthcare and emergency response systems, each with sometimes independent missions, but always dependent on each. It is imperative that EMS providers and agency managers understand that just as they do not respond to calls in a vacuum, neither can they perform quality review in a vacuum.

Outra necessidade de capacitação desvelada é em relação à população que utiliza os serviços do SAMU. Os profissionais do SAMU acreditam que precisam existir ações que promovam a difusão da informação sobre o SAMU à comunidade leiga. Na visão dos socorristas, alguns dos problemas do atendimento em Urgência poderiam ser sanados se a comunidade soubesse como utilizar o serviço de maneira otimizada.

Existe também a parte que muitas vezes nós fazemos isso no pré-hospitalar, quando a gente tem condição e tempo, fazer educação, educação em saúde né? Quando você vai para um atendimento onde você tenha condição de estar ali tratando o paciente que está consciente, orientado e muitas vezes você tem condição de estar abordando determinados assuntos, entendeu? Como a gente cansa de pegar pacientes que tem algum problema de hipertensão grave por conta de não estar tomando o remédio, você chega e faz só a educação em saúde para a família e para o paciente. (E24ENF03)

Também em nível de informação a comunidade, eu acho que isso está deixando a desejar, eu acho que a informação a comunidade tinha que ser bem maciça em relação a determinadas patologias, sabe, que por conta da falta de informação muitas pessoas acabam não procurando atendimento, não procurando médico, aquilo se complicando e acabando em óbito muitas vezes por falta de um atendimento em um momento adequado, eu acho que

isso poderia ser melhorado se tivesse uma campanha maciça de informação à comunidade. (E24ENF03)

Apesar da pouca divulgação, o 192 ficou muito conhecido, mas de uma forma muitas vezes negativa, pois as pessoas solicitam o nosso serviço para atender um paciente com uma mordida de um cão no braço, nos chamam para uma pessoa que bebeu e está se sentindo mal e de repente tem um paciente baleado ou esfaqueado em uma via pública ou até atropelado ao mesmo tempo. Então às vezes não que seja culpa do regulador, mas sim da má instrução da população. (E07TE03)

Nós temos uma coisa muito importante que nós fazemos que não podemos deixar de falar que é orientar. Sempre devemos estar orientando e muitas vezes é um trabalho que, às vezes, depende de muita paciência, porque a população às vezes está desinformada em determinada situação de gravidade. (E11TE4)

Então, assim, pra fazer funcionar, tem que educar as pessoas mostrar a elas como é que funciona um serviço de urgência e emergência pra que assim a gente possa fazer um melhor trabalho pra sociedade. (E03COND01)

O que as falas dos sujeitos acabam por desvelar nos remete a alguns pontos anteriormente discutidos nesta análise. Os profissionais do SAMU compreendem o processo ensino aprendizagem com base nos métodos tradicionais e verticalizados utilizados para a transmissão do conhecimento. Nesse sentido, o usuário também é percebido como ser passivo que carece de conhecimento para colaborar com o serviço. Esta concepção vai de encontro com dois grandes campos de saberes evocados aqui, o da Educação Permanente em Saúde e o da Educação Popular em Saúde. Como já abordamos alguns princípios e conceitos da Educação Permanente em Saúde, nos debruçaremos em introduzir os conceitos da Educação Popular em Saúde. Para evitar confusões de nomenclatura denominaremos a segunda de EPopS, uma vez que a busca na literatura revelou que os dois campos do saber guardam a mesma abreviação, inclusive nas políticas públicas que se utilizam dos seus conceitos (PNEPS, 2007 tratando da Educação Permanente e PNEPS, 2012 tratando da Educação Popular).

A EPopS emerge no período ditatorial que o Brasil vivenciou a partir dos anos 60, onde desenvolveu-se mecanismos de lutas e resistência das classes populares frente a massificação do estado de direito da população brasileira. Apresenta-se como grande expoente a teoria desenvolvida por Paulo Freire.

A EPopS é conceituada por Vasconcelos (2004) como:

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros)

nesse trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

A partir de 2012, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, adota a Educação Popular como política pública de saúde com o objetivo de “implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde” (BRASIL, 2012). O entendimento do conceito de Educação Popular apresentado neste documento ratifica e complementa o sentido da fala de Vasconcelos:

A PNEPS concebe a Educação Popular como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. (BRASIL, 2012)

As dimensões percebidas na Educação Popular vêm ao encontro do que a Educação Permanente em Saúde propõe como estratégia de reorientação do processo de formação de pessoal em saúde. No sentido trazido por Campos (2000) sobre organização dos saberes, é possível entender que a Educação permanente em Saúde constitui um campo de saberes e práticas em intersecção com o campo de saberes e práticas da Educação Popular em Saúde e que ambos compõem um campo de saberes ainda maior: o Campo da Educação em Saúde.

A partir desta perspectiva é possível compreender que os sujeitos do estudo ainda não se aproximaram da perspectiva do seu protagonismo enquanto seres instituintes do processo de Educação em Saúde. Sua compreensão é tipicamente tradicionalista e, nas falas, são evidenciadas por expressões como “má instrução da população”, “devemos estar orientando”, ressaltando a visão clássica do professor que transmite conhecimento e do aluno que, passivamente o recebe.

A interlocução das falas expostas nestas categorias com o pensamento corrente evidenciado na literatura nos destaca aspectos importantes da produção do cuidado em saúde na perspectiva da Educação em Saúde.

É possível afirmar que há um reclame acerca da necessidade de mudança de paradigma na saúde, evidenciados pelas falas dos trabalhadores do SAMU e do confronto das mesmas com a literatura, no sentido de reorientação da forma como se compreende e se desenvolvem as ações de formação dos trabalhadores do SUS.

Esse processo perpassa pela necessidade de uso de metodologias inovadoras e mais ativas de ensino, que realoquem os profissionais do SAMU, neste caso, como agentes protagonistas das ações de capacitação. Atores que refletem, criticam, problematizam e resignificam seu trabalho vivo em ato e o que com ele produzem.

Os métodos tradicionais e estratégias pontuais, como cursos de imersão, que ensinam processos de automação têm seu lugar de importância restrito a momentos específicos do processo de capacitação e não possibilitam sua priorização como estratégia orientadora das ações de educação em saúde.

A participação dos trabalhadores do SAMU e da comunidade em processos de discussão e formação à luz da Educação Permanente em Saúde e da Educação popular, é entendida como estratégia útil e eficaz na direção da reordenação das Redes de Atenção à Saúde e na consolidação das ações do SUS, tendo a Atenção Primária a Saúde como seu elemento ordenador.

O núcleo de saberes e práticas em APH, reorientado pelas estratégias da EPS e EPopS sugerem bases de segurança para as tomadas de decisão na prestação do cuidado por parte dos profissionais do SAMU. Com uma compreensão mais ampliada dos conteúdos empíricos e científicos que compõem este núcleo de saberes é possível ao socorrista o exercício pleno da sua autonomia através de ações seguras e livres de riscos para a saúde do usuário gravemente enfermo e coletividade.

Destarte essa pesquisa traz colaborações no campo da produção do cuidado no ambiente pré-hospitalar, no sentido de possibilitar a compreensão dos fenômenos que acontecem com os produtores do cuidado neste nível de atenção. Os processos de tomada de decisão embasados na atual forma de aprendizagem preconizada permite inferir que a chance de riscos a segurança da saúde dos usuários pode ficar comprometida uma vez que foram evidenciados elementos que não concorrem para uma consolidação da participação e assimilação dos conteúdos principalmente científicos que conformam este núcleo de saberes, evidenciados pelas lacunas no processo de formação destacados ao longo da análise.

3.2.3 Processo de Tomada de Decisão

Discutiremos agora um dos pontos essenciais deste estudo. O processo de tomada de decisão dos profissionais do SAMU que prestam assistência no ato da cena. Apesar do grau de conhecimento destes profissionais sobre os processos que operam o planejamento das atividades do sistema de saúde, o trabalho vivo em ato destes profissionais, que resulta na produção do cuidado prestado ao usuário gravemente enfermo, tem potencial para provocar transformações nos movimentos e planejamentos acerca do atendimento às Urgências e seu planejamento no Sistema de Saúde.

Esta categoria é composta pelas subcategorias: ***Decisões de atendimento, Decisões de Encaminhamento, Responsáveis pelas decisões e Relação entre as decisões e a produção de cuidado.***

O conjunto de falas que formam a subcategoria ***Decisões de Atendimento*** nos revela que os profissionais do SAMU que prestam assistência procuram partilhar, consciente ou inconscientemente, a responsabilidade pela tomada de decisão a respeito do cuidado a ser prestado.

Notamos a partir das falas que os profissionais do SAMU de Itabuna recorrem ao núcleo de saberes e práticas de suas profissões respectivas para orientação da decisão a ser tomada no atendimento ao usuário gravemente enfermo. Conforme já fora discutido, o maior ou menor domínio dos conhecimentos do núcleo de saberes e práticas do APH permite ao profissional maior ou menor grau de segurança para a tomada de decisão quando do trabalho vivo em ato. Essa segurança é manifestada na tomada de decisões e tem influência direta em sua autonomia. Não abordamos aqui o exercício da autonomia como liberdade plena em relação à autonomia dos demais membros da equipe, mas sim do seu valor interdependente, na medida em que se compartilham responsabilidades no ato de decidir.

Aqui percebemos que a autonomia por parte de um representante de determinada categoria profissional é coconstruída com a participação de outro representante de uma segunda categoria profissional, até mesmo uma terceira categoria profissional pode atuar nesta coconstrução (CAMPOS; ONOCKO, 2012, p. 671).

Neste exercício da autonomia alguns fatores são levados em consideração pelos sujeitos para nortear suas decisões: o domínio de saberes e práticas do núcleo de saberes do APH e a sua dependência subjetiva de outros profissionais que detém maior domínio dos conhecimentos do núcleo de saberes e práticas do APH. Essa dependência subjetiva é explicada por Campos e Onocko (2012, p. 672) da seguinte forma:

Há interdependência entre o biológico e o subjetivo, ou seja, um tipo de necessidade (biológica) rapidamente se articula a um padrão de comportamento e de demandas (psicológicas e subjetivas). [...] E aí começa nossa construção de autonomia, sempre construída nessa dialética entre o nós e os outros, entretecida de maneira única e especial na medida em que elaboramos modos de lidar com a relação interpessoal, primeiro com a mamãe (ou quem exercer esse papel) depois com o restante da família, e assim vamos incorporando outros a relação de convivência. Pouco a pouco vamos criando um padrão, uma maneira somente nossa, um estilo, uma personalidade: viramos um eu, um nos mesmos. Assim, para alguns autores, passaríamos da dependência absoluta para um estado de dependência relativa e logo a uma independência relativa.

Fica claro nas falas dos sujeitos da pesquisa que o Condutor busca as orientações do Técnico de Enfermagem, quando atuam na Unidade de Suporte Básico, o técnico busca a orientação do Médico Regulador. Na Unidade de Suporte Avançado o condutor busca as orientações do Enfermeiro e do Médico Intervencionista, o Enfermeiro segue suas próprias orientações e as do Médico Intervencionista. Nos dois tipos de Unidade todos seguem as orientações do Médico Regulador. Falamos assim, em dependência subjetiva, pois, objetivamente, não existe definido no corpus de normatizações da PNAU uma organização hierárquica sobre a equipe de atendimento do SAMU. Por força da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986), técnicos e auxiliares de Enfermagem atuam na Urgência sob supervisão do Enfermeiro, e isto se aplica no APH. Além dessa normativa legal, somente a organização interna do serviço poderia, por força de regimentos e protocolos próprios, determinar essa organização hierárquica. A Portaria nº 2.048, de 2002, apresenta as descrições dos perfis e das atribuições de cada profissional que compõe a equipe, sem determinar uma hierarquização dos papéis. Portanto, legalmente, os profissionais Condutores, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, Médicos Intervencionistas têm o mesmo grau de liberdade no exercício de suas atividades, sendo então limitados pelas determinações ético-legais de cada categoria e por uma organização interna do serviço.

Na verdade eu não tenho que tomar a decisão no atendimento, eu posso assim, na verdade auxiliar o profissional da saúde que é o técnico de enfermagem, pois a gente trabalha mais com o técnico de enfermagem aqui, é quem vai nos orientar a fazer o procedimento. (E22COND7)

Meu papel na tomada de decisão fica bem restrito à parte da condução do veículo. Como falei, eu aguardo sempre o técnico que tem o conhecimento maior do que o meu, bem maior. E a minha tomada de decisão fica mais por conta da parte da condução. (E09COND04)

Não costumo avançar sem autorização, vai depender muito do meu conhecimento com o médico e minha liberdade com a equipe, principalmente com o médico. Mas se houver uma situação entre a vida e a morte do paciente e eu perceber que não está sendo feito nada eu procuro avançar, mas dentro do que a enfermagem pode estar fazendo. (E10ENF01)

Não foram encontrados no SAMU normativas internas e nem protocolos para conformação de tal hierarquização. Portanto o ato de referenciar-se a outro profissional no processo de tomada de decisão, ou mesmo de transferir a responsabilidade para o outro, parece ocorrer a partir dos profissionais que aparentam ter menor domínio do núcleo de saberes e práticas do APH, para os profissionais que circunstancialmente apresentem maior domínio dos saberes do referido núcleo em determinados atendimentos. Resgatando a fala de Campos e Onocko (2012), podemos afirmar que o maior grau de autonomia das ações é conferido ao profissional que apresenta maior domínio do Campo de Saberes e Práticas da Urgência e do Núcleo de Saberes do APH.

A dependência subjetiva no exercício da autonomia durante o trabalho vivo em ato pode ser compreendida no aspecto histórico-social da área de saúde onde o Médico, tradicionalmente, responde pela coordenação do atendimento em saúde. Essa referencia sócio – historicamente produzida é discutida por Pires (2008, p. 131):

A forma de organização do trabalho em saúde, apesar de ter especificidades, é também influenciada pelo macro contexto histórico institucional de cada país e pelos modelos de organização e gestão presentes em outras áreas da produção, bem como em outras atividades do setor de serviços. As normas institucionais estabelecem os papéis de cada grupo profissional e a coordenação do trabalho coletivo, a qual, ao longo da história, tem cabido aos médicos.

Apesar dessa construção histórica foi possível desvelar neste estudo movimentos de ruptura com esse perfil hierárquico historicamente construído. As situações de atendimento ao usuário gravemente enfermo, devido seu grau de

incertezas e envolvimento com o sofrimento agônico do usuário, leva os profissionais a solidarizarem-se em busca da experiência e conhecimento do outro. Nestes instantes o profissional médico recorre à experiência e saberes do Enfermeiro, por exemplo, para promover o melhor cuidado ao usuário, e assim passa a ser liderado no trabalho vivo em ato por um profissional mais experiente naquela situação. A coordenação das ações e tomadas de decisões por parte do profissional médico no SAMU, não é um processo naturalizado. O que os sujeitos do estudo desvelam em seus depoimentos é que o profissional com maior experiência e maior domínio do núcleo de saberes e práticas da Urgência exerce liderança na tomada de decisões em determinados atendimentos prestados no ato da cena.

O processo de reorientação da atenção à saúde perpassa pela reflexão e entendimento desses aspectos subjetivos e sócio-históricos no intuito de prover ao trabalhador de saúde um ambiente propício a construção de sua autonomia. A elaboração de uma estratégia de formação permanente baseada na EPS poderia propiciar aos profissionais do SAMU Itabuna essa possibilidade de crescimento pessoal e coletivo, muito mais do que meramente multidisciplinar. Não é o conjunto de profissionais de categorias diversas que forma a ação interdisciplinar. A esse respeito Matus (2006, p. 8-9) afirma que:

Não bastam equipes interdisciplinares que contribuem com conhecimentos especializados em idiomas particulares incapacitados para a interação que exige a deliberação que precede a tomada de decisões. Um chinês não forma uma equipe interlinguística com um russo se ambos não tiverem uma formação linguística em comum. Não se trata de uma simples tradução, mas sim de uma interação criativa. Há um cruzamento horizontal, transdepartamental, que exige uma metateoria para compreender o processo de produção social da perspectiva prática do ator comprometido na ação. Toda decisão exige um suporte de conhecimento especializado vertical. Mas, além disso, requer do suporte transversal das ciências e técnicas de governo.

No caso do processo de tomada de decisão dos profissionais do SAMU Itabuna, entendemos como saberes e práticas transversais necessários à ação, os que compõem os campos de saberes e práticas da Saúde Coletiva, da Urgência e Emergência, da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, campos esses discutidos anteriormente neste trabalho. Com base nos saberes e práticas destes campos e dos núcleos de saberes e práticas que os integram (APH, Saúde Coletiva, Vigilância à Saúde, Profissões, entre outros) é possível construir um projeto de reorientação do trabalho em saúde, proporcionando

uma coconstrução da autonomia dos trabalhadores de saúde envolvidos na produção do cuidado neste serviço.

Bom, eu procuro ver como está esse paciente, porque assim, a parte que mais eu visualizo, é a parte hemodinâmica do paciente, a parte de consciência, a parte neurológica desse paciente, entendeu? Então assim, o quê que a gente tem pra fazer a gente tenta estabilizar esse paciente através da conduta médica né? O médico está no comando da equipe. (E24ENF03)

É você ir devagar, usando equilíbrio para aquilo que você sabe e depois solicitando ajuda de alguém, procurar ler alguma coisa em relação aquilo, ou de alguém que tem mais experiência, muitas vezes a gente pede ajuda ao enfermeiro que tem mais experiência naquela situação do que a gente. O que não pode é deixar de atender. (E20MR2)

Se for um paciente mais grave, no caso de uma fratura exposta, a gente de imediato aciona o apoio da unidade avançada. (E06TE02)

É possível apreender das falas a presença de situações de tensão entre os profissionais quando do trabalho vivo em ato e no processo de tomada de decisões. Ocorre divergência em alguns atendimentos, onde as habilidades comunicativas tentam negociar outros caminhos para a resolução do quadro clínico do usuário gravemente enfermo. Os tensionamentos são fruto da confluência de visões de mundo diferente sobre um mesmo objeto. Como essas tensões são percebidas durante a construção do trabalho vivo em ato, é possível inferir que o processo de comunicação entre os agentes de saúde que compõem a equipe assistencial acaba por desvelar essas tensões geradas no processo de produção do cuidado ao usuário gravemente enfermo.

Então, às vezes eu indico: “Não é melhor dessa forma, não é melhor fazer assim”, e até dependendo de quem está comigo até aceita. (E23COND8)

Eu vejo a decisão que ele está tomando, se eu concordo, eu faço, se eu não concordo, eu questiono e digo o porquê daquilo ali, mas depende muito do médico com quem a gente está trabalhando, entendeu? (E24ENF03)

Nestas situações de tensionamento o Enfermeiro posiciona-se para contrapor e contra argumentar a decisão do médico, no sentido de promover o melhor cuidado ao usuário gravemente enfermo. Durante um atendimento a instabilidade e gravidade do quadro clínico apresentado pelo usuário podem induzir o profissional ao erro devido estresse provocado pela situação. Daí a importância do processo decisório compartilhado pela equipe no intuito de esclarecer dúvidas sobre os processos realizados durante a prestação do cuidado no ato da cena. O processo de

mediação das diversas visões de mundo, saberes e práticas e situações estressoras, não é fácil e nem pode ser da responsabilidade de uma categoria profissional apenas. É o exercício da autonomia interdependente conforme nos apontam Almeida e Mishima (2001, p. 153):

Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a ideia de equipe integração [...] o desafio está colocado, no sentido de (re)construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como mais que um ato, uma atitude.

Ao discutir sobre tipologia de equipes em saúde e seus processos de comunicação, Peduzzi afirma que existem tensões entre os profissionais de saúde de uma equipe resultado das diversas concepções e exercício da autonomia, assim como pela interdependência dos trabalhos especializados ou sua complementariedade (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Normalmente quando eu pego alguma coisa que eu não tenho o hábito. Que eu não tenho na mão, eu solicito ajuda do colega. Tento fazer o máximo dentro do que eu conheço, né, dentro do meu conhecimento pelo paciente, mas eu não tenho arrogância. Eu tento dividir minha dúvida porque eu acho que todo mundo tem dúvida, seja de um assunto ou outro, para chegar num benefício maior ao paciente. (E01MI01)

No caso do SAMU a apreensão da realidade, posta na forma do quadro clínico do usuário gravemente enfermo, é feita de maneira individual por cada membro da equipe. A experiência vivencial, que marca o conhecimento empírico, e o acúmulo técnico científico nem sempre são unificados no grupo profissional. São diversos atores com formações diferentes. A autora relata ainda que:

A articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. (PEDUZZI, 2001, p. 107)

A presença de tensões em uma equipe que presta assistência a saúde tem aspectos positivos no intuito de formar novos pactos do processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2008, p. 283). Essa multiplicidade de olhares pode possibilitar um novo entendimento sobre o trabalho vivo em ato por parte dos profissionais, a partir de um projeto institucional de educação permanente em saúde que direcione a

prática neste sentido. Corroborando com essa premissa, Ceccim e Ferla (2008, p. 165) afirmam que:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

O trabalho vivo em ato realizado pelos profissionais do SAMU implica em processos de tomada de decisões que envolvem todos os membros da equipe. Desde a escolha do melhor caminho para conduzir a ambulância no intuito de chegar com maior brevidade ao local do atendimento até a determinação de qual medicação deverá ser administrada e para qual porta de entrada será encaminhado o usuário. As tensões fazem parte do cotidiano desses profissionais, que lidam com situações de angústia e sofrimento por parte do usuário gravemente enfermo, e que buscam no apoio mútuo e no compartilhamento das responsabilidades, as melhores estratégias para sustentar seu fazer no ato da cena. Entendemos que esses processos precisam ser reelaborados pelos profissionais no intuito de melhor qualificarem-se para as incertezas da produção do cuidado em saúde em meio a Urgência e Emergência. Para isso seria importante o planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde com o intuito de propiciar essa reelaboração e possível crescimento não multidisciplinar, mas transdisciplinar.

A próxima subcategoria nos apresenta os **Responsáveis pela tomada de decisões**. Neste momento as falas dos profissionais do SAMU nos desvelam a visão dos profissionais sobre quem responde pelo decidir no ato da cena.

Conforme já discutido, o atendimento pré-hospitalar apresenta características distintas de uma situação para outra. Cada nova situação evoca dos profissionais elaboração de alternativas com base em suas experiências anteriores e núcleos de saberes e práticas próprios. Partindo dessa premissa foi possível desvelar a partir das falas dos sujeitos que os responsáveis pela tomada de decisões se alternam de acordo com os atendimentos e seus contextos naquele exato momento, no trabalho vivo em ato. Durante o atendimento ao usuário gravemente enfermo, a prioridade é a defesa da vida e do estado de saúde do usuário. Neste sentido os profissionais produzem vínculo e sentido ao seu cuidado compartilhando as diversas decisões tomadas durante o atendimento. Neste sentido, Grabois (2009, p. 156) explica que:

Se existe um conjunto de necessidades expressas e vividas pelos usuários, a estas corresponde um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

O acompanhamento dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU, durante a observação de campo, nos permitiu observar que de uma maneira geral todos participam das ações de prestação do cuidado ao usuário gravemente enfermo. Mesmo com pouco tempo de contato com o usuário, pois o atendimento, via de regra, encerra-se na medida em que o usuário é recebido na unidade de atendimento a Urgência, foi possível perceber que o profissional do SAMU procura propiciar mais segurança e conforto ao usuário para que ele tenha melhor capacidade de enfrentamento da situação de gravidade em que se encontra. A responsabilização pela produção do cuidado no ato da cena era compartilhada por todos os membros da equipe, e assim as tomadas de decisões eram assumidas por diversos atores e não especificamente o profissional médico, conforme aspecto sócio histórico já discutido.

No atendimento aí é o médico que está ali naquele momento. Ou então, o médico que fica na base do SAMU, ele toma a decisão e indica o que deve ser feito, para onde deve ser levado o paciente. (E23COND8)

Bem, sempre... sempre não, mas assim, o que acontece, dentro do serviço existe muito assim, a diferença da abordagem a depender do médico que está de plantão. Tem médicos que estão de plantão, que o enfermeiro acaba tomando todas as decisões e acaba conduzindo todo o atendimento. Tem outros médicos que não, que acabam tomando decisão. (E24ENF03)

O médico regulador, ele é o responsável pelo encaminhamento e pelas decisões, nós não podemos fazer nada sem a decisão do médico regulador. (E05TE01)

É o médico regulador. Tudo é passado para o médico e o médico regulador dá os encaminhamentos para o hospital, como proceder, medicação, tudo isso. (E09COND04)

Desvela-se nas falas a participação do profissional Médico Regulador no processo de tomada de decisões, em especial a respeito do encaminhamento, dos usuários atendidos, para uma unidade de atendimento a Urgência. Os entrevistados apontam em suas falas que a decisão final de encaminhamento se dá, em grande parte, pela ação do Médico Regulador, a partir da Central de Regulação das Urgências do SAMU. Esse membro da equipe de profissionais do SAMU responde

por algumas etapas da tomada de decisões que compõem um atendimento ao usuário gravemente enfermo. A definição das atribuições do Médico Regulador na Portaria nº 2.048, de 2002, (BRASIL, 2006, p. 64) é dividida em atribuições técnicas e atribuições gestoras, as quais são apresentadas da seguinte maneira:

Técnicas: A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Gestoras: Ao médico regulador também competem funções gestoras – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

A regulação médica das Urgências exerce papel importante na produção de cuidados do SAMU Itabuna. É a partir do recebimento do chamado da população que inicia todo o processo de julgamento da real necessidade de intervenção de uma equipe assistencial ou não, além da solicitação do apoio de outras instituições como a Polícia Militar e o Grupamento de Bombeiros Militar. Esse processo de julgamento é realizado pelo Médico Regulador a partir da escuta das informações transmitidas pelo usuário do serviço. As equipes assistenciais só iniciam sua atuação, com o deslocamento da unidade até o local de atendimento, após o acionamento por parte do Médico regulador. A definição real do quadro clínico do usuário é possível através da coleta de dados realizada pelos profissionais que prestam assistência em campo. Daí alguns entrevistados referirem ao seu papel como “olhos e ouvidos” do médico regulador.

Como eu sou o técnico de Enfermagem, nós somos os olhos e os ouvidos do médico regulador, quando a gente sai para ocorrência, primeiro vamos verificar o que realmente está acontecendo como foi passado pelo solicitante, aí a gente toma nossas decisões mediante regulação médica. (E14TE06)

Apesar da sua importância no processo de tomada de decisões, o médico regulador não é o único responsável pelas decisões de atendimento no SAMU. O processo de tomada de decisões é definido pelo somatório: do julgamento do Médico Regulador sobre o quadro do usuário gravemente enfermo, com base nas informações colhidas pela equipe que presta assistência em campo; pelas decisões tomadas pela equipe de atendimento antes do contato com a central de regulação

das Urgências do SAMU (incluindo a decisão de não realizar nenhuma ação); pelo parecer emitido pelos profissionais do SAMU que prestam assistência sobre a melhor decisão a ser tomada; pela situação do Sistema de Saúde e suas portas de entrada para o atendimento em Urgência no dado momento; e pela autonomia do próprio usuário gravemente enfermo e, em situação de incapacidade de comunicação por parte do mesmo, dos seus familiares ou responsáveis. Percebemos então que o processo de tomada de decisão, que resulta na produção do cuidado, no SAMU acontece de maneira complexa e através do uso da ação comunicativa como elemento que possibilita sua efetivação.

O médico regulador, ele que sempre faz, apesar de que o técnico e o enfermeiro, quando chegam, no impacto logo, eles tomam a decisão primeiro, mas acredito que já tenha um costume, profissionais de gabarito, que eles são realmente né... (E29COND10)

Existe um médico que é chamado de médico intervencionista, mas na verdade eu não acredito muito nessa questão. Eu acho que quando você trabalha com equipe todo são fundamentais para que o processo ocorra bem, tem que estar todo mundo interagindo bem, sabendo o que tem que ser feito, porque muitas vezes você lida com cena que não tem só uma vítima, têm várias, então você sendo um só não pode estar prestando atendimento a todos. (E20MR2)

A ação comunicativa na perspectiva de Habermas (1987, p. 11 e 43) baseia-se no uso da linguagem e da busca do consenso como objetivos da atividade humana. No caso da saúde, para Lima e Rivera (2010, p. 324) ação comunicativa estrutura-se interdependência, na eficácia dos mecanismos de coordenação e na linguística:

(1) a interdependência é o determinante da coordenação e da integração em sistemas e serviços de saúde, sem interdependência não há o que coordenar e o que integrar; (2) a integração em sistemas de serviços de saúde depende da eficácia dos mecanismos de coordenação existentes no interior do sistema e; (3) a coordenação pode ser compreendida enquanto um fenômeno essencialmente linguístico.

A ação comunicativa defendida pelos autores pressupõe a participação de diversos sujeitos que desenvolvem uma extensa rede de conversações no intuito de alcançarem um consenso coletivamente construído. No caso dos profissionais que prestam a assistência no SAMU Itabuna percebe-se que o processo de tomada de decisão é composto por essa rede de conversações baseadas na comunicação, na autonomia dos sujeitos, no núcleo de saberes e práticas, na experiência dos profissionais, em busca de um consenso sobre o desfecho do atendimento ao usuário gravemente enfermo.

Apesar do estabelecimento desse processo moderno, é possível apreender das falas dos sujeitos que nem todos percebem seu papel e responsabilidade no processo decisório e participam e colaboram com as decisões sem refletir sobre sua ação neste processo. Existem nos depoimentos pontos contraditórios quanto a responsabilidade na tomada de decisão onde ora os sujeitos sentem-se a margem do processo decisório, ora apresentam informações que comprovam sua participação ativa e efetiva na resolução do atendimento ao usuário gravemente enfermo.

O que se percebe, na verdade, é a falta de estratégias que incentivem uma atitude reflexiva sobre a própria produção do cuidado. Os profissionais do SAMU Itabuna, possivelmente, carecem de momentos de discussão da prática sob a orientação dos princípios da EPS e da EPoPS. Sem essa atitude de apreensão dos resultados do seu trabalho vivo em ato, os profissionais continuam realizando suas ações na equipe sem entender de maneira mais ampla como os processos de tomada de decisões produzem o cuidado no ato da cena.

Apreende-se das falas dos sujeitos que o processo de tomada de decisão é uma atitude compartilhada, onde o Médico Regulador exerce um papel importante, com base na organização do serviço, que depende da coconstrução dos demais atores que prestam assistência em campo e do consenso do exercício de suas diversas autonomias inter-relacionadas.

A ação da regulação das urgências, por parte do Médico Regulador, resulta no acolhimento e encaminhamento dos usuários no Sistema de Saúde local. Como já foi demonstrado, esse processo poderia ocorrer de maneira mais eficiente, uma vez que os dados de produção do SAMU, apontam para um número maior de encaminhamentos para uma mesma instituição hospitalar. A partir das falas emergem as subcategorias ***Decisões de Encaminhamento*** e ***Relação entre a Decisão e a produção do cuidado***, onde é possível apreender por meio dos depoimentos como se dá o fluxo dos usuários gravemente enfermos a partir da ação do SAMU Itabuna:

O médico regular, ele que é o cabeça, é ele que tem que tomar todas as decisões a partir do momento que você passa o quadro do paciente, é ele que vai dizer para onde esse paciente vai ser designado, encaminhado ou não. (E16TE07)

Lá na cena, o médico regulador. Eu vou avaliar, o que eu conseguir detectar vou passar para o regulador e ele vai decidir sobre o encaminhamento ou não para o hospital. A partir daí eu que vou encaminhar. (E18TE08)

O regulador precisa ser uma pessoa sagaz, ser uma pessoa inteligente, entender que ele precisa dominar uma vastidão de conhecimentos, para de uma forma rápida e até superficial que é pelo telefone, ele tomar decisões muito importantes sobre o encaminhamento ou não de serviços, sobre que tipo de serviços e complexidade ele vai encaminhar. (E28ENF04)

Isso varia muito do quadro que varia o paciente, no caso pelo quadro que é passado para o médico regulador ele define qual o hospital ou qual serviço é adequado pra aquele paciente dar entrada. (E21MI02)

Conforme abordamos anteriormente na discussão da categoria ***Urgência e Emergência***, a produção do cuidado por parte do SAMU provoca alterações no Sistema de Saúde planejado e pactuado, que podem ser positivas ou negativas. Na perspectiva de prover ao Médico Regulador informações em tempo real das Portas de Entrada do Sistema de Saúde pela verificação *in locus* por parte dos profissionais do SAMU que prestam assistência, essa interferência da produção de cuidados do serviço apresenta aspectos positivos.

No entanto, o direcionamento do fluxo de usuários gravemente enfermos para os locais com maior facilidade de acesso por parte das equipes que prestam atendimento, termina por desequilibrar a melhor distribuição dos casos nas portas de entrada do sistema. Conforme já descrito o processo decisório tem parcela fundamental de participação do Médico Regulador, mas é um processo compartilhado, estando os profissionais, que prestam assistência, cômicos desta realidade ou não. Percebe-se então que a produção do cuidado do SAMU Itabuna partir das decisões tomadas pelos profissionais que prestam assistência exerce interferência sobre o desenho do sistema de saúde local. Do ponto de vista do fluxo dos usuários nos serviços de atendimento às Urgências o SAMU não tem conseguido realizar uma distribuição mais equilibrada entre as diversas portas concentrando seus encaminhamentos em uma porta hospitalar pública. Em relação à Atenção Primária a Saúde o SAMU tem colaborado com a manutenção da lógica de busca pelos Prontos-Socorros uma vez que a demanda de usuários que poderiam estar sendo acolhidos na APS. Em contrapartida o processo de tomada de decisões dos profissionais que prestam assistência, na perspectiva do Sistema de Saúde, também contribui para a identificação da situação de saúde do município, na medida em que mantém a Central de Regulação das Urgências alimentada com informações das condições das diversas portas de entrada em tempo real, possibilitando correções rápidas por parte dos Gestores locais.

Destacamos novamente o processo de descaracterização das ações do SAMU, enquanto componente do Sistema de Saúde pensado para o atendimento de Urgência, e a dificuldade em promover a vigilância a Saúde por parte da APS. Os dados de atendimento do SAMU no ano de 2010 (ITABUNA, 2011) apontam o atendimento de 2.378 casos Clínicos Adultos, destes 852 casos foram decorrentes de agudizações de eventos clínicos de natureza crônica. Esse número representa 35% de todos os atendimentos clínicos feitos naquele ano, a usuários que tem seu acompanhamento previsto na APS. No município de Itabuna a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou 30,16% em dezembro de 2013, segundo os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). A cobertura da APS no município envolvendo outras ações como Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Programa de Agentes Comunitários no mesmo mês de referência abrange 100% da população (BRASIL, 2014). A análise que se faz a esses dados é que o modelo de atenção preconizado pelas UBS tradicionais não garante o atendimento às demandas de saúde da população, uma vez que o modelo de atenção instalado nesses serviços ainda está voltado para ações de atendimento a condições agudas, terapêuticas medicamentosas e atendimento individual (PEREIRA, 2011, p. 2). Em contrapartida o modelo de atenção preconizado na ESF busca a reorientação dessas práticas de saúde, mas, devida baixa cobertura populacional, ainda não consegue conduzir essa mudança. A falta de estratégias como o Acolhimento com Classificação de Risco dificulta o fluxo do usuário na Atenção Primária a Saúde, o que justifica, em parte, os problemas da efetivação da APS como elemento reordenador da assistência no município.

Essa dificuldade também está relacionada com a histórica organização dos Sistemas de Saúde voltados para o atendimento às condições agudas, onde o Hospital e as Unidades de Emergência são os elementos principais na resolução dos problemas. Mendes (2010, p. 49) explica que o modelo de enfrentamento das condições agudas e agudizações de condições crônicas tende a produzir superlotação das portas das Urgências sem, contudo, que se obtenham melhorias nas condições de saúde de uma população:

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das RASSs, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. (MENDES, 2010, p. 210)

A referida linguagem comum a todas as portas de entrada de uma Rede de Atenção à Saúde é identificada no uso de estratégias de Acolhimento e Classificação de Risco. Conforme já apresentado na categoria **Educação Permanente**, a linguagem utilizada na estratégia de ACR no Brasil é a proveniente do Protocolo de Manchester. De acordo com Cordeiro Júnior, Torres e Rausch (2014, p. 15):

O Protocolo de Manchester é baseado em evidência com regularidade e conformidade de padrões internacionais da boa prática e é adotado com sucesso em vários sistemas de saúde diferentes. Ele mostrou ter reconhecimento internacional, confiabilidade, uma metodologia eficaz, além de ser passível de informatização. E por ser passível de auditorias, individual e departamental, fornece um caminho sistemático e lógico para a tomada de decisão na classificação de risco assim como na gestão do serviço de urgência.

Destarte, a utilização do Protocolo de Manchester por parte do SAMU possibilitaria ao serviço utilizar o mesmo processo de acolhimento e classificação das demais estruturas da rede, transformando o serviço num verdadeiro Observatório da Situação de Saúde local e regional, como ressalta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, 2011).

O uso desse protocolo, além de ajudar a encaminhar o usuário gravemente enfermo à estrutura de saúde mais adequada para o seu quadro clínico, proveria aos Médicos Reguladores e Profissionais que prestam a assistência em campo um método que, aliado ao bom senso e a experiência empírica, respaldasse seus processos de tomada de decisão quando do trabalho vivo em ato.

Analisando o processo de tomada de decisão por parte dos profissionais do SAMU que prestam assistência ao usuário gravemente enfermo conseguimos apreender algumas lições. Apreende-se que as decisões desses profissionais durante o trabalho vivo em ato são orientadas pelo domínio do núcleo de saberes e práticas do APH. Essa condição permite segurança nas tomadas de decisões acerca do cuidado a ser prestado na cena.

A tomada de decisões no ato da cena envolve o exercício da autonomia de cada trabalhador envolvido na produção de saúde, neste contexto, e da autonomia do usuário gravemente enfermo. Tal autonomia dos profissionais do SAMU é coconstruída pela instituição, que poderia valer-se de estratégias da EPS e EPOPs para favorecer o desenvolvimento da visão do profissional do SAMU enquanto protagonista da sua própria formação e como elemento importante nos processos decisórios.

O processo de tomada de decisão tem forte participação do profissional Médico Regulador. No entanto, este não é o único responsável pelas decisões tomadas, participando neste ato os profissionais do SAMU que prestam assistência e até mesmo o usuário gravemente enfermo ou seu representante. Apesar de esta realidade ser percebida nas falas, esses profissionais parecem carecer do desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva acerca de sua ação e de seu papel enquanto elemento que produz decisões de produção do cuidado.

As decisões tomadas pelos profissionais do SAMU resultam numa produção do cuidado que exercem interferência direta no Sistema de Saúde local. Num Sistema de Saúde que se encontra orientado para o acolhimento dos casos agudos e das agudizações de situações crônicas, como aparenta ser o caso de Itabuna, a efetividade das ações do SAMU podem acarretar em contribuições que não reorientam as práticas de promoção da saúde. Esta realidade comprova a dificuldade da APS em desenvolver suas ações de promoção da saúde e de vigilância a saúde. Por fim acabam por descaracterizar a finalidade do SAMU pelo direcionamento de sua força de ação para suprir uma carência da produção do cuidado fornecida pela APS.

Concluimos que a reorientação das práticas de saúde no município de Itabuna perpassa pela ampliação da cobertura da APS, assim como sua reafirmação, quanto a gestão e desenvolvimento cultural, como elemento reordenador da RAS ainda inexistente no município. A EPS e a EPoPs são estratégias importantes para melhor formação dos profissionais de saúde, em específico do SAMU, no intuito de auxiliar na coconstrução de suas autonomias e de coloca-los como protagonistas de sua própria formação com uma visão crítico-reflexiva de sua práxis. E o Acolhimento com Classificação de Risco, utilizando a linguagem do Protocolo de Manchester, tem potencial para proporcionar uma linguagem padronizada e única que auxilie a reorientar o usuário na rede. No caso do usuário gravemente enfermo, a ACR pode possibilitar ao Médico Regulador e aos Profissionais que prestam assistência em campo no SAMU, uma ferramenta que subsidie seu processo de tomada de decisão acerca do cuidado a ser prestado ao usuário e de como melhor direciona-lo no Sistema de Saúde. Relatamos aqui que a experiência de utilização do Protocolo de Manchester por parte dos serviços de APH tem sido escassamente estudada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi tomado como prioridade de governo no processo de implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Um dos motivos dessa priorização foi a possibilidade deste serviço apresentar-se como “observatório da situação de saúde”, numa atitude vigilante a partir da ação de sua Central de Regulação das Urgências e pelo trabalho vivo em ato, na prestação do cuidado ao usuário gravemente enfermo, por parte dos profissionais no ato da cena.

Devido à sua natureza de maior mobilidade, o SAMU tem demonstrado potencial para reorientação do fluxo dos usuários na Rede de Atenção às Urgências e mesmo na Rede de Atenção à Saúde, em sentido mais amplo. O SAMU promove um processo de acolhimento do usuário pelo Sistema de Saúde, no entanto esse processo não garante que o usuário está sendo acolhido pela porta de entrada mais adequada, e nem assegura que haverá continuidade da assistência à saúde deste usuário depois de sua alta hospitalar.

Partindo desses pressupostos, este estudo buscou responder à seguinte questão. **Qual a relação entre as tomadas de decisão pelos profissionais que prestam assistência no SAMU Itabuna e a produção do cuidado aos usuários?**

O desenvolvimento do estudo permitiu analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU e sua relação com a produção de cuidado, além de analisar os elementos que concorrem para a tomada de decisão dos profissionais do SAMU no ato da cena.

No intuito de desvelar o maior número de informações acerca do objeto do estudo, foi utilizada a coleta de dados através da entrevista semiestruturada e da observação participante. A análise dos dados se deu pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, ancorada no levantamento bibliográfico realizado previamente.

A realização deste estudo possibilitou-me uma nova visão acerca do processo de tomada de decisões dos profissionais do SAMU quando do trabalho vivo em ato. Este processo envolve etapas distintas com a participação de diferentes atores em cada uma delas. Como base para a tomada de decisão, foi possível apreender que os profissionais do SAMU utilizam-se de saberes e práticas dos seus núcleos de saberes e práticas profissionais e do núcleo de saberes e práticas do Atendimento

Pré-Hospitalar, envolvendo conhecimento científico e empírico em seus processos de elaboração das escolhas a serem realizadas durante o atendimento ao usuário gravemente enfermo.

A prestação do cuidado realizada pelos profissionais do SAMU, no ato da cena, tem início antes de saírem para as ocorrências. Esse cuidado é iniciado a partir da escuta atenta do Médico Regulador, que começa o atendimento ao usuário por telefone. Enquanto isso os profissionais estão de prontidão, na expectativa de serem encaminhados para atender dentro de um campo de incertezas acerca do quadro clínico do usuário gravemente enfermo em questão, do número de usuários a serem atendidos numa mesma ocorrência e do ambiente em que esse usuário encontra-se. Depois de enviados percorrem trajetos diversos no intuito de chegar o mais rápido possível ao local de atendimento. Todo esse movimento envolve uma série de decisões e elaborações mentais sobre o que fazer ao chegar no local da ocorrência.

Entender esse processo de tomada de decisões prescinde de reflexões anteriores sobre o contexto em que está inserido o SAMU e, por conseguinte, os profissionais que prestam assistência. Após 10 anos de sua implantação, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) vem sofrendo modificações no intuito de acompanhar o processo de reorientação do modelo de atenção vigente no país, buscando a consolidação de uma Rede de Atenção às Urgências. Nesse processo de construção a PNAU direciona os SAMUS no sentido da Regionalização baseada nos Planos Diretores Regionais de cada estado. No caso da Bahia o SAMU Itabuna encontra-se em processo de modificação para assumir o caráter regional esperado.

No entanto, apenas a regionalização do SAMU não irá garantir a formação de uma RAS Urgência sediada pelo município de Itabuna. Através deste estudo foi possível desvelar que existem problemas no Sistema de Saúde que perpassam pela necessidade de reorientação do modelo assistencial em todas as portas de entrada, públicas ou privadas ou filantrópicas, com o objetivo de acolher o usuário gravemente enfermo e daí propiciar a continuidade da atenção à sua saúde.

A realidade estudada demonstra fortes sinais de um Sistema de Saúde preparado para o atendimento a situações agudas, que ainda não evoluiu para promover a saúde do usuário portador de eventos crônicos, prevenindo assim seus processos de agudização. Os quadros de agudização de situações crônicas precisam ser enfrentados de maneira a evitar seu processo de naturalização dentro

do rol de atendimentos do SAMU. A falta de entendimento desta realidade coloca o SAMU numa situação perversa de elemento que propicia a manutenção do modelo de atenção vigente, assegurando a prestação do cuidado aos usuários que poderiam ser acolhidos pela Atenção Primária a Saúde. A presença de serviços especializados como o SAMU num Sistema com problemas dessa ordem descaracteriza o verdadeiro objetivo do serviço, tornando-o um transporte sanitário apropriado para suprir as dificuldades da Atenção Primária a Saúde em manter suas ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e corroborando para a reafirmação do modelo hospitalocêntrico como alternativa para as demandas de saúde da população.

O enfrentamento da problemática da área de Urgência e Emergência prescinde da elaboração de projetos que envolvam os profissionais do SAMU como atores sociais instituintes, que tenham posicionamento crítico frente a sua própria participação enquanto sujeito que coconstrói. A continuidade de produção de planos e estratégias apenas sob o ponto de vista dos gestores significa ignorar a importância dos trabalhadores da saúde no processo de produção do cuidado.

O estudo desvelou que existe grande potencial de interferência da produção do cuidado realizado pelos profissionais do SAMU no ato da cena, quando do trabalho vivo, com o desenho do sistema de saúde local. Em Itabuna essa produção é bem vista pela população, que se sente acolhida pelo Sistema de Saúde através da ação do SAMU. O SAMU representa o Sistema de Saúde quando adentra domicílios e leva o atendimento ao usuário gravemente enfermo. E como representante do Sistema, além de reproduzir modelo de atenção vigente, termina por perpetuar os fluxos de encaminhamento dos usuários dentro do sistema.

Por ser dotado de uma Central de Regulação das Urgências, o SAMU deveria ser capaz de direcionar o fluxo dos usuários de maneira a equilibrar as demandas nas diversas portas de atenção às Urgências. O que se percebe é a falta de um suporte por parte da Gestão Municipal no sentido de assegurar ao Médico Regulador do SAMU o adequado encaminhamento dos usuários com base nas pactuações e contratos com os prestadores de serviço do município.

O movimento de reorientação do atendimento às Urgências pode se valer de estratégias diferenciadas que reposicionem os trabalhadores da saúde e os usuários no sentido de se responsabilizarem de maneira participativa com os gestores do Sistema Local de Saúde. O desenvolvimento desse estudo nos possibilitou a

identificação de algumas destas estratégias: a Educação Permanente em Saúde, a Educação Popular em Saúde e o Acolhimento com Classificação de Risco.

A construção de um processo de planejamento da formação em saúde com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde tira o trabalhador da saúde de uma condição passiva e o coloca como protagonista do seu processo de qualificação. Para isso é necessário encarar a necessidade de todos os trabalhadores da saúde serem envolvidos neste movimento. A formação das equipes integração, onde ocorre a partilha de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes e práticas, é favorecida pelas metodologias ativas preconizadas pela EPS.

No caso do SAMU foi possível compreender que os profissionais que prestam assistência a realizam na perspectiva da equipe integração. Não porque assim elaboraram, mas porque a natureza da sua produção do cuidado os obriga a isso. À equipe do SAMU, não cabe a figura do profissional prescritor e do executor de tarefas. Todos os membros da equipe são agentes ativos nos processos de tomada de decisão que gera o cuidado ao usuário gravemente enfermo. Apesar da natureza de sua atividade os encaminhar por essa trilha, a falta de um processo de Educação Permanente em Saúde com metodologias ativas leva os profissionais a não desenvolverem uma visão crítico-reflexiva sobre sua práxis. O SAMU Itabuna proporciona ações de formação através do Núcleo de Educação permanente (NEP), no entanto as ações do NEP não conseguem abranger todas as categorias profissionais e, por falta de subsídios para suas atividades, também não consegue propiciar aos profissionais os espaços dentro, da rotina do serviço, para o exercício da ação problematizadora sobre a realidade em que esses profissionais convivem no mundo do trabalho.

Além do envolvimento do trabalhador do SAMU, faz-se necessária a participação do usuário do sistema. A compreensão do usuário acerca do sistema de saúde promove a emancipação do mesmo ao nível de sujeito corresponsável pela produção do sistema. O usuário que se utiliza da produção de cuidados do SAMU, sem a devida dimensão sobre as diversas portas de entrada do Sistema de Saúde, direciona sua utilização para suas necessidades individuais, em detrimento das necessidades coletivas. Nesta condição o usuário procura para si, soluções para seus problemas de saúde baseado em sua construção sócio-histórico-cultural, e, na atualidade, essa construção desacredita a capacidade da APS em acolher o usuário e coloca o Hospital como elemento principal na produção do cuidado em saúde. Não

é um movimento simples e nem rápido, mas é necessário. O desenvolvimento de mecanismos de Educação Popular em Saúde viabilizaria o uma nova lógica de procura de serviços de saúde por parte dos usuários, que, entendendo o sistema junto dos trabalhadores da saúde, buscariam novas maneiras de suprir suas demandas de saúde através da porta de entrada da APS.

Apresenta-se na interseção entre a Educação Permanente e a Educação Popular em Saúde o encontro entre os trabalhadores da saúde e o usuário dos serviços de saúde. É no espaço do encontro que acontece o trabalho vivo em ato centrado no usuário e não nas suas condições agudas apenas. Nesse contato entre profissional da saúde e usuário, é possível a definição de vínculos e processos de responsabilização mútua, através do uso das tecnologias leves desenvolvidas no âmbito relacional, no sentido da busca pela saúde. São as pessoas que constroem o sistema de saúde. São pessoas que tomam decisões que resultam em cuidado. O profissional do SAMU coconstrói sua autonomia em consonância com o usuário e com os demais membros da equipe.

Essa coconstrução também tem que ser vista sob a ótica dos Gestores dos Serviços. É de responsabilidade dos serviços propiciar as estratégias que favoreçam a construção da autonomia dos trabalhadores da saúde. No caso do SAMU foi possível apreender que essa coconstrução da autonomia acontece em cada atendimento realizado pelas equipes. Como todos participam de alguma etapa do processo de decisão, ninguém é completamente independente da ação e decisão do outro, incluindo do usuário. Que pode decidir por não receber o cuidado, recusando o atendimento.

É papel da Gestão fomentar as ações de acolhimento do usuário no sistema de saúde. A estratégia definida pelo Ministério da Saúde e reivindicada pela 14ª Conferência Nacional de Saúde é a do Acolhimento com Classificação de Risco baseada no Protocolo de Manchester. A adoção desse método possibilita sim uma linguagem única em todas as portas de entrada, em todos os níveis de assistência a saúde. No desenvolvimento deste estudo e na realização do levantamento bibliográfico, foi possível evidenciar que não existe relato na literatura, nacional e internacional, sobre tentativas de uso do Protocolo de Manchester por serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. O que aponta para a discussão dos motivos do não uso deste método, preconizado para ser implantado em toda a Rede de Atenção à Saúde de uma região de saúde, por parte de um serviço que mobiliza os fluxos

dos usuários no sistema de saúde direcionando-os para as portas de entrada do sistema. A utilização deste método por parte dos profissionais do SAMU que prestam o cuidado e pela equipe de Regulação facilitaria o acolhimento do usuário pelo sistema.

Entende-se também que devida natureza do cuidado prestado pelo SAMU dentro de um conjunto de incertezas, a aplicação de um método como Manchester prescinde de tecnologias leve-duras (protocolos) e duras (softwares e hardwares de Tecnologia da Informação) para o seu desenvolvimento, sem tirar do serviço sua agilidade e mobilidade. Defendo aqui que, além do médico regulador, o Enfermeiro poderia compor a equipe de regulação no intuito de colaborar com direcionamento de processos disparadores do ato regulatório não mais centrado em um único profissional, mas em uma equipe que consiga desenvolver as ações de regulação e acompanhamento dos casos atendidos em toda a rede, classificando os usuários quanto ao risco e buscando a garantir o acesso à porta de entrada que proporcione o desenvolvimento das ações de promoção necessárias a cada caso.

O desenvolvimento desse estudo trouxe contribuições importantes no sentido de orientar a compreensão de como as decisões de atendimento dos profissionais do SAMU têm reflexos diretos na produção de cuidados do serviço, na definição dos fluxos do Sistema de Saúde e na reorientação ou manutenção do modelo assistencial local. O SAMU, ao completar seus 12 anos de implantação, tem demonstrado sua capacidade de alterar, na direção desejada, os perfis de morbimortalidade dos usuários gravemente enfermos em todo o território nacional. O enfrentamento conjunto das condições agudas através da Rede de Urgências em consonância com o enfrentamento das condições crônicas, sob a coordenação ordenadora da Atenção Primária a Saúde, apontam para novos caminhos para os modelos assistenciais no Brasil.

Sugere-se, a partir desse estudo, a realização de encontros e fóruns para discussão de projetos de Educação Permanente em Saúde no SAMU e de Educação Popular em Saúde com base nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, promovendo a participação dos profissionais do SAMU e dos usuários na elaboração desses projetos, articulando também a Universidade Estadual de Santa Cruz, através do Departamento de Ciências da Saúde, como elemento mediador

dessas discussões por seu *know-how* no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.

É importante também que novos estudos sejam realizados no sentido de melhor elucidar a contribuição do SAMU no desenho do Sistema de Saúde local e no desenvolvimento da Rede de Atenção às Urgências, num momento em que o município ainda prepara as bases para a implementação da sua Rede de Atenção a Saúde.

Destacamos como sugestão a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as portas do Sistema Local, a fim de colaborar com o processo de reorientação do modelo de assistência a saúde vigente. Lembramos também da necessidade de estudos experimentais sobre o uso do protocolo de Manchester a partir do SAMU, enquanto porta de entrada do Sistema de Saúde, afim de que seja possível identificar as possibilidades de uso ou não deste método por serviços de saúde dessa natureza.

Concluimos, assim, que o SAMU é um elemento importante não somente da Política Nacional de Atenção às Urgências, mas também um espaço de promoção de uma Saúde Coletiva que desenvolva uma melhor compreensão do processo de saúde/doença/intervenção, na perspectiva da produção do cuidado centrado no usuário gravemente enfermo.

5 REFERENCIAS

ABRANTES, Angelo Antonio; MARTINS, Lígia Márcia. **A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.11, n.22, p.313-25, mai/ago 2007.

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmem Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Atividades do Enfermeiro nos Sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: revisão integrativa.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol 33(4):181-190. 2012.

AHA. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** American Heart Association, 2010.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9, agosto, 2001.

ANZILIERO, Franciele. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura.** Monografia apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família, olhares analisadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acessado em 2013.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da. **Projeto para conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em saúde da Bahia.** Projeto aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-BA) em 22 de janeiro de 2004.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da. **Plano Diretor de Regionalização 2010.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP-2009_atualizado_em_Dez2010.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2011.

BARBOSA, Eduardo Fernandes; MOURA, Dácio Guimarães de. **Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica.** B. Tec. Senac, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p.48-67, maio/ago. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTOS, Fabrício José Souza. **Problemas Práticos Morais vivenciados pela Enfermeira na Unidade de Emergência**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2003.

BATISTA, Anne Aires Vieira et al. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Revista Escola Enfermagem USP, 2005; 39(1):85-91.

BELO HORIZONTE. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

BEZERRA, Francimar Nipo. **Estresse ocupacional nos Enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à luz da teoria de Betty Neuman**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

BRASIL, **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1986

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, Imprensa nacional – Distrito Federal, 1988.

BRASIL, **Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002.

BRASIL, **Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007

BRASIL. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol 8. 1ª ed, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasília. 2007.

BRASIL. **Portaria nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008**. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento A regionalização da Rede Nacional SAMU 192. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo. 2009.

BRASIL, **Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília DF. 2011.

BRASIL, **Capacitação dos Profissionais de APH Móvel (SAMU 192) e APH Fixo**. Programa Hospitais de Excelência a Serviço do SUS. Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2011

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). 2011.

BRASIL, **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília 2012.

BRASIL, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em: 03/06/2014.

BROTTO, Tullio Cezar de Aguiar; ARAÚJO, Maristela Dalbello. **É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?** Revista brasileira de Saúde ocupacional, São Paulo, 37 (126): 290-305, 2012

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro**. Rev Bras Epidemiologia, 11(4): 530-40, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. Editora Vozes, São Paulo. 2010.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Brug. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. In Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed, Hucitec Editora, São Paulo. 2013.

CASTRO, Grayce Louyse Tinoco de. **Atendimento pré-hospitalar móvel: mapeando riscos e prevenindo erros**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação Permanente em Saúde**. In Dicionário da educação profissional em saúde, 2ª ed, Rio de Janeiro, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. 2005.

CHLAN, Linda L. **Burnout Syndrome Among Critical Care Professionals: A Cause for Alarm**. AHC Media, vol 21, 9, December 2013.

CICONET, Rosane Mortari; MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Vol. 12, n. 26, jul/set. 2008.

COLEMAN, Katie et al. **Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium**. Health Affairs, 28, no.1, 75-85, 2009.

CORDEIRO JUNIOR, Welfane; TORRES, Bárbara Lopes de Brito; RAUSCH, Maria do Carmo Paixão. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2014. Disponível em: gbcr.org.br/downloads/get/id/5/file/53457bf080903.pdf. Acessado em: 18/07/2014.

CRONIN, J. G. **The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland.** Accident and Emergency Nursing, 11, 121–125. 2003.

DELAGI, Robert. **Quality Improvement for Prehospital Providers.** New York State Emergency Medical Services Council, New York State Department of Health, Bureau of Emergency Medical Services. 2007.

DELLAGIUSTINA, Celso Luiz; NITSCHKE, Cesar Augusto Soares. **Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências.** CONASEMS - Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências, 2011. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/noticias-principais/1337-reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emer%E2%80%A6>. Acessado em: 08/09/2014.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema.** Editorial in Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

EMBRIACO, Nathalie et al. **Burnout syndrome among critical care healthcare workers.** Current Opinion in Critical Care, Lippincott Williams & Wilkins, 13:482–488, 2007.

FERREIRA, Vinicius Santos et al. **PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade.** REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 36 (1, Supl. 2) : 147-151; 2012.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **LINHAS DO CUIDADO INTEGRAL: UMA PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE.** Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2011.

FRANCO, Túlio Batista. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.** In Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2ª São Paulo-sp: Hucitec, 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Coleção Micropolítica do trabalho e o Cuidado em Saúde. Editora Rede Unida. 1ª ed. Porto Alegre-RS. 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

GENTIL, Rosana Chami; RAMOS, Laís Helena; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-Hospitalar**. Revista Latino-americana de Enfermagem, março-abril; 16(2). 2008. www.eerp.usp.br/rlae.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas, São Paulo 2008, 6ªed.

GILBOY, Nicki et al. **Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook**. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. Disponível em <http://www.ahrq.gov/research/esi>. Acessado em: 06/03/2013.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al. **Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(2):317-324, abr-jun 2013.

GONTIJO, Arimar Colen; MAIA, Cláudia Santos Castro. **Tomada de decisão, do modelo racional ao comportamental: uma síntese teórica**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 11, n 14, p 13-30, outubro/dezembro 2004.

GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado**. In Qualificação de gestores do SUS.EaD ENSP, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

GREEN, Michael E. et al. **Improving Collaboration between Public Health and Family Health Teams in Ontario**. Healthcare Policy. Vol.8 No.3, Toronto-Canada, 2013.

HABERMAS, Jiirgen. **The Theory of Communicative Action**. Beacon Press Boston, vol 2, 1987.

HASHIMOTO, Atsunori et al. **Application of a First Impression Triage in the Japan Railway West Disaster**. Acta Medica Okayama, Vol. 67, No. 3, pp. 171-176. 2013.

HENRY, Jaymie A.; REIGNOLD, AL. **Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis**. J Trauma Acute Care Surg. Jul;73(1). 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2011.

ITABUNA, **Anuário Estatístico de Itabuna ano base 2009.** Secretaria de Administração, Prefeitura Municipal de Itabuna, 2010.

ITABUNA, **Anuário Estatístico de Itabuna ano base 2010.** Secretaria de Administração, Prefeitura Municipal de Itabuna, 2011.

JODAS, Denise Albieri; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. **Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário.** Acta Paulista de Enfermagem; 22(2):192-7, 2009.

JUNIOR, Welfane Cordeiro. **A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência.** RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - jan/jun 2009.

KNOX, Shane; CULLEN, Walter; Dunne, Colum. **Continuous professional competence (CPC) for emergency medical technicians in Ireland: educational needs assessment.** BMC Emergency Medicine 2013.

KOERICH, Magda Santos et al. **Tecnologias de cuidado em Saúde e Enfermagem e suas perspectivas filosóficas.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 15 (Esp): 178-85. 2006.

KOVACS, Mark. **Stress and coping in the workplace.** The Psychologist Vol 20 No 9, september, 2007.

LAGE, Maria campos; GODOY, Arilda Schimdt. **O uso do computador na análise de dados qualitativos: questões emergentes.** Revista de Administração Mackenzie. Vol. 9, n. 4 edição especial, 2008, pags. 75-98.

LAPKIN, Samuel et al. **Effectiveness of Patient Simulation Manikins in Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review.** Clinical Simulation in Nursing, Elsevier, 2010.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LAXMISAN, Archana et al. **The multitasking clinician: Decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care.** International journal of medical informatics, vol 76, p 801–811, 2007.

LIMA, Janine Lemos de; SOUZA, Maria das Graças Santos; SILVA, Ivanildes Matos. **Educação Permanente: uma construção coletiva em Itabuna-BA.** Relato de experiência, disponível em: <http://atencaobasica.org.br/relato/2260>. Acessado em: 2014.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica.** Revista Interface – comunicação, saúde, educação. Vol. 13 (31), pags. 329-342, outubro-dezembro, 2009.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Redes de Conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço de atenção às urgências.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2): 323-336, fev, 2010.

LUDWIG, Maria Luiza Machado; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. **O contexto de um Serviço de Emergência: com a palavra, o usuário.** Revista Brasileira de Enfermagem. 56 (1). Brasília-DF. 2003.

LUZ, Francys Mary da. **Educação Permanente em Saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Varginhas, Minas Gerais. 2010.

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **Educação em Saúde.** Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/.../unidade09.pdf. Acessado em 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira; FERREIRA, Fernanda Gonçalves Salvador; O'DWYER, Gisele. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira.** Revista Saúde Pública. São Paulo-SP, 2011;45(3):519-28.

MACINKO, James; DOURADO, Inês; GUANAIS, Frederico C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde Diagnósticos, instrumentos e intervenções.** Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2011.

MARQUES, Giselda Quintana. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.** Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

MATUS, Carlos. **Triângulo de Governo**. Strategia Consultores LTDA, Fundación Altadir, 2006.

MEDINA, Walberto Herrera. **Formação dos profissionais de saúde: uma análise dos cursos de especialização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família – BA**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A MODELAGEM DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção a Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro-RJ, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2297-2305.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção a Saúde**. Revista de Medicina de Minas Gerais 2008; Belo Horizonte-MG, 18(4 Supl 4): S3-S11.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção a Saúde**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf acessado em: 2012.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde, um desafio para o público**. HUCITEC, São Paulo, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf. Acessado em: 2012.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em Saúde**. In Dicionário da educação profissional em saúde, 2ª ed, Rio de Janeiro, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, São Paulo. 14ª edição 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1877-1886, ago, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, São Paulo. 17ª edição 2012.

MOREIRA, Davi de Souza et al. **Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568, jul, 2009

MURRAY, M.J. **The Canadian triage and acuity scale: a Canadian perspective on emergency department triage**. Emerg Med (Fremantle) 2003;15:6-10.

NEVES, Cláudia Abbes Baeta; HECKERT, Ana Lúcia Coelho. **Micropolítica do processo de acolhimento em saúde**. Revista de Estudos e pesquisas em Psicologia. UERJ-Rio de Janeiro. Ano 10, nº 01, pags. 151-168. 1º quadrimestre 2010.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: história recente, passado antigo**. In Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed, Hucitec Editora, São Paulo. 2013

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 Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [1]. 2012.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. **Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5),1929-1938, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

ONOCKO, Rosana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed, Hucitec Editora, São Paulo. 2013.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. In Series – Saúde no Brasil 1. Publicado em 09/05/2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acessado em: 2013.

PAZIN FILHO, Antônio et al. **Simulação de pacientes – cursos de suporte de vida ACLS, BLS e PALS na FMRP – USP**. Medicina, Ribeirão Preto, 40 (2): 204-12, abr./jun. 2007.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública 2001; 35(1) www.fsp.usp.br/rsp.

PELEGRI, Alícia Helena Weis et al. **Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa**. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 9, No. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2888/657>. Acessado em: 2014.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. **Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família**. Congresso da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde (CALASS). Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf. Acessado em: 20/11/2012

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol 43, n 2. São Paulo. 2009.

PINET, Luís M. **Atención prehospitalaria de urgências en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud**. Salud Publica de Mexico. Vol 47, n. 1. Ciudad de Mexico, enero-febrero, 2005.

PINHEIRO. Roseni. **Cuidado em Saúde**. In Dicionário da educação profissional em saúde, 2ª ed, Rio de Janeiro, 2008.

PINTO, David; LUNET, Nuno; AZEVEDO, Ana. **Sensibilidade e especificidade do Sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda**. Revista Portuguesa de Cardiologia, 29 (06): 961-987. 2010.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a Enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):729-36 www.eerp.usp.br/rlae.

PRATA, Pedro Reginaldo. **A Transição Epidemiológica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 8 (2), 168-175, abr/jun. 1992.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. **A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais**. Revista Brasileira de Enfermagem, maio-jun; 58(3):355-60. 2005.

RODRÍGUEZ, Eliana Ofelia LLapa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu. **Reflexões conceituais sobre comprometimento organizacional e profissional no setor saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008, maio-junho, 16 (3). www.eerp.usp.br/rlae.

ROMAZINI, Evânio Márcio; BOCK, Lisnéia Fabiani. **Concepções e sentimentos de Enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre prática e formação profissional**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 18 (2), 08 telas, março-abril 2010. www.eerp.usp.br/rlae.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA**. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (1):53-61, 2006.

SANTOS, Marciene Nunes de Oliveira; BRASILEIRO; Marislei Espíndula. **O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2013 jan-jul 4(4) 1-15. Available from: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>. Acessado em: 2014.

SANTOS FILHO, Luiz Alberto Marques. **Revisão sistemática do Sistema de Triage de Manchester na estratificação de risco**. Monografia de Conclusão do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCARPELINI, Sandro; ANDRADE, José Ivan de. **Simulação de pacientes – cursos de suporte de vida, Suporte Avançado de Vida no Trauma**. Medicina, Ribeirão Preto, 40 (2): 199-203, abr./jun. 2007.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. **Transição Epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004.

SILVA, Juliana Guimarães et al. **Atendimento Pré-Hospitalar móvel em Fortaleza-Ceará: a visão dos profissionais envolvidos.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2009, 12 (04), 591 – 603.

SILVA, Livia Gomes da; Alves, Marcelo da Silva. **O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** Revista Atenção Primária a Saúde, vol 11 (1). Janeiro a Março de 2008, pags. 74-84.

SOLER, Wilfredo et al. **El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergências.** An. Sistema Sanitario. Navarra, Vol. 33, Suplemento 1. 2010.

SOUSA, Márcio Victor Holanda. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: estudo bibliográfico.** Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros da Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Escritório da UNESCO no Brasil e Ministério da Saúde, 2002.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCCHÉ, Denise Antunes Azambuja. **Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, 2011.

SUSERUD, Björn-Ove; HALJAMÄE, Hengo. **Role of Nurses in pre-hospital emergency care.** Accident and Emergency Nursing, vol 5, 1997.

TEIXEIRA, Luciana da Silva; MENEGUIN, Fernando B. **Os consórcios intermunicipais aumentam a eficiência no setor público?** Disponível em: <http://www.brasil-economia-governo.org.br/wp-content/uploads/2012/10/os-consorcios-intermunicipais-aumentam-a-eficiencia-no-setor-publico.pdf>. Acessado em: 02/04/2012.

TESTA, Mario. **Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?** SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(3): 247-257, Septiembre - Diciembre, 2007

TRINCAUS, Maria Regiane. **PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SAMU/GUARAPUAVA NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2004 A DEZEMBRO DE 2005.** Disponível em: http://www.unicentro.br/pesquisa/anais/proic/2007/pdf/artigo_232.pdf. Acessado em: 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1. Ed. 19. Reimpr, São Paulo: Atlas, 2010.

VARGAS, Divane. **Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira.** Revista Paulista de Enfermagem, vol 25 (1), 38-43, jan/mar, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VASCONCELOS, Sheyla Melo de. **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE E O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível EM <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/01.pdf>. Acessado em: 27/08/2012.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **ÉTICA.** Civilização Brasileira, 2007 - 302 páginas

VEGIAN, Camila Fernanda Lourenço; MONTEIRO, Maria Inês. **Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Revista Latino Americana de Enfermagem 19 (4) 07 telas. Julho-Agosto 2011. www.ee.usp.br/rlae.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio, ALVES, Marília, SENA, Roseni Rosângela de. **Atendimento Móvel de Urgência como política pública de saúde.** : Revista Mineira Enfermagem, Belo Horizonte, v 12, n 4 out/dez 2008.

VIEIRA, Célia Maria Sales; MUSSI, Fernanda Carneiro. **A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios.** Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo-SP. 2008; 42(4):793-7 www.ee.usp.br/reeusp.

WESTMAN, Mina; BAKKER, Arnold B. Crossover of **Burnout among Health Care Professionals.** In: Handbook of Stress and Burnout in Health Care, Nova Science Publishers, Inc, 2008.

WHO. **World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2008-2009.** World Health Organization, France, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevistas com os Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTAS – PROFISSIONAIS DO SAMU QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA DIRETA OU POR REGULAÇÃO)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “*Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado*”.

Meu nome é Fabrício José Souza Bastos, sou Enfermeiro, aluno do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e pesquisador responsável por esta pesquisa e neste termo irei informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais do SAMU com a produção do cuidado. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o senhor como, por exemplo, uma sala reservada em seu local de trabalho fora da sua escala de serviço. Neste encontro, o (a) senhor (a) responderá a um instrumento de coleta de dados que conta com 30 questões, que abordam os aspectos relacionados à tomada de decisão dos profissionais que atuam no SAMU e seus reflexos no desenho da rede de urgência do município de Itabuna, sendo que a aplicação deste instrumento tem o tempo previsto de duração de quarenta minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Ressalto que o entrevistador está treinado para a aplicação deste instrumento, e estará lhe acompanhando por todo o tempo em que estiver respondendo ao questionário, de modo a lhe auxiliar neste momento. Devido fato de o pesquisador ter vínculo com o serviço em questão, as entrevistas serão realizadas em momento adverso aos seus turnos de trabalho, evitando o comprometimento da assistência prestada.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Ressalto que o pesquisador está treinado para a aplicação deste instrumento, e estará lhe acompanhando por todo o tempo em que estiver respondendo o mesmo. Todas as informações coletadas serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém há a possibilidade de algum desconforto quando estiver sendo entrevistado e em relação a tomada de decisão e sua influência no desenho da Rede de Urgência do município de Itabuna-BA. Caso isso ocorra, nós podemos parar nossa observação e continuar ou não depois, se assim quiser. Esclarecemos que, conforme a legislação vigente no Brasil, você tem direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa. Informamos ainda que será apresentado ao usuário e/ou seu acompanhante ou responsável um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para sua participação no estudo garantindo seus direitos em relação ao mesmo e garantindo indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (item IV 3-h). Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos a influência das tomadas de decisão do profissional do SAMU em campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção Às Urgências do município de Itabuna-BA. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de tomada de decisão, bem como compreender como essas decisões influenciam na real conformação da Rede de Atenção às Urgências, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção às Urgências.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e meu orientador). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3602-3386, das 8 às 17 horas, em dias úteis. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio por meio das minhas respostas junto a entrevista sobre a tomada de decisão dos profissionais do SAMU que atuam no campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção às Urgências no município de Itabuna-BA. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pelo pesquisador responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Urgência para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador Responsável
Prof. Fabrício José Souza Bastos

Orientador
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

_____, ____ de _____ de 201__.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: observação de campo – profissionais de atendimento

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “*Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado*”.

Meu nome é Fabrício José Souza Bastos, sou Enfermeiro, aluno do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e pesquisador responsável por esta pesquisa e neste termo irei informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU com a produção de cuidado. Para isso, precisaremos acompanhar a dinâmica de trabalho da equipe durante o atendimento ao usuário. Neste momento serão observados e registrados em diário de campo para este fim aspectos relacionados à tomada de decisão do profissional do SAMU e a Rede de Atenção às Urgências e aspectos do atendimento em saúde como um todo. O pesquisador não irá interferir no processo de atendimento, permanecendo por 30 dias acompanhando a dinâmica de trabalho da equipe, bem como o atendimento às ocorrências, com o consentimento dos profissionais e usuários que estejam em processo de atendimento, sem intervir na assistência realizada. Ressalto que o pesquisador está treinado para a observação, e estará lhe acompanhando por todo o tempo em que estiver prestando assistência sem interferir na mesma. Devido fato de o pesquisador ter vínculo com o serviço em questão, as observações serão realizadas em momento adverso aos seus turnos de trabalho, evitando o comprometimento da assistência prestada.

Todas as informações coletadas serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém há a possibilidade de algum desconforto quando estiver sendo observado durante o atendimento e em relação a tomada de decisão e sua influência no desenho da Rede de Urgência do município de Itabuna-BA. Caso isso ocorra, nós podemos parar nossa observação e continuar ou não depois, se assim quiser. Esclarecemos que, conforme a legislação vigente no Brasil, você tem direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa. Informamos ainda que será apresentado ao usuário e/ou seu acompanhante ou responsável um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para sua participação no estudo garantindo seus direitos em relação ao mesmo e garantindo indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (item IV 3-h). Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos a influência das tomadas de decisão do profissional do SAMU em campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção Às Urgências do município de Itabuna-BA. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de tomada de decisão, bem como compreender como essas decisões influenciam na real conformação da Rede de Atenção às Urgências, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção às Urgências.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada pelos

pesquisadores (eu e meu orientador). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3602-3386, das 8 às 17 horas, em dias úteis. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio da observação das minhas ações sobre a tomada de decisão dos profissionais do SAMU que atuam no campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção às Urgências no município de Itabuna-BA. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pelo pesquisador responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Urgência para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador Responsável
Prof. Fabrício José Souza Bastos

Orientador
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

_____, ____ de _____ de 201__.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: observação – vítimas ou responsáveis)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa *“Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado”*.

Meu nome é Fabrício José Souza Bastos, sou Enfermeiro, aluno do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e pesquisador responsável por esta pesquisa e neste termo irei informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde no SAMU com a produção de cuidado. Para isso, precisaremos acompanhar a dinâmica de trabalho da equipe durante o atendimento ao senhor (a) ou seu familiar. Neste momento serão observados e registrados em diário de campo para este fim aspectos relacionados à tomada de decisão do profissional do SAMU e a Rede de Atenção às Urgências e aspectos do atendimento em saúde como um todo. O pesquisador não irá interferir no processo de atendimento, permanecendo por 30 dias acompanhando a dinâmica de trabalho da equipe, bem como o atendimento às ocorrências, com o consentimento dos profissionais e usuários que estejam em processo de atendimento, sem intervir na assistência realizada. Ressalto que o pesquisador está treinado para a observação, e estará lhe acompanhando por todo o tempo em que estiver recebendo assistência sem interferir na mesma. Devido fato de o pesquisador ter vínculo com o serviço em questão, as observações serão realizadas em momento adverso aos seus turnos de trabalho, evitando o comprometimento da assistência prestada. Todas as informações coletadas serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém há a possibilidade de algum desconforto quando estiver sendo observado durante o atendimento e em relação a tomada de decisão e sua influência no desenho da Rede de Urgência do município de Itabuna-BA. Caso isso ocorra, nós podemos parar nossa observação e continuar ou não depois, se assim quiser. Esclarecemos que, conforme a legislação vigente no Brasil, você tem direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (item IV 3-h). Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos a influência das tomadas de decisão do profissional do SAMU em campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção às Urgências do município de Itabuna-BA. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de tomada de decisão, bem como compreender como essas decisões influenciam na real conformação da Rede de Atenção às Urgências, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção às Urgências.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e meu orientador). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3602-3386, das 8 às 17 horas, em dias úteis. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio da observação das minhas ações sobre a tomada de decisão dos profissionais do SAMU que atuam no campo e sua relação com o desenho da Rede de Atenção às Urgências no município de Itabuna-BA. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pelo pesquisador responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Urgência para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador Responsável
Prof. Fabrício José Souza Bastos

Orientador
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
_____, ____ de _____ de 201__.

Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada: profissionais envolvidos com o atendimento prestado em campo pelo SAMU Itabuna-BA.

I – Características dos sujeitos/ dados pessoais

Nome (iniciais): _____ D. Nasc: _____

Escolaridade/Formação profissional: _____

Se graduado, tempo de conclusão da graduação: _____

Egresso da Universidade: _____

Tempo no serviço: _____

Tempo de Experiência no atendimento às Urgências: _____

Tempo de experiência em outros serviços de APH: _____

Função: _____ Carga horária semanal: _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

Data e local da entrevista: _____

Questão norteadora: Em que se baseiam profissionais de saúde para tomar decisões acerca da assistência prestada no ambiente pré-hospitalar?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Conhecimento teórico-prático do atendimento de Urgência	Quais conhecimentos científicos necessários na hora do atendimento de Urgência ao usuário do SUS?
Capacitação Profissional	Nas situações excepcionais de urgência da qual não está habituado a prestar atendimento, como você procede? O Sr.(a) participa de capacitações/cursos para o atendimento pré-hospitalar? Quais?
Responsabilidade pela tomada de decisão	O serviço oferece possibilidades de capacitação? Em caso positivo como ocorre? Qual a periodicidade?
Capacidade de avaliação clínica	Qual o seu papel no processo de tomada de decisões clínicas e operacionais sobre as ações realizadas no ambiente pré-hospitalar em uma ocorrência? Na sua opinião quais os responsáveis pelas decisões clínicas e de encaminhamento em campo no atendimento pré-hospitalar?
Capacidade de avaliação das consequências de sua ação	Como o Sr.(a) avalia o grau de gravidade da situação de um usuário durante o atendimento? Como as suas ações de assistência interferem no estado de saúde do usuário e na saúde dos demais munícipes?

Questão norteadora: Qual o conhecimento desses profissionais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e o sistema de atendimento às Urgências planejado para o município?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Política Nacional de Atenção às Urgências	Comente sobre a Política Nacional de Atenção Às Urgências e sua legislação.
Pactuação de serviços de atendimento às Urgências	Qual o papel do SAMU na Política Nacional de Atenção às Urgências no município? Como são distribuídos os casos atendidos pelo SAMU pelos hospitais do município? Qual sua opinião sobre essa distribuição?

Como os profissionais de saúde do SAMU percebem o atendimento de Urgência no município?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Sistema Municipal de atenção Às Urgências – Plano Municipal de atenção às Urgências	Qual sua percepção sobre o sistema de atendimento às Urgências no município e sua estrutura de serviços?
Regulação Médica das Urgências	Comente sobre o plano municipal de atenção às urgências no município de Itabuna? Você tem acesso aos documentos que definem o plano de atenção às urgências do município?
Acessibilidade ao atendimento na Unidade de Emergência	Você conhece o Plano de Atenção a Múltiplas Vítimas e Catástrofes do município de Itabuna? Comente sobre a Regulação das Urgências. Comente sobre o papel do Médico Regulador no SAMU em Itabuna. Quais as facilidades e dificuldades encontradas pela equipe em relação ao atendimento nas Unidades de Emergência do Município?

Apêndice E – Roteiro de Observação Participante.

IDENTIFICAÇÃO			
Data:	Horário de Início:	Horário de Término:	Dia da Semana:
Local da Observação: () Domicílio () Via Pública () Outro _____			
Local da Ocorrência: Endereço:			
Tipo de Ocorrência () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico () Obstétrico () Psiquiátrico () AMV*			
Viatura: () USA () USB 1 () USB 2 () Outro _____			
Profissionais Envolvidos:			
Descrição do Atendimento Prestado ao Usuário desde a recepção até o desfecho:			
ASPECTOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO			
Relações entre os profissionais () HARMONICAS () DESARMONICAS () OUTRO			
Relações entre profissionais e usuários/familiares () HARMONICAS () DESARMONICAS () OUTRO			
Relações entre profissionais e médico regulador () HARMONICAS () DESARMONICAS () OUTRO			
Relação entre os profissionais e equipes de outros serviços envolvidos no atendimento () HARMONICAS () DESARMONICAS () OUTRO			
Desafios colocados na prestação da assistência () CLINICOS () ACESSIBILIDADE () RISCO PARA A EQUIPE () ACESSO NA UNIDADE DE EMERGENCIA () OUTRO			
-quais os conhecimentos necessários para o atendimento, () CLÍNICA () COMUNICAÇÃO () TRAUMA () PEDIATRIA () PSIQUIATRIA () CIRÚRGICO () OBSTETRÍCIA () SUPORTE BÁSICO DE VDA () SUPORTE AVANÇADO DE VIDA () OUTRO			
-como se dá a organização do Sistema de Urgência e a relação entre as instituições. COMUNICAÇÃO ENTRE AS MESMAS – () EFICIENTE () INEFICIENTE () NÃO HOUVE ACESSO DAS EQUIPES AO SERVIÇO () ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM			
CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO REALIZADO:			
-Responsável pela decisão final			
-Participantes da tomada de decisão			
-Referenciais utilizados para a decisão			
-Relação entre decisão tomada e desfecho do caso			
-Destino final do usuário atendido.			

Apêndice F – Autorização para entrada no campo Secretaria Municipal de Saúde Itabuna BA.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: (65) 19 3052.2002 - (65) 19 3052.2181 - Fax: (65) 19 3052.8518
www.eserp.usp.br - eserp@eserp.usp.br

Ofício 01/2013

Prezado (a) Sr (a)

Eu, **Fabrizio José Souza Bastos**, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e responsável pelo projeto "*Sistema de Atendimento Móvel de Urgência de Itabuna-BA: a relação entre a tomada de decisão e a produção do cuidado*", venho por meio deste solicitar autorização para a realização do referido projeto de pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA, destacando que o mesmo será realizado com os profissionais que prestam assistência em campo e na Central de Regulação das Urgências, além da observação das ações dos profissionais do Serviço de Atendimento móvel de Urgência – SAMU 192 – do referido município.

Para a execução do projeto será necessária a liberação do meu acesso ao serviço, bem como a utilização de uma sala disponível para a realização da entrevista. Ressalta-se que o processo de coleta de dados realizar-se-á por meio do meu envolvimento, ligado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado da EERP/USP, e que todo o processo será realizado com a utilização de recursos próprios, advindo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Prevê-se, para a coleta de dados, o gasto de R\$ 100,000 em combustível para a locomoção do pesquisador, além do emprego de R\$ 200,00 para a compra de materiais de escritório (caneta, papel sulfite, grampeadores, tonners e cartuchos para impressora, cadernos de anotação, etc.). Com isso, para a realização da pesquisa neste município, prevê-se o gasto total de R\$ 300,00.

Por fim, as entrevistas realizadas junto aos profissionais que prestam assistência no Serviço de Atendimento móvel de Urgência – SAMU 192 – Itabuna-BA e a observação das suas ações, terá como objetivo analisar como a tomada de decisão do profissional que presta assistência no SAMU Itabuna se relaciona com a produção do cuidado neste serviço.

Atenciosamente,

Fabrizio José Souza Bastos
Doutorando do Programa de Pós Graduação
em Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP
email: fabriziojbastos@yahoo.com.br
fone: 873-9121-8896

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Professor Associado – Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde
Pública (EERP/USP) - Orientador
email: palha@eserp.usp.br
fone: 016-9796-8743

Ilmo (a). Sr (a).

Renan Araújo

Secretário Municipal de Saúde de Itabuna-BA

Renan Oliveira de Araújo
Secretário de Saúde do
Município de Itabuna

RECEBIDO EM:

31/10/2013 às 12:00 hs

Apêndice G – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da EERP-USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 033/2014

Ribeirão Preto, 27 de fevereiro de 2014.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de fevereiro de 2014.

Protocolo CAAE: 13755513.5.0000.5393

Projeto: SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE ITABUNA: A RELAÇÃO ENTRE A TOMADA DE DECISÃO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO.

Pesquisadores: Pedro Fredemir Palha
Fabrício José Souza Bastos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP