

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA

PERCURSO FORMATIVO E NECESSIDADES DE
APRENDIZAGEM DE TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

RIBEIRÃO PRETO
2023

GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA

**PERCURSO FORMATIVO E NECESSIDADES DE
APRENDIZAGEM DE TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de pesquisa: Educação, Tecnologia Educacional, Formação em docência, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosângela Andrade Aukar de Camargo

**RIBEIRÃO PRETO
2023**

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.

Ferreira, Glenyston Nascimento

Percurso formativo e necessidades de aprendizagem de trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência / Glenyston Nascimento Ferreira. - Ribeirão Preto, 2023.

123f. : il. 30cm

Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

Orientadora: Rosângela Andrade Aukar de Camargo

1. Enfermagem. 2. Urgência e Emergência. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Serviços Médicos de Emergência. 6. Cuidado de Saúde Universal. I. Título.

Glenyston Nascimento Ferreira

**Percurso formativo e necessidades de aprendizagem de trabalhadores
de um serviço de atendimento móvel de urgência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-
Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____
Instituição _____
Julgamento _____

Dedicatória

Aos meus pais, José Henrique e Maria Cleusa, por me ensinar a trilhar o caminho da verdade, da justiça e da fé. Aos meus irmãos, Gleydston e Gleydiane, meus companheiros de todas as horas, aos meus sobrinhos e afilhados pelos quais zelo e tenho amor incondicional, se não fosse por cada um de vocês nada teria valido a pena.

Agradecimentos

A Deus pelo dom inefável da vida, por me permitir buscar o conhecimento que liberta e o aprendizado que me fortalece.

Aos meus pais por serem meus guias, meus amigos e mestres na educação para a vida e para o mundo.

Aos meus irmãos, meus companheiros e primeiros heróis, sempre comigo, me deram apoio e aconchego nos momentos em que pensei que não conseguiria seguir em frente.

A minha orientadora Rosângela, mestra, amiga, conselheira, apaziguadora e ponderadora nos momentos em que a ansiedade gritava na tentativa de impedir o progresso.

Aos meus avós, Antônio (Totonho), Getúlio e Eva (*in memoriam*), faltam palavras para dizer a falta que fazem aqui, mas sei que do céu estão orgulhosos por eu poder estar avançando na estrada do saber e da ciência.

A minha avó Maria Piedade (Dade), em especial, que dedico toda esta dissertação, você foi o livro mais lindo que a vida poderia ter me dado. Vovó, com você aprendi sobre o amor, fui catequizado, aprendi sobre o homem e seu papel no mundo, como podemos ser grandes sem precisar diminuir ninguém ao nosso redor, aprendi contigo, minha amada avó, sobre a vida e o viver, sobre amar e exalar o amor nos mais simples atos.

Aos meus tios, em especial tia Érika, meus mais sinceros agradecimentos por acreditarem em mim.

Aos meus amigos, Helena, Camila, Bruno, Julio, Rodrigo, Wellington, Thaís, Líria, Patrícia Reis, que estiveram comigo nesta trajetória, incentivando e compreendendo as ausências, meu mais sincero agradecimento.

As minhas companheiras de mestrado, Aila e Jeniffer, que me mantiveram, deram forças e incentivos, obrigado por me ajudarem tanto na construção deste trabalho.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

Epígrafe

“Ainda que eu fale a língua dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como o bronze que soa ou como o címbalo que retine. Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montanhas, se não tiver amor, nada serei”.

Carta de Paulo aos Coríntios

RESUMO

FERREIRA, G. N. **Percurso formativo e necessidades de aprendizagem de trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência.** 124 p. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

INTRODUÇÃO: No Brasil, a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na última década com a disseminação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Neste contexto, está inserido o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tendo em vista que a qualificação de suas ações depende de uma equipe que aprimora suas competências técnicas baseada nas evidências da literatura e consciente de suas responsabilidades ético-sociais. Um dos desafios da gestão do SAMU é a implantação de um processo de trabalho que possa integrar no seu cotidiano atividades de educação, que favoreçam as mudanças da prática profissional que se fizerem necessárias frente aos problemas identificados. Atividades que deverão ser construídas por meio do diálogo democrático entre os profissionais, gestores e usuários a partir de problemas identificados, bem como de necessidades de aprendizagem da equipe. **OBJETIVO:** Analisar o percurso formativo de trabalhadores de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas percepções sobre as necessidades de aprendizagem para qualificação do seu processo de trabalho na unidade. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo realizada com trabalhadores de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município do interior do Estado de São Paulo à luz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire; a coleta de dados foi realizada a partir de encontros dialógicos on-line com 20 trabalhadores do local pesquisado (4 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 4 médicos, 3 técnicos auxiliares de regulação médica [TARM] e 3 condutores), que foram transcritos e analisados segundo a temática dos conteúdos identificados. **RESULTADOS:** Participaram deste estudo: seis (37,5%) técnicos em enfermagem, quatro (80%) enfermeiros, quatro (21,05%) médicos, três (13,04%) condutores e três (13,63%) TARM. No mapa temático construído as principais categorias dos assuntos trazidos pelos participantes foram as seguintes: a formação dos trabalhadores e a necessidade do conhecimento teórico-prático no Atendimento Pré-

Hospitalar (APH); a necessidade de atualização do conhecimento teórico-prático e a compreensão da Educação Permanente em Saúde no APH; a internet enquanto ferramenta na busca de informações atualizadas e a necessidade do diálogo na construção coletiva do conhecimento; a necessidade de atualização do conhecimento técnico-científico na pandemia e a conscientização sobre a importância das normas regulamentadoras; a percepção do processo de trabalho e a necessidade de compreensão do trabalho de equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os profissionais do SAMU enfrentam grandes dificuldades com os processos formativos. Apesar da heterogeneidade da formação inicial e os cursos que foram desenvolvidos, as iniciativas foram interrompidas ou suprimidas e, atualmente, ocorrem de forma assistemática e pontual. Constata-se também que há a necessidade de aprimorar as estratégias de aprendizado para essa população e que os Núcleos de Educação Permanente, fundamentados pelos círculos de cultura, podem contribuir para favorecer tal prática. Além disso, a pandemia da COVID-19 dificultou ainda mais o trabalho desses profissionais.

Palavras chave: Enfermagem, Urgência e Emergência, Educação Permanente em Saúde, Saúde Pública, Serviços Médicos de Emergência, Cuidado de Saúde Universal.

ABSTRACT

FERREIRA, G. N. **Training path and learning needs of workers of a mobile emergency care service**. 124 p. Dissertation (Master's Degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

BACKGROUND: In Brazil, the training of human resources for the Unified Health System (SUS) has advanced, in the last decade, with the dissemination of the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS). The Mobile Emergency Care Service (SAMU) is inserted in this context, considering that the qualification of its actions depends on a team that improves its technical competencies based on the evidence of the literature and awareness of its ethical-social responsibilities. One of the challenges of SAMU management is the implementation of a work process that could integrate into their daily lives educational activities, which could favor the changes in professional practice that are necessary to face the problems identified. These activities should be built from the democratic dialogue between professionals, managers and users based on identified problems, as well as on the learning needs of the team. **OBJECTIVE:** To analyze the training path of workers of a mobile emergency care service and their perceptions about the learning needs for qualification of their work process in the unit. **METHOD:** This is a descriptive research study of qualitative nature carried out with health workers of mobile emergency care service of a municipality in the Northeast region of the state of São Paulo in the light of the National Policy of Permanent Education in Health and the theoretical-methodological framework of Paulo Freire; data collection was performed through online meetings with 20 workers from the researched site (4 nursing technicians, 4 nurses, 4 physicians, 3 auxiliary technicians of medical regulation [TARM], and 3 drivers), meetings were transcribed and analyzed according to the theme. **RESULTS:** In the research context, according to professional categories, participated in this study: six (37.5%) nursing technicians, four (80%) nurses, four (21.05%) physicians, three (13.04%) drivers, and three (13.63%) TARMs. As a result, a thematic map was obtained containing the main categories of the themes brought by participants; training of workers and the need for theoretical and practical knowledge in Pre-Hospital Care (PHC); need to update theoretical and practical knowledge and understanding of Permanent Education in Health in PHC; internet as a tool in the search for updated

information and the need for dialogue in the collective construction of knowledge; need to update technical-scientific knowledge in the pandemic and raise awareness of the importance of regulatory standards; perception of the work process and the need to understand teamwork. CONCLUSION: Through this research, it is possible to observe that SAMU professionals face great difficulties with the educational processes, it also points out that, despite the heterogeneity of initial training and the courses that were developed, the initiatives were interrupted or suppressed, and they currently occur in an unsystematic and punctual way. It is also noticed that there is a need to improve the forms of learning strategies for this population, and that the Permanent Education Centers based on cultural circles contribute to favor this practice. In addition, the COVID-19 pandemic has made the work of these professionals even more difficult.

Keywords: Nursing, Urgency and Emergency, Permanent Health Education, Public Health, Emergency Medical Services, Universal Health Care.

RESUMEN

FERREIRA, G. N. **Trayectoria educacional y necesidades de aprendizaje de los trabajadores de un servicio móvil de atención de emergencia. 124 p. Disertación (Maestría)** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2023.

INTRODUCCIÓN: En Brasil, la formación de recursos humanos para el Sistema Único de Salud (SUS) ha avanzado en la última década con la difusión de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). En este contexto, está el Servicio Móvil de Atención de Emergencia (SAMU), considerando que la calificación de sus acciones depende de un equipo que mejore sus competencias técnicas a partir de la evidencia de la literatura y consciente de sus responsabilidades ético-sociales. Uno de los desafíos de la gestión de SAMU es la implementación de un proceso de trabajo que pueda integrar en su vida diaria actividades educativas, que favorezcan los cambios en la práctica profesional que sean necesarios frente a los problemas identificados. Actividades que deben construirse a través del diálogo democrático entre profesionales, gestores y usuarios a partir de los problemas identificados, así como de las necesidades de aprendizaje del equipo. **OBJETIVO:** Analizar la trayectoria educacional de los trabajadores de un Servicio Móvil de Atención de Emergencia y sus percepciones sobre las necesidades de aprendizaje para la calificación de su proceso de trabajo en la unidad. **MÉTODO:** Se trata de una investigación descriptiva de carácter cualitativo realizada con trabajadores de salud del Servicio Móvil de Atención de Emergencia de un municipio del interior del Estado de São Paulo a la luz de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud y del referencial teórico-metodológico de Paulo Freire; la colección de datos fue a través de reuniones en línea con 20 trabajadores del sitio investigado (4 técnicos de enfermería, 4 enfermeros, 4 médicos, 3 técnicos auxiliares de regulación médica (TARM) y 3 conductores), las reuniones fueron transcritas y analizadas de acuerdo con el tema de los contenidos identificados. **RESULTADOS:** En el contexto de la investigación, de acuerdo con las categorías profesionales, participaron en este estudio: seis (el 37,5%) técnicos de enfermería, cuatro (el 80%) enfermeros, cuatro (el 21,05%) médicos, tres (el 13,04%) conductores y tres (el 13,63%) TARM. Como resultado, se obtuvo un mapa temático con las principales categorías de los temas aportados por los participantes; la

formación de los trabajadores y la necesidad de conocimientos teóricos y prácticos en Atención Prehospitalaria (APH); la necesidad de actualizar los conocimientos teóricos y prácticos y la comprensión de la Educación Permanente en Salud en la APH; internet como herramienta en la búsqueda de información actualizada y la necesidad de diálogo en la construcción colectiva del conocimiento; la necesidad de actualizar los conocimientos técnico-científicos en la pandemia y crear conciencia sobre la importancia de las normas regulatorias; la percepción del proceso de trabajo y la necesidad de entender el trabajo en equipo. **CONSIDERACIONES FINALES:** Con esta investigación se puede observar que los profesionales de SAMU enfrentan grandes dificultades con los procesos educativos, también señala que a pesar de la heterogeneidad de la formación inicial y los cursos que se desarrollaron, las iniciativas fueron interrumpidas o suprimidas, y actualmente ocurren de manera no sistemática y puntual. También se observa que existe la necesidad de mejorar las formas de estrategias de aprendizaje para esta población, y que los Centros de Educación Permanente basados en círculos culturales contribuyen a favorecer esta práctica. Además la pandemia de COVID-19 ha dificultado aún más el trabajo de estos profesionales.

Palabras clave: Enfermería, Urgencia y Emergencia, Educación Permanente en Salud, Salud Pública, Servicios Médicos de Emergencia, Atención Universal de Salud.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Portaria 3.194 de 28/11/2017 | 33 |
| Quadro 2- Conteúdo Programático NEU | 86 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Caracterização dos códigos iniciais por categoria profissional | 56 |
| Figura 2- Mapa temático dos encontros on-line | 59 |
| Figura 3- Banco dos Códigos Refinados e Finais | 60 |
| Figura 4- Mapa temático finalizado | 61 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Situação dos chamados abertos em 2021 no local estudado | 46 |
| Tabela 2 - Classificação dos chamados abertos em 2021 no local estudado | 46 |
| Tabela 3 - Tipo de ambulância utilizada nos atendimentos do SAMU em 2021 no local estudado | 47 |
| Tabela 4 - Sexo dos usuários do SAMU em 2021 no local estudado | 47 |
| Tabela 5 - Tipo de chamada recebida pelo SAMU em 2021 no local estudado | 47 |
| Tabela 6 - Caracterização dos participantes | 55 |

SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| APH | Atendimento pré-hospitalar |
| DRS | Departamento Regional de Saúde |
| EP | Educação Permanente |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEU | Núcleo de Educação em Urgência |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RAU | Rede de Atenção às Urgências |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| RRAS | Redes Regionais de Atenção à Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| TARM | Técnico auxiliar de regulação médica |
| USA | Unidade de Suporte Avançado |
| USB | Unidade de Suporte Básico |
| SIGS | Sistema Integrado de Gestão da Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| <i>APRESENTAÇÃO</i> | 19 |
| <i>INTRODUÇÃO</i> | 22 |
| <i>REVISÃO DE LITERATURA</i> | 31 |
| <i>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</i> | 36 |
| <i>OBJETIVOS</i> | 41 |
| <i>MÉTODO</i> | 43 |
| <i>RESULTADOS</i> | 523 |
| <i>DISCUSSÃO</i> | 79 |
| <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> | 102 |
| <i>REFERÊNCIAS</i> | 104 |
| <i>APÊNDICES</i> | 116 |
| <i>ANEXOS</i> | 120 |

APRESENTAÇÃO

Formado em dezembro de 2008 pela Universidade do Estado de Minas Gerais no curso de Bacharelado em Enfermagem, campus de Passos/MG, me mudei para Ribeirão Preto para trabalhar numa instituição hospitalar particular em meados do ano de 2009.

Exerci atividades enquanto enfermeiro assistencial por quatro anos. Desenvolvi as práticas em clínica médica e cirúrgica, atendimento em urgência e emergência no serviço de pronto atendimento, também pude atuar nas unidades de terapia intensiva adulto e infantil e unidade coronariana.

Acredito que exercer a enfermagem é, num primeiro momento, aprender a viver enquanto um ser em evolução e que as contribuições que temos a fazer nesse campo científico nos convidam a pensar na nossa condição de homem em movimento e em construção, construção essa que podemos aprimorar diariamente.

Com essa perspectiva, minha primeira especialização, iniciada em 2012, foi em auditoria de processos em enfermagem, num movimento de aprimorar as visões e necessidades gerenciais do enfermeiro e a importância de exercê-la com responsabilidade e excelência.

Ao dar continuidade na trajetória profissional, em 2013, assumi o cargo de enfermeiro da rede de urgências na cidade de Franca/SP, momento de mudanças e novos aprendizados, agora na área pública no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2015, assumi como Responsável Técnico a coordenação do serviço de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que seria inaugurada nessa mesma cidade, momento significativo profissionalmente, em que novos desafios surgiram e me possibilitaram iniciar uma nova fase de minha jornada profissional, agora na gestão de um serviço de saúde integrado à Rede de Atenção à Saúde do SUS. As vivências geradas enquanto gestor provocaram diversas inquietações, dentre elas a área educacional e a qualificação de recursos humanos para essa unidade de saúde estratégica para o município.

Como resultado do serviço desenvolvido nessa UPA, em 2016, a convite da coordenação da Secretaria de Saúde, iniciei nova especialização profissional em Segurança do Paciente.

Cabe destacar que, desde a graduação, chamavam a minha atenção as ações voltadas à capacitação das equipes e às contribuições que tais medidas podem favorecer a assistência e dinâmica de trabalhos. Sendo assim, no meu trabalho de conclusão de curso, trabalhei com a abordagem sobre a “Capacitação da equipe de enfermagem no cuidado às pessoas com câncer”, numa avaliação da visão que os técnicos em enfermagem tinham sobre o aprimoramento do trabalho, e os resultados foram ao encontro de minhas expectativas, quando as pessoas, em sua maioria, afirmaram que é de grande importância o aprimoramento e aprendizado contínuos.

A inquietação acerca do processo formativo dos trabalhadores do SAMU surgiu da proximidade que tive ao assumir a coordenação desse serviço no município de Franca em 2017, cidade do interior paulista, onde pude ter contato assíduo com a gestão e toda sua complexidade.

Num primeiro momento, os desafios que tive foram com a gestão da equipe multiprofissional, porque, até aquele momento, minha experiência era apenas com a supervisão da enfermagem. Ademais, foi necessário e essencial me apropriar do cenário de trabalho e suas especificidades, momento de muito aprendizado e crescimento profissional.

Temos acompanhado, nos últimos anos, o aumento da demanda por serviços de atendimento móvel de urgência e assistido o fortalecimento de políticas e estratégias para a capacitação dos trabalhadores desses serviços.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem se destacado na redução de danos e sequelas às vítimas de traumas, urgências clínicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, devido a suas abordagens rápidas e amparadas de protocolos e profissionais capacitados para os diversificados e inesperados tipos de atendimento.

Nesse contexto, em que se evidenciam a atuação profissional e a necessidade de capacitações de seus integrantes, o SAMU recebe especial atenção respaldada pelas Portarias Ministeriais que serão apresentadas no decorrer desta pesquisa.

Estreitando os laços com as diversas Políticas e Portarias Ministeriais, em consonância com a realidade observada do Sistema Único de Saúde, nasce a necessidade de aprofundar a discussão sobre as ações da Educação Permanente em Saúde e a prática formativa para a qualificação dos profissionais do SAMU.

Com essa perspectiva, busco com este estudo contribuir, a partir do mestrado acadêmico, escutar as necessidades dos trabalhadores desse serviço e propor, num futuro próximo, ações assertivas na formação dos mesmos, alinhadas aos princípios da Educação Permanente.

Em 2019, retorno para a assistência no Pronto Socorro de Referência do município.

Ressalto que o contexto em que foi desenvolvida esta pesquisa foi permeado fortemente pelos desdobramentos da pandemia da COVID-19, tragédia mundial que vivenciei diretamente como enfermeiro assistencial no referido pronto-socorro. As pressões diárias implicaram em repercussões que impactaram a minha saúde física e mental, assim como na grande maioria dos profissionais de saúde que passaram por essa experiência. Com isso, o desenvolvimento e a finalização deste estudo foram postergados, uma vez que nosso compromisso na qualificação e interpretação dos dados necessitava de uma verdadeira imersão que pudesse traduzir o seu verdadeiro valor científico.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o atendimento pré-hospitalar móvel tornou-se parte integrante do sistema de saúde e pode ser definido como o atendimento recebido por um paciente antes de chegar a um hospital. No Brasil, esse atendimento é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e é norteado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal serviço é caracterizado como potencialmente perigoso com implicações para a segurança do paciente. Uma revisão sistemática que incluiu 22 artigos, a maioria da Europa e da América do Norte, apontou que 1 a cada 10 pacientes atendidos no pré-hospitalar sofreu algum tipo de incidente, enquanto na atenção primária é de 2 a 3 para cada 100 consultas (GULATI *et al.*, 2021). Ainda que não exista um método para avaliar a segurança do paciente no pré-hospitalar, tal necessidade foi apontada por essa revisão como crucial no atendimento, bem como a educação permanente dos trabalhadores que atuam nesse contexto.

Este estudo tem como foco o percurso formativo de trabalhadores do SAMU e suas necessidades de aprendizagem, uma vez que, além dos conhecimentos introdutórios que são essenciais no processo de trabalho da equipe, os novos conhecimentos evidenciados pela literatura e práticas do cuidado neste contexto exigem atualizações e revisões frequentes, ou seja, um investimento individual e coletivo em novos aprendizados.

No Brasil, a formação de recursos humanos para o SUS tem avançado, na última década, com a disseminação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e atinge vários setores da saúde e suas instituições (FRANÇA *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, o preparo da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar no SAMU é um desafio que depende de ações educativas sistematizadas a partir de necessidades identificadas no processo de trabalho. Busca-se com estas ações de cunho democrático o aprimoramento das competências técnicas baseadas nas evidências da literatura e, principalmente, que a equipe tenha consciência de suas responsabilidades ético-sociais na e para a comunidade que assiste. Neste sentido, um dos desafios da gestão participativa do SAMU é a implantação de um processo de trabalho que possa integrar no seu cotidiano atividades de educação permanente, que favoreçam as mudanças da prática profissional que se fizerem necessárias frente aos problemas identificados, a exemplo da COVID-19. Atividades que deverão ser construídas a partir do diálogo democrático entre trabalhadores, gestores e população em geral (HETTI *et al.*, 2013).

Ressaltam-se aqui a complexidade e diversidade das situações enfrentadas no cotidiano desses trabalhadores que envolvem todos os momentos do ciclo vital e que ocorrem em comunidades com perfis epidemiológicos e culturais específicos. A tomada de decisão no atendimento pré-hospitalar tem algumas características específicas, porque os profissionais que

atuam nessa área são obrigados a enfrentar situações adversas no atendimento aos pacientes, sejam eles recém-nascidos, crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos, por vezes, em locais de difícil acesso, geralmente com poucos recursos. Desse modo, os profissionais necessitam de constante aprimoramento das habilidades que envolvem contextos complexos e diversos para melhor atender as ocorrências do dia a dia (PACHECO, 2019).

O atendimento pré-hospitalar iniciou-se no período das guerras com a necessidade de socorrer os feridos em batalha. Gradativamente, a trajetória histórica desse atendimento evoluiu e foi aprimorado com a criação do Comitê Internacional da Cruz Vermelha, em 1863, que passou a contar com diferentes veículos de transportes, profissionais qualificados e atuação de voluntários para socorrer os soldados feridos das guerras da época, o primeiro serviço móvel de urgência foi implementado na França, em 1965 (RAMOS, SANNA, 2005).

A trajetória histórica dos serviços móveis de urgência no contexto brasileiro foi alicerçada nos modelos estruturados pela França e Estados Unidos da América em meados da década de 60 do século passado. Esses países criaram um serviço médico de emergência por meio de ambulâncias conectadas a Centrais de Atendimento, acionadas por um número telefônico unificado e acessível para toda a população. Na década de 80, o Brasil norteado por esses modelos, inicia o atendimento às urgências traumáticas pela equipe do Corpo de Bombeiros na cidade do Rio de Janeiro, sendo esse local pioneiro na oferta desse serviço para a população (SCARPELINI, MINAYO, 2007; DESLANDES, 2008).

Conceitualmente, o atendimento pré-hospitalar é toda e qualquer assistência a ser realizada, direta ou indiretamente, fora de um ambiente hospitalar, que pode ser móvel ou fixo, e tem como pressuposto que, dependendo do suporte imediato oferecido à vítima, lesões e traumas podem ser tratados sem gerar sequelas significativas (LOPES, FERNANDES, 1999; MINAYO, DESLANDES, 2008; LAZARO, FONTES JUNIOR, MONTEIRO, 2015).

A prioridade é a vítima e os meios e métodos existentes poderão variar de um simples conselho às intervenções complexas com o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local solicitado (BRASIL, 2016).

Atualmente, podemos diferenciar as urgências e emergências, sendo as urgências ocorrências imprevistas de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já emergências são definidas como constatação médica de condição de agravo à saúde que implica em risco ou sofrimento iminente de vida, exigindo assim tratamento médico imediato (CFM, 1995).

O SAMU foi oficializado pelo Ministério da Saúde pelo Decreto n. 5.055 de 2004 (BRASIL, 2004). Posteriormente, foram publicadas várias portarias que o regulam de acordo

com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MINAYO, DESLANDES, 2008).

Desde a sua criação novas políticas foram incluídas ou atualizadas no SAMU, como, por exemplo, aquelas específicas sobre redução de violências contra diversas populações, consideradas um avanço desde a criação da primeira portaria, porém ainda existem desafios na implantação dessas políticas nos serviços e também enquanto conteúdo nos cursos da saúde (MINAYO *et al.*, 2018).

Toda essa política normativa decorre da necessidade do atendimento às urgências e emergências no país, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana. O IPEA constatou 47.742 mortes violentas no ano de 2019, número que consubstancia o grande problema de saúde pública enfrentado pelo Brasil (IPEA, 2019). A resposta política para o atendimento das vítimas da violência, entre outras situações, foi posta na Portaria n. 2.048 de 2002 que tem como objetivo a consolidação dos sistemas de Urgência e Emergência, a partir da implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, e destaca que é imprescindível o envolvimento de toda a rede, desde a pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2002).

O atendimento pré-hospitalar móvel de urgência é entendido como um serviço que procura chegar precocemente à vítima que sofreu algum agravo à sua saúde, seja clínico, cirúrgico, traumático ou psiquiátrico. Deve estar vinculado a uma Central de Regulação e equipe, além de uma frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou região (BRASIL, 2002).

A consolidação do atendimento pré-hospitalar no Brasil, a partir das diversas portarias ministeriais, e a apropriação das mesmas pela gestão e os profissionais da equipe do SAMU são fundamentais para a organização e sistematização do processo de trabalho. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) se norteou pelos princípios do SUS e estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção, e teve como componentes para organização de redes de atenção integral às urgências: o pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde, agentes comunitários, entre outros), o pré-hospitalar móvel (SAMU), o hospitalar e o pós-hospitalar (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2010).

Nesse arcabouço legal, as Portarias n. 1.683 e n. 1.684 de 2003 instituem, respectivamente, a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro,

SAMU-192. A segunda institui o componente pré-hospitalar móvel em consonância à portaria anterior (BRASIL, 2003).

Atualmente, o SAMU desenvolve o atendimento emergencial nas 24 horas do dia, ininterruptas, nas casas das pessoas, nos locais de trabalho e nas estradas, com parâmetros nacionais. Seu objetivo é a garantia do atendimento de vítimas de lesões, traumas, com transporte adequado e o devido encaminhamento para a rede de referência do SUS. O SAMU também passa por um processo de atualização permanente em sua composição e estrutura de trabalho (SCMALFUSS *et al.*, 2020)

O atendimento se dá por meio de um número gratuito, o 192, em que as chamadas são atendidas por meio de Regulação Médica, que definirá o envio de equipe capacitada ao local solicitado ou o oferecimento de instruções específicas (O'DWYER *et al.*, 2013).

O SAMU atende 75% de toda a população em território nacional, são mais de 2.965 unidades móveis, sendo 2382 unidades de suporte básico, 567 unidades de suporte avançado, 217 motolâncias, nove equipes de embarcação e sete aeromédicas. O órgão responsável pela sua gestão é o Ministério da Saúde e, em 2012, foram destinados 533 milhões de reais para a gestão do SAMU (TIBÃES *et al.*, 2018). No exercício de 2015, o montante de recursos empenhados na Ação 8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) foi de R\$ 1.014.338.455,10, conforme informações constantes do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI. Esse montante corresponde a recursos transferidos pela União aos estados e municípios a título de custeio das Unidades Móveis de Saúde habilitadas (BRASIL, 2016).

Esse tipo de serviço também é encontrado em outros países, entre eles o Reino Unido, o *National Health Service* é uma referência em serviço de saúde para o mundo todo, o atendimento móvel de urgência no país possui 63% de aprovação dos usuários, quando perguntados sobre a satisfação do serviço prestado, e 59% com a assistência dos profissionais de saúde (DIAS *et al.*, 2016). No Brasil, um estudo realizado em 13 bases do SAMU em Porto Alegre, o serviço foi classificado como “muito bom” por 76,8% dos respondentes. Desses, 81,1% afirmaram que o atendimento foi resolutivo (BATTISTI *et al.*, 2019).

A Portaria MS 2.048 de 2002 define, em seu capítulo 2, os veículos utilizados no atendimento pré-hospitalar como:

Ambulância de Suporte Básico (USB): Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de paciente com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado como potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante o

transporte até o serviço de destino; Ambulância de Suporte Avançado (USA): Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função (BRASIL, 2002).

E, ainda, traz a definição das equipes que devem compor as viaturas, em que a Unidade de Suporte Básico (USB) deve ser composta por socorrista condutor e técnico de enfermagem e a Unidade de Suporte Avançado (USA), composta por socorrista condutor, médico e enfermeiro. Por fim, a Central de Regulações compõe-se de médico regulador, técnico auxiliar de regulação médica (TARM) e rádio operador (RO) (BRASIL, 2002).

A enfermagem e, em especial, o enfermeiro atuam no SAMU nas situações pré-hospitalares, situações de gravidade. Além disso, ele é parte obrigatória de qualquer equipe de atendimento, além das competências assistenciais, também cabe ao enfermeiro ser responsável pelas atividades de gestão do serviço e assistência, planejamento e implementação das práticas educativas dentro das equipes (LUTCHEMBER, PIRES, 2016).

As definições da Educação Permanente em Saúde (EPS) e sua correlação com o SAMU se fundamentam e entrelaçam entre as Políticas de Saúde e diversas Portarias Ministeriais.

Para a implantação do SAMU, são descritas pela Portaria n. 1.010 de 2012 as diretrizes que elucidam os seguintes aspectos:

- Composição da Central de Regulações;
- Base descentralizada;
- Unidades móveis;
- Regionalização;
- Da capacitação;
- Dos incentivos financeiros para implantação, habilitação e qualificação (BRASIL, 2012).

Sendo assim, a Educação Permanente (EP), ao compor uma das diretrizes para a implantação do SAMU publicadas na Portaria nº 1.010 de 2012, em seu capítulo IV, deve corroborar com a assistência dos serviços de urgências, como descrito no artigo 11 em seu parágrafo único (BRASIL, 2012).

Consta que o SAMU deverá dispor de programa de EP e que deverá ser promovido de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências (RAU). Entre as demais diretrizes que a mesma Portaria aborda, está a composição da Central de Regulações, as equipes que deverão compor o serviço e os indicadores que deverão ser enviados ao Ministério da Saúde para manter a habilitação e qualificação do serviço e seu custeio (BRASIL, 2012).

Para tanto, a criação do Núcleo de Educação em Urgência (NEU), a exemplo do município de Ribeirão Preto do estado de São Paulo - Brasil (RIBEIRÃO PRETO, 2019), tem como objetivo estratégico formar um espaço interinstitucional, combinando conhecimentos e meios materiais, qualificando as demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo às demandas inerentes a um sistema organizado de atenção. Entre os objetivos operacionais, cabe citar que o NEU visa promover programas de formação e educação continuada de acordo com as necessidades diagnosticadas em cada região, formar os recursos humanos envolvidos em toda dimensão da atenção regional e estimular a criação de equipes multiplicadoras que possam implantar a educação continuada (EC) nos serviços de urgência (BRASIL, 2002).

Segundo Hetti *et al.* (2013), ao estudarem sobre a EP em um SAMU do Estado de São Paulo, apontam a diferença entre os termos capacitação e treinamento. Nesse contexto, treinamento caracteriza-se por desenvolver habilidades técnicas específicas, enquanto a capacitação se dá num processo de aprendizagem no qual competências são trabalhadas, buscando o desenvolvimento fundamentado nos valores pré-existentes e favorecendo o surgimento de novas ideias que tragam melhorias para o trabalho.

Para Silva *et al.* (2018, p.1), que analisaram o processo de construção da EPS no Brasil, “os discursos da centralidade do trabalho, com suas demandas de profissionalização, qualificação e capacitação, convivem com os discursos da centralidade do sujeito e com suas necessidades de saber e aprender no e com o cotidiano”.

Nesse estudo, os aspectos do termo capacitação como é posto pela legislação se contrapõem aos nossos objetivos, que se alinham com a formação integral do trabalhador/cidadão. Tal como Santana *et al.* (2012), que compreendem a Educação Permanente como um processo de aprendizagem no trabalho em que aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao trabalho, no trabalho em saúde, isso acontece a partir da problematização do processo de trabalho, considerando as necessidades específicas de cada realidade de trabalho.

Conceitos que derivam e se alinham à Portaria n. 198 de 2004, marco da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que descrevem a educação permanente como aquela aprendizagem desenvolvida no trabalho e propõem que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde assumem como referência as necessidades das pessoas e das populações e objetivam a transformação da prática profissional e da organização além de que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Após 10 anos, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 278 de 2014, que instituiu as diretrizes para implementação da PNEPS. O documento considera EPS como a aprendizagem no trabalho em que o ensinar e o aprender são incorporados ao cotidiano das organizações, que deve ser fomentada por práticas educacionais em espaços coletivos com fortalecimento das equipes multidisciplinares, ser estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde, além de contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e também valorizar o trabalhador e o trabalho na perspectiva da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2014).

A EPS tem como foco atuar com a experiência do trabalhador e na aquisição do conhecimento a partir da realidade do serviço em que estão inseridos. Portanto, é complexa e desafiante, visto que o gestor deve proporcionar processos educativos que sensibilizem o profissional no seu modo de agir, ser e pensar. Por fim, a EPS, para ser operacionalizada, necessita que os gestores e demais profissionais conheçam a política que embasa essa estratégia (HETTI *et al.*, 2013).

A EPS utiliza de ferramentas que instigam o pensamento crítico sobre as práticas utilizadas no processo de trabalho, que acarretam mudanças individuais e coletivas, reorganizando todo o processo de trabalho. Atualmente existem dificuldades de diferenciar os tipos de estratégias de aprendizagem disponíveis para profissionais de saúde, além da falta de tempo, sobrecarga de trabalho e falta de conhecimento sobre educação permanente por parte dos gestores (SILVA *et al.*, 2018).

Os desafios são complexos porque implicam na desconstrução de uma abordagem educativa baseada na transmissão e repetição de informações, paradigma histórico na educação brasileira que limita o senso crítico e reflexivo do cidadão.

Em Fortaleza, no Ceará, o SAMU conta com um processo de educação permanente, com a proposta de formar os profissionais de saúde. Desafio que se deparou com um alto índice de evasão dos profissionais, baixa adesão e desmotivação, isso fez com que a equipe refletisse sobre a importância de metodologias ativas de ensino que se ancoram no protagonismo do trabalhador (SOARES, AZEVEDO, 2021).

A partir de uma prática em experimentação como política de educação para o Sistema Único de Saúde, no início dos anos 2000, Ceccim *et al.* (2005) apresentam o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, que permita a análise crítica da educação que temos feito no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores (CECCIM *et al.*, 2005). Nesse contexto, a imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da

gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social (CECCIM *et al.*, 2005).

O conceito de Gestão Participativa pode ser entendido como uma forma de gestão por instâncias formais e adaptáveis de acordo com a realidade de cada serviço de saúde, o processo de aplicabilidade e consolidação é considerado um desafio, pois, embora se faça presente nos serviços de saúde, não é aderido de maneira universal (SOUZA SILVA *et al.*, 2018).

No início de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o início da pandemia da COVID-19, com ela foi-se necessário adaptar todas as áreas da sociedade, especialmente a área da saúde, que se viu diante de um desafio ainda desconhecido, com isso é impossível falarmos de trabalho em saúde sem citarmos o quanto a pandemia modificou as dinâmicas e os trabalhadores. Atualmente, o mundo conta com 635 milhões de casos, 34.908.198 casos no Brasil, e 6,61 milhões de óbitos, 688. 656 mil óbitos no Brasil desde o começo da pandemia (OMS; 2022; BRASIL; 2022)

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito da pandemia da COVID-19 e irá analisar o contexto pedagógico em que as atividades educativas foram desenvolvidas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os princípios norteadores da Educação Permanente percebidos pelos trabalhadores da saúde. Questiona-se: o que tem sido realizado e como tem sido o processo educativo dos trabalhadores do SAMU? Quais são as necessidades de aprendizagem desses trabalhadores? Quais são os conhecimentos cognitivos, procedimentais e atitudinais essenciais para os trabalhadores ingressantes no SAMU?

Este projeto de pesquisa tem como pressuposto que a EP no SAMU ainda não se articula ao seu cotidiano e que as atividades educativas para os trabalhadores são pontuais e prioritariamente expositivas. Por outro lado, vislumbra-se uma abordagem das diretrizes que potencializam as práticas de ensino crítico e reflexivo no âmbito do serviço, levando em consideração o trabalho como ferramenta (instrumento) e base da formação permanente e como essa relação poderá influenciar na qualificação da equipe multidisciplinar que reflete conjuntamente sobre os problemas do serviço na resolução dos problemas.

Diante do exposto, este projeto tem como foco compreender o contexto didático pedagógico do processo formativo da qualificação dos profissionais do SAMU.

REVISÃO DE LITERATURA

Como já apresentado na introdução, as ações da Educação Permanente em Saúde (EPS) e o SAMU se entrelaçam através das diretrizes e Portarias Ministeriais da RAU e, para contextualizar nossa pesquisa, buscamos na revisão de literatura as bases da EPS.

Para a busca dos artigos que nortearam o estudo foi utilizado a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os Descritores de Ciência em Saúde (Decs) controlados e não controlados foram: Enfermagem, Urgência e Emergência, Educação Permanente em Saúde, Saúde Pública, Serviços Médicos de Emergência, Cuidado de Saúde Universal. Operador boelano utilizado foi AND, destaca-se que durante o cruzamento a ordem dos descritores foi alterada em diversas combinações. A busca dos referenciais se deu no ano de 2019 à 2022.

Aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, textos completos e publicados na base de dados da BVS, nos idiomas português, inglês e espanhol, com ano de publicação dos últimos 10 anos.

Os critérios de exclusão foram: textos que não estavam disponíveis na íntegra e que a temática diferia da problemática da pesquisa, que não estavam disponíveis na base de dados, assim como temáticas que divergiam do tema.

No total de 31 artigos encontrados, foram selecionados, lidos e analisados 13 artigos que atendiam aos objetivos da pesquisa.

Segundo Carvalho e Teodoro (2019, p. 2194), “o debate sobre a EPS surge em meados dos anos 1970, no âmbito do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)”.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que possui foco no restabelecimento dos processos de formação de profissionais nos serviços de saúde em geral. Representa ainda um conjunto de atividades que englobam desde o treinamento emergencial até a formação mais estruturada, o que visa ao atingimento da eficiência e eficácia de sua produtividade. Ela busca, ainda, a incorporação dos princípios e valores do SUS, através da modernização do modelo de atenção, intensificando a promoção e a prevenção de saúde por meio de processos educativos e produtivos (SILVA, LOPES, BATISTA, CASTRO, 2018).

Considerando que as ações para a formação e a EPS de profissionais e trabalhadores contam com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), a Portaria 3.194 de 2017 normatiza a importância de estimular os trabalhadores para a transformação das práticas em saúde em atendimento aos princípios do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de saúde (BRASIL, 2017).

O Quadro 1 demonstra que, nesta temática, a portaria citada acima (BRASIL, 2017) tem como objetivos:

Quadro 1 – Objetivos Portaria 3.194 de 28/11/2017.

| |
|---|
| I- Promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; |
| II - Contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; |
| III - Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde; |
| IV - Promover a articulação intra e interinstitucional, de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação; e |
| V - Estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES, de que trata a Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde. |

Fonte: Brasil, 2017.

O ponto de partida para as ações educativas na EPS são os problemas identificados no processo de trabalho com a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que focam na resolução de problemas. Geralmente com o apoio da supervisão e do diálogo, bem como oficinas de trabalho a serem realizadas, quando possível, no próprio ambiente de trabalho, para sensibilizar e gerar compromisso entre gestores, trabalhadores, instituição e usuários, com vistas à melhoria no desempenho das equipes de saúde e também no desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde (GONÇALVES, PINTO, FRANÇA, 2019; BRASIL, 2007).

A EPS deve ser considerada “um processo contínuo, articulado à descentralização da gestão do sistema e à reorganização da rede de serviços, em bases territoriais, fomentando, assim, a condução regional da política, com participação interinstitucional através das

Comissões de Integração Ensino Serviço” (GONÇALVES, PINTO, FRANÇA, 2019 *apud* BRASIL, 2007).

Assim sendo, a EPS foi configurada como uma estratégia coletiva que ocorre por meio do diálogo, a partir da reflexão da prática, o que, de forma simultânea, proporciona a possibilidade do desenvolvimento dos trabalhadores e das instituições ao impulsionar uma melhor qualidade nos processos e na assistência (ROSSETTI, SEIXAS, CASTRO, RIEDRICH, 2019).

Importante ressaltar que a educação abordada nessa dinâmica deixa clara a necessidade em romper as barreiras impostas pelas escolas tradicionais, que são focadas no início e fim do período escolar. Romper e superar essa condição representa ir bem mais do que as séries obrigatórias, trazendo um novo valor ao conhecimento construído durante toda uma trajetória de vida (ROJAS, KEHRIG, BIATO, SANTOS, 2019).

O SAMU possui importante significado estratégico para o SUS, constituindo-se em porta de entrada preferencial nos casos de urgência, além de contribuir para a organização do fluxo na média e alta complexidade da saúde no Brasil (TELES *et al.*, 2017).

“A implementação de processos educativos deve ser fidelizada em serviços de urgência e emergência, levando como fundamento a oferta de um atendimento hábil, eficaz e qualificado para a redução de morbimortalidade, dando o suporte adequado e avançado para a vida” (SILVA, VRIESMANN, 2019, p. 158-159, *apud* EL HETTI *et al.*, 2013).

Sendo assim, de acordo com o levantamento de dados da pesquisa de Battisti *et al.* (2019), o SAMU atende 75% da população em todo o território nacional, possui 2.965 unidades habilitadas para o atendimento, sendo 2.382=USB, 567=USA, 217= motolâncias, sete equipes aeromédicas e nove equipes de embarcação.

Diante dessas ocorrências e necessidades da população, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel de urgência veio para cumprir o papel relevante na saúde, uma vez que situações de urgência e emergência acontecem diariamente na população, sejam elas relacionadas a doenças clínicas, neoplásicas ou de causas traumáticas (DIAS *et al.*, 2016).

Com a implementação dessa modalidade de atendimento, houve diminuição do número de óbitos, das sequelas decorrentes da falta de socorro precoce que podem ser causadas pela delonga no atendimento e do tempo de internação hospitalar (ADRIANO *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2016).

O’Dwyer *et al.* (2016) apontam que, no processo de implantação dos SAMU, a educação continuada é um ponto crítico para a estruturação do serviço, visto que no país não há a especialidade “emergencista” para médicos e enfermeiros e que, para a oferta de cursos, o MS

e a Coordenação Estadual de Urgências fazem parcerias com ATLS (Advanced Trauma Life Support) e BLS (Basic Life Support), além de os próprios SAMU assumirem esses cursos e oficinas e, ainda, buscam parcerias com os bombeiros.

Para Peres *et al.* (2018), é vital a importância da EPS direcionada aos profissionais que atuam no APH, visto que as necessidades de conhecimento e demandas educativas são geradas no processo de trabalho. Ainda, os autores afirmam que “a atuação do enfermeiro deve se sustentar a partir de conhecimento científico, sendo o conhecimento gerador de respeito e confiança entre os profissionais da equipe de enfermagem e a população em geral”.

Para auxiliar no atendimento móvel de urgência, o método mais utilizado no APH para a realização da triagem primária é o Método START (Simple Triage and Rapid Treatment, no português Triagem Simples e Tratamento Rápido). O método baseia-se na resposta fisiológica do indivíduo no atendimento, como capacidade de andar, avaliação da respiração, circulação e nível de consciência (INTRIERI *et al.*, 2017), ao definir a prioridade no atendimento.

Ao avaliarem o perfil de usuários que utilizam o SAMU, Battisti *et al.* (2019) demonstram que são assistidos na maioria casos clínicos (48,27%), seguidos dos casos de trauma (32,88%). Esses dados permitem que possam melhorar a distribuição dos equipamentos de atendimento, mas principalmente o preparo dos profissionais.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo fundamentou-se no referencial da Pedagogia Crítica Freireana (FREIRE, 2016). A obra de Paulo Freire defende uma educação solidária, multicultural, ética, libertadora e transformadora, por meio da articulação de saberes coletivos vivenciados na comunidade, na escola e no trabalho, que se traduz com muito diálogo (FREIRE; 2005a).

O diálogo é uma questão central no pensamento de Paulo Freire, sendo visto como um construtor do conhecimento. Ressalta-se que a relação dialógica se consolida na prática social transformadora (RAMACCIOTTI, 2015). Perspectiva que se alinha aos propósitos da Educação Permanente em Saúde, porque envolve a compreensão crítica e reflexiva do processo de trabalho e levantar seus problemas.

Nesse contexto, a proposta da educação freireana busca compreender e refletir sobre e para o mundo da cidadania, do bem comum, para assim, conseguir transformá-lo de forma consciente (ARAÚJO *et al.*, 2018).

O presente estudo adotou o referencial teórico metodológico de Paulo Freire, decisão considerada de suma importância para a conscientização do papel desempenhado pela trajetória educacional dos trabalhadores e cidadãos do país e as contribuições do autor para os dias atuais.

Na perspectiva da educação, Paulo Freire adotou o compromisso com alguns princípios, que direcionam as ações e reflexos de formação, dentro desses princípios destacam-se quatro, sendo (FREIRE, 2005b; FREIRE, 2005a; FREIRE, 2011):

1. **Princípio político:** para Freire, a educação deve ter o propósito de construir uma sociedade justa, livre, humana e democrática, e deve contribuir com os processos de luta pela superação das diversas formas de dominação e exploração;
2. **Princípio axiológico:** na concepção freireana, a educação tem a responsabilidade de promover a humanização em detrimento da educação que propõe a domesticação e objetificação dos sujeitos, promovendo a solidariedade, o compromisso com a sociedade, a reflexão crítica e a autonomia, propondo que a formação de educadores seja relacionada à ética do desenvolvimento da vida humana, nas suas diversas possibilidades, promovendo a dignidade e fomentando a autonomia responsável dos sujeitos em relação a si e à coletividade;
3. **Princípio gnosiológico:** nessa questão, Freire defende que o conhecimento humano é um processo em construção, sendo desenvolvido por sujeitos em suas relações dialéticas com o mundo em que vivem e com os outros, produzindo conhecimento a partir de situações da sua existência (sejam culturais, econômicas, políticas, sociais, psíquicas, etc.) no mundo;

4. **Princípio epistemológico:** Freire afirma que o conhecimento trazido pelos educandos precisa ser valorizado e trazido para o contexto pedagógico como ponto essencial para o diálogo entre educadores e educandos, com a intenção de que sejam conhecimentos organizados e sistematizados para permitir aos educandos melhor compreensão e superação das suas situações-limites.

A educação proposta por Freire é uma prática dialogada e solitária, estimulando a articulação dos saberes, do viver no meio da comunidade de forma coletiva (ARAÚJO *et al.*, 2018). Ressalta-se que ter foco em temas prioritários aprofunda a compreensão do contexto social a uma possível transformação da prática. Por isso, não basta a equipe de saúde ter a informação, pois ela deve ser articulada às situações que deverão ser problematizadas no dia a dia pelo trabalhador, com ações que sejam avaliadas continuamente.

Dessa forma, educar é proporcionar ao ser humano ferramentas para transformar a realidade e, para isso acontecer, a educação não pode ser alheia ao contexto do sujeito, mas sem ignorar o seu saber adquirido, respeitando o contexto cultural (ASSUMPCÃO, 2012).

Dalsotto e Luchese (2019) concluem, em seu estudo acerca do método freiriano, que a prática da educação se realizava ao utilizar os círculos de cultura em um processo de reflexão sobre a realidade e da leitura das palavras pelo contexto perpassados pelos educandos, através da conscientização, de participação em que os educandos assumam os lugares de sujeitos, papéis ativos e críticos em que se encontram, assim, para a práxis libertadora.

Nesse pensar, a prática educativa de Freire possui como base o diálogo, a troca de conhecimento e o respeito ao educando, estimula a reflexão crítica da sua realidade e a dos outros, ocorrendo, então, a sua transformação (ARAÚJO *et al.*, 2018).

No contexto atual, a concepção freireana de educação tem propiciado a compreensão do sistema capitalista e, também, a estrutura e a dinâmica do Estado e da sociedade civil, provocando nos sujeitos o desejo de construir a resposta para enfrentarem as consequências desse modelo de sistema e suas consequências (ASSUMPCÃO, 2012).

[...] Não se faz pesquisa, não se faz docência, como não se faz extensão como se fossem práticas neutras. Preciso saber a favor de que e de quem, portanto contra que e contra quem, pesquiso, ensino ou me envolvo em atividades mais além dos muros da Universidade (FREIRE, 2005b, p. 132).

Para Paulo Freire, de acordo com Streck (2017), a realidade cultural e social do educando é o ponto de partida para a prática educativa. Nesse contexto, a investigação do universo temático faz parte do mundo do educando a fim de identificar os temas geradores,

partindo do pressuposto que ele não vive num vazio de cultura e nem num estado de ignorância absoluta.

Em seu estudo acerca das reflexões do itinerário de Freire, Heidemann *et al.* (2017) elucidam que Freire aborda os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis opressor/oprimido, educação bancária/libertadora, emancipação e círculo de cultura como método de trabalho e compreende três fases distintas e interligadas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico.

O conhecimento está atrelado à concepção de que os seres humanos não se acabam, para tanto, homens e mulheres só podem ser educados, pois a natureza humana permite ultrapassar o conhecimento e se adaptar através do processo educativo, concretizando a vocação que o ser humano possui em sempre buscar ser mais, destacando que a educação concretiza quando a humanidade busca o conhecimento de si mesmo, do mundo que vive e luta pela liberdade (RAMACCIOTTI, 2015).

Para a área da saúde, o referencial de Paulo Freire contribui para a construção de relações com diálogos entre os atores do cenário do cuidado, principalmente pelas atividades de promoção da saúde, direcionando os indivíduos e o ambiente, através das políticas públicas, para proporcionar o desenvolvimento da saúde e o empoderamento do ser humano e da comunidade (HEIDEMANN *et al.*, 2010).

A problematização, a prática e o diálogo juntos podem contribuir com a estratégia em promoção da saúde (BUSS, 2000), principalmente na enfermagem, onde o enfermeiro é um educador por natureza, onde vira um agente de motivação e transformação do ensino e do saber (ARAÚJO *et al.*, 2018).

No contexto da práxis, o enfermeiro utiliza uma metodologia que problematiza e, conseqüentemente, prepara o indivíduo para o mundo, ressaltando que está em constante mudança, mas de uma forma que possa refletir sobre si mesmo e sobre a sua relação com o contexto que está vivenciando, tornando-se um ser que, além de pensar, seja também um agente de transformação (ROZENDO, CAMERON, 2017).

A educação em saúde está inserida na atuação da enfermagem, na forma como estabelece uma relação dialógico-reflexiva entre o enfermeiro e o educando (seja um cliente na prática assistencial ou um aprendiz), colocando-se no lugar do outro, no qual se busca entender o contexto em que ele vive, para assim, refletir sobre a situação saúde-doença, visualizando o cuidado também como uma prática que seja libertadora, crítica e que valorize o cliente e sua experiência de vida (MIRANDA, BARROSO, 2004).

“[...] as ideias-forças se incorporam à Pedagogia de Educação em Saúde realizada pela enfermeira, porquanto, no instante em que o educador reconhece a vocação ontológica do ser-sujeito histórico, temporal, criativo e cultural, utiliza a educação para a transformação e autonomia do educando, isto é, para ser mais” (MIRANDA; BARROSO, 2004, p. 635).

Inclusive, Paulo Freire pressupõe que a formação permanente é a compreensão-entre o formador e o formando, que os seres são inconclusos e que essa é uma condição humana que provoca o homem a buscar pelo conhecimento de si e do mundo, percebendo que o destino não está dado, que os sujeitos são capazes de (re)escrever suas histórias, contribuindo para a mudança da ordem social injusta que oprime (SAUL, SAUL, 2016).

Araújo *et al.* (2018), ao pesquisarem sobre as contribuições para a enfermagem do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire, constatam que a apropriação dessa metodologia para o campo da enfermagem tem crescido nas diversas categorias e que o enfermeiro, enquanto mediador das práticas de educação em saúde, necessita atentar-se para a utilização das práticas educativas em consonância com as vivências do indivíduo e para que tenha como desafio a construção e a valorização da cultura de seus saberes, mediante a troca de informações.

Corroboram o proposto pelos autores acima Costa *et al.* (2018), em seu estudo acerca da concepção freireana, enquanto subsídio à gestão do cuidado, e concluem que a implementação efetiva do método de Paulo Freire, com vistas aos diferentes conhecimentos no processo de cuidar, inspira desafios a toda equipe de saúde. E, também, que a proposta metodológica de Freire se adequa às estratégias da EPS para que assim promovam discussões aprofundadas sobre a EP para a formação dessas equipes e, como resultado, contribuam com os avanços relacionados à qualidade da assistência prestada (COSTA *et al.*; 2018).

Em outro estudo realizado por Costa *et al.* (2018a), os autores destacam que, em suas obras, Freire enfatiza que a educação é um processo dinâmico e contínuo de construção permanente de conhecimento e deve ocorrer por meio do pensamento livre e tomada de decisão da consciência crítico-reflexiva que propicie o compromisso pessoal e profissional, capacitando o sujeito à transformação da realidade.

Outra abordagem sobre a metodologia freireana está relacionada aos Círculos de Cultura, definidos por Costa *et al.* (2018a) como um grupo que se reúne para discutir sobre seu trabalho e tem como propósito analisar a prática cotidiana e atuar para modificar atitudes que reflitam na melhoria dessa realidade vivenciada.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o percurso formativo de trabalhadores de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas percepções sobre as necessidades de aprendizagem para qualificação do seu processo de trabalho na unidade.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o percurso formativo de trabalhadores de um Serviço Móvel de Urgência;
- Identificar as necessidades de aprendizagem percebidas pelos trabalhadores dessa unidade.

Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa descritiva com abordagem qualitativa norteada pelo referencial teórico-metodológico de Paulo Freire, cujo foco foi o levantamento das necessidades de aprendizagem percebidas pelos trabalhadores, que atuam em uma unidade do SAMU, para qualificar o processo de trabalho da unidade.

Ademais, foi explorado o percurso formativo de cada um dos participantes, ou seja, o itinerário educativo de cada um. Buscou-se, a partir dessa perspectiva, compreender a trajetória educacional dos participantes e suas características sociodemográficas, que subsidiaram a realização dos encontros dialógicos on-line, adaptados com base nos Círculos de Cultura (FREIRE, 2014), instrumento considerado essencial para desencadear o processo de educação permanente entre os profissionais do SAMU.

O método de Paulo Freire valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos, que se desvelam no Círculo de Cultura, opção inicial deste estudo. Esse é um termo criado pelo autor, representado por um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento (HEIDEMAN, 2017). As pessoas se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Representa uma situação-problema de situações reais, que leva à reflexão da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la (FREIRE, 2011; HEIDEMANN, ALMEIDA, 2017).

Caracteriza-se em um processo de pesquisa e de construção do conhecimento que se estabelece na relação com os outros, intersubjetivamente, os participantes da pesquisa são convidados ao diálogo num círculo de cultura proporcionado pelo pesquisador principal. Assim, não existe a figura de alguém que sabe mais, mas de um coordenador do diálogo que vai (inter)mediando as relações que vão sendo estabelecidas no e com o grupo, partindo do princípio de que, num círculo de cultura, aprende-se em reciprocidades de consciências.

Neste estudo, o círculo de cultura deveria proporcionar um espaço para pesquisadores/participantes problematizarem o contexto vivenciado no SAMU, na expectativa de levantar as necessidades de aprendizagem e gerar temas para o desenvolvimento de atividades educativas que possam qualificar o processo de trabalho. Nesse sentido, são considerados espaços que podem proporcionar a auto(trans)formação dos participantes e de (re)elaboração do mundo (TONIOLO, HENZ, 2017).

De acordo com Minayo *et al.* (2018), para abordagem em grupos, a pesquisa qualitativa se adapta melhor por trabalhar com um universo de significados, motivos e valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem

ser medidos pelas variáveis.

Compreende-se, também, que o diálogo proporcionado pelo Círculo de Cultura pode favorecer o desenvolvimento da EPS, uma vez que ela deve compor com a gestão e assistência o cotidiano da unidade de saúde e potencializar as mudanças que são necessárias para qualificar a integralidade do cuidado em saúde, entre outros aspectos que têm implicações diretas no funcionamento do SUS (CARDOSO *et al.*, 2017).

Contexto da pesquisa

O cenário para a realização da pesquisa foi o SAMU de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, reconhecida pelo seu potencial econômico na agroindústria e por ser referência na saúde da região. A regional de saúde é composta por mais de 20 cidades e possui mais de 600.000 de habitantes. A cidade presta atendimento nas áreas de atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por meio de serviços próprios, conveniados e contratados.

A Atenção Básica do município é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), divididas em quatro regiões. O serviço de Urgência e Emergência conta com quatro unidades de urgência e emergência (Pronto Socorro Municipal Adulto, Pronto Socorro Infantil e duas Unidades de Pronto Atendimento) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A base do SAMU está localizada na região norte do município, juntamente com a Central de Regulações, com funcionamento 24 horas, os atendimentos são realizados no âmbito municipal e regional. A média de atendimento é de 1.289 atendimentos mensais entre regulações médicas, orientação por telemedicina, envio de viatura de suporte básico (USB) e suporte avançado (USA). A seguir, apresentamos um panorama dos atendimentos do SAMU do local estudado no ano de 2021.

No ano de 2021, foram realizados 2.100 chamados ao longo do ano. Abaixo, apresentaremos a caracterização dos atendimentos separados em situação do chamado, sexo, classificação do chamado, tipo de chamada e tipo de ambulância utilizada.

Tabela 1 - Situação dos chamados abertos em 2021 no local do estudo.

| SITUAÇÃO DO CHAMADO | QUANTIDADE | PORCENTAGEM |
|---------------------|-------------|-------------|
| ABERTO | 220 | 10,48% |
| ENCAMINHADO | 1879 | 89,48% |
| REGULADO | 1 | 0,05% |
| TOTAL | 2100 | 100% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Tabela 2 - Classificação dos chamados abertos em 2021 no local do estudo.

| CLASSIFICAÇÃO DO CHAMADO | QUANTIDADE | PORCENTAGEM |
|--------------------------|-------------|----------------|
| AMARELO | 220 | 10,53% |
| VERDE | 402 | 19,23% |
| AZUL | 84 | 4,02% |
| VERMELHO | 37 | 1,77% |
| NÃO INFORMADO | 1347 | 64,45% |
| TOTAL | 2090 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Tabela 3 - Tipo de ambulância utilizada nos atendimentos do SAMU em 2021 no local estudado.

| TIPO DE AMBULÂNCIA | QUANTIDADE | PORCENTAGEM |
|--------------------|-------------|----------------|
| SUORTE AVANÇADO | 45 | 2,14% |
| SUORTE BÁSICO | 434 | 20,67% |
| NÃO INFORMADO | 1621 | 77,19% |
| TOTAL | 2100 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Tabela 4 - Sexo dos usuários atendidos pelo SAMU em 2021 no local estudado.

| SEXO | QUANTIDADE | PORCENTAGEM |
|---------------|-------------|----------------|
| FEMININO | 346 | 16,48% |
| MASCULINO | 234 | 11,14% |
| NÃO INFORMADO | 1520 | 72,38% |
| TOTAL | 2100 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Tabela 5 - Tipo de chamada recebida pelo SAMU em 2021 no local estudado.

| TIPO DE CHAMADA | QUANTIDADE | PORCENTAGEM |
|------------------------|-------------------|--------------------|
| CHAMADA NÃO COMPLETADA | 179 | 8,52% |
| ENGANO | 10 | 0,48% |
| INFORMAÇÃO | 355 | 16,90% |
| ORIENTAÇÃO | 48 | 2,29% |
| RECLAMAÇÃO | 3 | 0,14% |
| REGULAÇÃO SAMU | 118 | 5,62% |
| SOLICITAÇÃO DE SOCORRO | 746 | 35,52% |
| TROTE | 25 | 1,19% |
| NÃO INFORMADO | 616 | 29,33% |
| TOTAL | 2100 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Participantes do Estudo

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os profissionais que atuavam no cenário da pesquisa e que são trabalhadores do SAMU: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM) e condutores.

No ano de 2020, o serviço contava com 85 trabalhadores do SAMU, dentre eles, 19 (22,35%) médicos, 05 (5,88%) enfermeiros, 16 (18,82%) técnicos em enfermagem, 22 (25,88%) TARM e 23 (27,05%) condutores. Desses, 33 trabalhadores concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, porém, ao final, 20 (23,6%) conseguiram participar dos encontros, tendo em vista o cenário pandêmico da COVID-19 que se conformou na ocasião da coleta de dados.

Como critérios de participação do estudo, foram incluídos os trabalhadores que estavam em atividades, conforme escala de trabalho, na ocasião da realização deste estudo. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que estavam ausentes por licença saúde ou que estavam afastados de suas atividades temporariamente, em período de férias.

Procedimento para coleta dos dados

O estudo se deu a partir da autorização prévia do secretário de saúde do local selecionado para a aplicação da pesquisa envolvendo os trabalhadores do SAMU. O contato inicial foi por ligação telefônica, via celular e por e-mail, quando o projeto foi apresentado e

discutido com a autoridade local. A concordância foi imediata e o pesquisador se comprometeu com a apresentação dos resultados ao final do estudo.

Uma lista com os nomes dos trabalhadores e respectivos e-mails foi fornecida pela unidade de saúde a partir dessa autorização.

Em seguida, para a aplicação dos Círculos de Cultura, e-mails foram enviados aos trabalhadores, que estivessem trabalhando nos plantões diurno e noturno, sobre a forma de participação na pesquisa, objetivos e suas implicações na dinâmica do processo de trabalho, que não seria afetada. Por fim, uma carta-convite foi entregue pessoalmente a cada trabalhador do grupo com a explicação do motivo da pesquisa e a contribuição para o serviço e sociedade. Na ocasião, aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), num total de 33 trabalhadores. Por fim, com o arrefecimento da pandemia, os pesquisadores, por medidas de segurança e seguindo as orientações do Programa de Pós-Graduação da USP, substituíram os círculos de cultura por encontros dialógicos on-line. Para garantir a participação dos trabalhadores convidados, os pesquisadores confirmaram o acesso de todos à plataforma selecionada e as dúvidas foram dirimidas com orientações personalizadas aos futuros participantes (GRAY *et al.*, 2020).

Nesse sentido, foi necessário reorganizar a estratégia de coleta de dados que foi realizada por meio de webconferências via plataforma institucional da Prefeitura Municipal do local estudado, que disponibilizou o acesso aos trabalhadores visando maior facilidade de comunicação e utilização das plataformas digitais. Com isso, para tais encontros dialógicos foram gerados links das reuniões assim como seguem (<https://conferencia.franca.sp.gov.br/b/gle-wmv-7j7>).

Sendo assim, 5 (cinco) encontros dialógicos on-line ocorreram no decorrer da segunda semana de junho de 2020, em dias específicos para cada categoria profissional, com duração média de 1 hora e 10 minutos. Dos 33 trabalhadores que a princípio assinaram os TCLE, 20 estiveram presentes nos encontros, os demais justificaram a ausência pela dificuldade de acesso aos instrumentos disponibilizados on-line.

Ressalta-se que os círculos de cultura realizados de forma presencial (face a face) é a estratégia recomendada para a coleta de dados qualitativos (GRAY *et al.*, 2020). Segundo Lobe e Hoffman (2020), em função da medida sanitária de distanciamento social, os encontros presenciais ficaram inviabilizados, o que afetou a realização de muitas pesquisas. Portanto, foi necessário ampliar as estratégias de coleta de dados para contemplar adaptações e novos recursos que permitam a continuidade das pesquisas, apesar da pandemia. Nesse cenário, compreende-se que os encontros on-line apresentam potencialidades, sobretudo no que diz

respeito à realização de estudos qualitativos, cujos aspectos dialógicos no contexto de distanciamento social imposto pela COVID-19 foram duramente limitados presencialmente (SCHMIDT *et al.*, 2020). Em linhas gerais, os aspectos éticos e cuidados referentes aos encontros dialógicos on-line são os mesmos dos presenciais, face a face. No Brasil, a CONEP, em 05 de junho de 2020, divulgou um comunicado com orientações para a apreciação de pesquisas de Ciências Humanas e Sociais nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), durante a pandemia do novo coronavírus (Ministério da Saúde, 2020).

A aplicação dos encontros dialógicos on-line que substituíram os círculos de cultura ocorreria mediante a presença de um moderador (pesquisador principal) e um observador (profissional de enfermagem com preparo em pesquisa). Posteriormente, as gravações dos encontros foram transcritas, juntamente com outras informações verbais e não verbais que foram realizadas durante o procedimento on-line. Concomitantemente, foi solicitado a cada participante responder às questões sociodemográficas que pudessem caracterizar os participantes da pesquisa (Apêndice 1).

Para tanto, foi utilizado um roteiro com questões norteadoras (Apêndice 2) sobre o itinerário formativo dos trabalhadores participantes da pesquisa e as necessidades de aprendizagem percebidas para aprimorar o atendimento do SAMU. Os encontros on-line foram programados conforme a disponibilidade de tempo dos participantes.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir da apreciação das seguintes informações coletadas: dados sociodemográficos, gravações dos encontros dialógicos on-line e informações geradas pelo pesquisador que estava na condição de observador.

Ressalta-se que a pesquisa documental não foi realizada pela ausência de arquivos que permitissem levantar as informações das atividades educativas desenvolvidas pela unidade de saúde.

As informações sociodemográficas foram armazenadas e organizadas em arquivos próprios do Excel*, foi gerada uma tabela para representar os resultados a partir de estatística descritiva.

Os encontros foram transcritos na íntegra e analisados na modalidade temática proposta por Braun e Clarke (2013), por ser a mais adequada às pesquisas qualitativas.

As gravações dos encontros se deram por meio do instrumento de transcrição disponível na plataforma do município, sede do estudo, de acordo com cada categoria profissional. As

informações que identificavam os trabalhadores foram ocultadas, os encontros on-line foram organizados de acordo com a ordem em que foram realizados e nomeados com as seguintes siglas: M para médicos e médicas, E para enfermeiros e enfermeiras, TE para técnicos de enfermagem, C para condutor e TARM para o técnico auxiliar de regulação médica.

Compreende-se que a análise temática do tipo indutiva se adequa à pesquisa qualitativa e envolve a busca por padrões repetidos de significado, através de um conjunto de dados.

Portanto, não houve elaboração dos temas previamente, mas sim um exercício de interpretação inverso. Nesse processo que ocorreu de forma contrária, os dados foram coletados e, posteriormente, realizadas as interpretações, bem como as codificações para que, assim, fosse possível a construção dos temas (BRAUN, CLARKE, 2006).

Para fins de análise indutiva, as autoras propuseram seis etapas, sendo elas: 1. Familiarizando-se com os dados; 2. Gerando códigos iniciais; 3. Buscando por temas; 4. Revisando temas; 5. Definindo e nomeando temas; e 6. Produzindo relatório (BRAUN, CLARKE, 2006).

Fase 1: Familiarizando-se com os dados

Nessa etapa, realizaram-se os encontros on-line com os participantes, cujos dados foram transcritos, momento a partir do qual já se iniciou, de modo ativo, a familiarização com as informações obtidas a partir dos áudios. Dessa forma, houve uma imersão no conjunto de dados, de maneira que foram lidos e relidos várias vezes e, a partir de então, identificadas algumas ideias iniciais.

Fase 2: Gerando códigos iniciais

Após a familiarização com os dados, deu-se início à fase que consiste em gerar códigos de forma indutiva a partir dos dados coletados. Assim, o processo de codificação ocorreu manualmente, com a utilização de cores distintas para identificar cada código com a respectiva fala dos participantes. Cada item do conjunto de dados recebeu uma atenção especial. Desse modo, as ponderações das pesquisadoras sobre a codificação geraram sete códigos no total.

Fase 3: Buscando por temas

Nessa fase, todos os dados foram codificados, organizados e agrupados em códigos semelhantes, em temas e subtemas. Para uma organização mais efetiva, foi realizado um mapa temático.

Fase 4: Revisando os temas

Realizaram-se, nessa fase, a revisão e refinamento dos temas, a partir da revisão de cada extrato codificado dos dados, identificando um padrão coerente entre eles, de forma a realocá-los e integrá-los. Os dados foram revistos e gerados vários subtemas.

Fase 5: Definindo e nomeando temas

Após o mapa temático ter sido considerado satisfatório, identificou-se a essência de cada tema, verificando o que é interessante e conveniente com a história de cada um deles e, posteriormente, encaixado na história global para responder à questão de pesquisa. Assim sendo, foi considerado cada tema e a relação entre eles, possuindo uma definição dos mesmos.

Fase 6: Produzindo o texto final

A análise final e descritiva do relatório foi realizada, elaborando um relato conciso da história referente aos dados, apresentando argumentos que correspondam ao objetivo do estudo e integrando-os com a literatura pertinente e referencial teórico. Portanto, esse relatório contém dados suficientes para demonstrar a prevalência dos temas, respondendo às questões de pesquisa.

Aspectos éticos

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no Anexo 1, autorizando a gravação dos encontros dialógicos on-line, respeitando o sigilo de seus dados pessoais. Este estudo segue as recomendações do Ministério da Saúde através da Resolução 466/2012 que trata das pesquisas abordando seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado em 09 de março de 2020 sob protocolo CAAE:28263320200005393.

Os dados produzidos a partir do questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes da pesquisa e de um roteiro norteador dos encontros dialógicos on-line são apresentados a seguir por meio de estatística descritiva e da análise temática de Braun e Clarke (2013).

Caracterização dos participantes da pesquisa

O primeiro contato com os trabalhadores do SAMU do local selecionado para o estudo ocorreu na segunda semana do mês de maio de 2020. Na ocasião, 33 (38,82%) assinaram o TCLE e concordaram em participar dos círculos de cultura. Porém, 20 (23,52%) desses trabalhadores tiveram a disponibilidade de tempo para participar dos encontros dialógicos on-line, que substituíram os círculos de cultura, adaptados ao ambiente virtual devido ao cenário de emergência sanitária provocado pela pandemia da COVID-19.

Nesse contexto, de acordo com as categorias profissionais, participaram deste estudo: seis (37,5%) técnicos em enfermagem, quatro (80%) enfermeiros, quatro (21,05%) médicos, três (13,04%) condutores e três (13,63%) TARM.

Na Tabela 1, encontra-se a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa de acordo com sexo, faixa etária, tempo de atuação no SAMU, categoria profissional, nível de formação profissional e nível de aperfeiçoamento (graduação, pós-graduação ou especialização).

De posse dos dados obtidos, de acordo com a categorização profissional, entre os enfermeiros dois eram do sexo masculino e duas do sexo feminino, entre os médicos três eram do sexo masculino e uma do sexo feminino, na equipe de técnicos de enfermagem, cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino, dos TARM, eram um do sexo masculino e duas do sexo feminino e entre os condutores, na totalidade, três eram do sexo masculino.

Quanto ao aperfeiçoamento, dos quatro médicos participantes do estudo (44,44%), um relatou especialização em clínica médica e reumatologia; outro, especialização em ortopedia e traumatologia; o terceiro, mestrado em desenvolvimento regional e especialização em dermatologia e o quarto médico não respondeu. Quanto aos enfermeiros, um não possuía especialização, um relatou ter o curso de ACLS, um possuía especialização em enfermagem em terapia intensiva e um, especialização em gestão da clínica nas unidades de atenção à saúde e auditoria e também pós-graduação em medicina de família e comunidade. Dos técnicos em enfermagem (22,22%), dois cursavam graduação em enfermagem e um possuía graduação de

nível superior. Quanto aos TARM, todos os participantes tinham graduação de nível superior. Já entre os condutores, dois possuíam graduação de nível superior e um deles, especialização em Urgência/Emergência e pós-graduação em UTI Geral.

Tabela 6 – Caracterização dos participantes dos encontros dialógicos on-line conforme as variáveis: sexo, faixa etária, tempo de atuação no SAMU, categoria profissional, nível de formação profissional e nível de aperfeiçoamento.

| Variáveis | N= 20 | % |
|---------------------------------------|-------|----|
| SEXO | | |
| Feminino | 10 | 50 |
| Masculino | 10 | 50 |
| FAIXA ETÁRIA | | |
| 25 a 35 anos | 8 | 40 |
| 36 a 45 anos | 8 | 40 |
| 46 a 55 anos | 5 | 20 |
| TEMPO DE ATUAÇÃO NO SAMU | | |
| 1 a 5 anos | 5 | 25 |
| 6 a 10 anos | 15 | 75 |
| 11 anos ou mais | 0 | 0 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL | | |
| Enfermeiro | 4 | 20 |
| Técnico em enfermagem | 6 | 30 |
| Médico | 4 | 20 |
| Conductor | 3 | 15 |
| TARM | 3 | 15 |
| NÍVEL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL | | |
| Ensino Superior | 15 | 75 |
| Ensino Técnico | 5 | 25 |
| APERFEIÇOAMENTO | | |
| SIM | 9 | 45 |
| NÃO | 8 | 40 |
| NÃO RESPONDEU | 3 | 15 |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2021.

Análise temática

Banco de dados iniciais e Mapa temático inicial

Após realizada a transcrição dos áudios, buscou-se uma familiarização com as informações, que foram lidas e relidas, e algumas ideias foram registradas, que geraram códigos iniciais num segundo momento. Nesta fase, as falas significativas ou extratos relevantes foram

codificados. Posteriormente, foram agrupados em temas potenciais, que foram revisados para gerar um mapa temático. Finalmente, os temas foram nomeados para que pudessem retratar claramente a análise.

A primeira fase da análise iniciou-se com as transcrições dos encontros, que permitiram uma aproximação com os objetivos da pesquisa, além de familiarização com a profundidade e amplitude do conteúdo. A imersão repetida no banco de dados permitiu ao pesquisador, enquanto realizava a leitura desse, buscar por significados, possibilitando a evolução da análise para a fase 02, na qual é iniciado o processo de codificação dos dados.

Após identificar e selecionar os extratos relevantes das transcrições dos encontros online, foram gerados 14 códigos iniciais, agrupados pela similitude identificada e considerados significativos pelo pesquisador, e estão apresentados na Figura 2. No total, foram selecionados 147 extratos que compuseram a análise desta pesquisa. A priori, foram considerados como elementos analisadores os componentes do Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde: análise da educação dos profissionais de saúde; análise das práticas de atenção à saúde que envolve o processo de trabalho; análise da gestão setorial e análise da organização social, que será aprofundada a posteriori. A organização social ou controle social não foi mencionado pelos trabalhadores participantes desta pesquisa.

Figura 1 - Banco dos Códigos Iniciais.

| Processo de trabalho | N. de extratos: 47 |
|---|---------------------------|
| Conhecimento técnico e científico | |
| Conhecimento do serviço a ser realizado | |
| Segurança para agir | |
| Relação entre profissionais e usuários | |
| Conhecimento da rede | |
| Habilidade e Liderança | |
| Papel do enfermeiro | |
| Trabalho de equipe | |
| Controle e suporte emocional | |
| Efeitos da pandemia | |
| Educação dos trabalhadores | N. de extratos: 89 |
| Capacitação profissional específica | |
| Atualizações dos protocolos | |
| Uso da internet | |
| Treinamentos técnicos | |
| Gestão setorial | N. de extratos: 11 |
| Espaço físico para treinamento | |
| Organização de treinamentos | |
| Reconhecimento da equipe | |
| Incentivo para atualizações | |
| Implantação do NEU | |

Fonte: Elaborado pelo autor, Ribeirão Preto, Brasil, 2021.

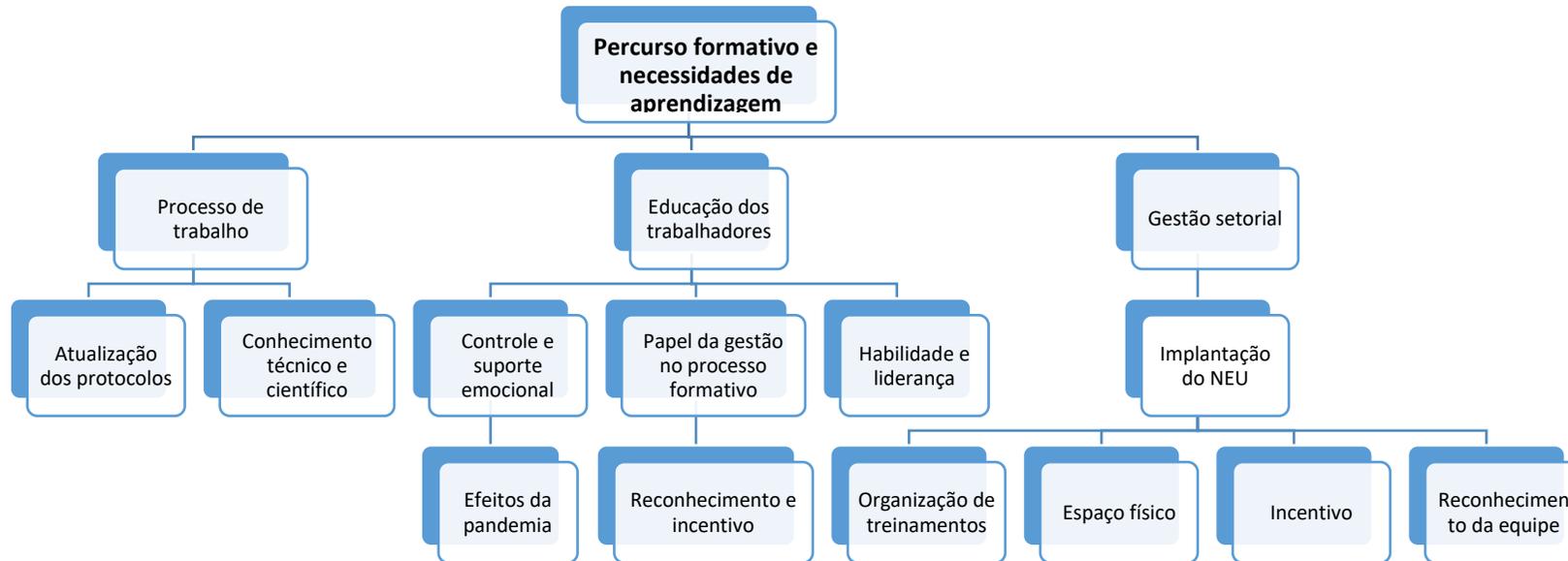
Dessa maneira, em uma primeira aproximação com os dados, foi possível identificar que os participantes da pesquisa mencionaram temas que envolvem conceitos que podem ser considerados como significativos, ao refletirem sobre a sua formação para atuar no SAMU estudado, bem como suas necessidades de aprendizagem e o papel da gestão do setor para que o processo de trabalho seja atualizado e qualificado.

Banco de dados finais e Mapa temático final

Na sequência à elaboração do banco de códigos inicial, foi realizado um refinamento dos códigos, buscando colocar em prática as fases 03 e 04 da Análise Temática idealizada pelas pesquisadoras Braun e Clarke. Na fase 03, buscou-se um aprimoramento dos códigos iniciais com uma triagem dos diferentes códigos em temas potenciais, ao reunir os extratos codificados relevantes nos temas identificados. Na fase 04, desenvolveu-se novamente o refinamento dos temas, quando foram suprimidos aqueles que não contam com dados suficientes para apoiá-los ou são heterogêneos. Também foi possível fundir dois temas aparentemente distintos em um único tema, porém foi necessário ampliar um tema e um subtema para que a interpretação ficasse coerente e coesa.

Destarte, após tal reorganização, foi elaborado um mapa temático para representar os códigos iniciais e seus respectivos extratos e, posteriormente, a sua reorganização num segundo mapa temático refinado e final. A seguir, é possível visualizar o mapa temático inicial e final.

Figura 2 – Mapa temático inicial.



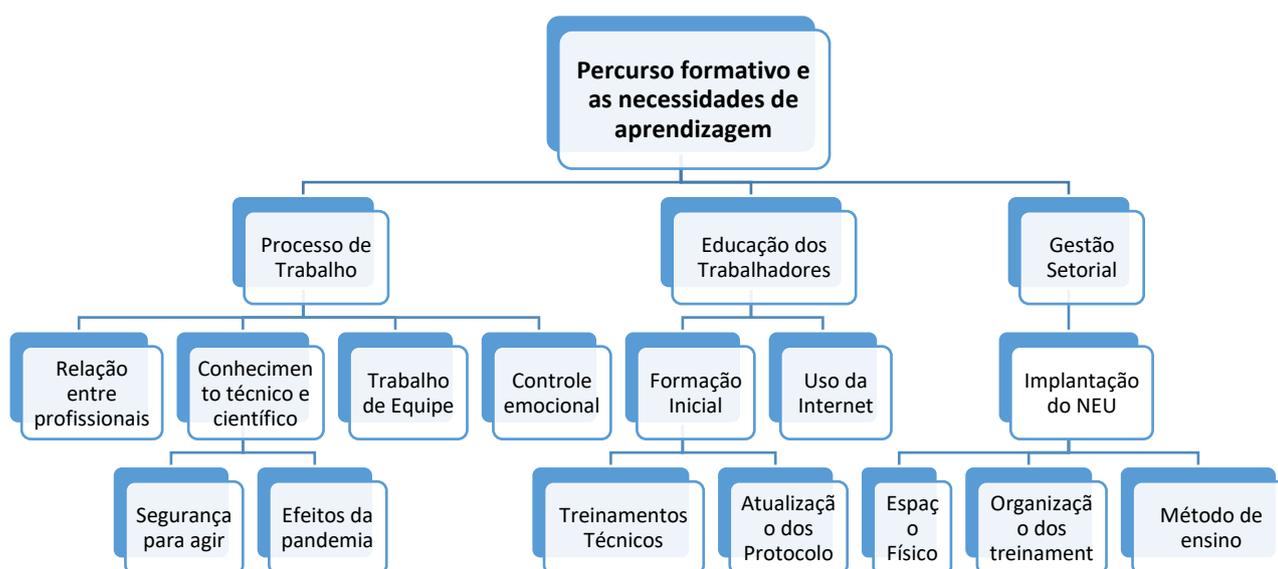
Fonte: Elaborado pelo autor. Ribeirão Preto, 2021.

O mapa temático final totalizou 7 temas relevantes e outros 7 subtemas, que foram fundamentados em três grandes áreas da Educação Permanente em Saúde que devem ser operacionalizadas: o processo de trabalho que se traduz nas práticas de atenção à saúde, a educação dos profissionais e a gestão setorial. O controle social será fruto da discussão deste estudo, porém não foi mencionado pelos participantes.

Figura 3 – Banco dos Códigos Refinados e Finais.

| | |
|--|---------------------------|
| Processo de trabalho | N. de extratos: 47 |
| Conhecimento técnico e científico do atendimento a ser realizado/ Segurança para agir/ Efeitos da pandemia | |
| Trabalho de equipe | |
| Controle e suporte emocional | |
| Relação entre profissionais e usuários | |
| Conhecimento da rede | |
| Educação dos trabalhadores | N. de extratos: 89 |
| Formação inicial / Treinamentos técnicos | |
| Atualizações dos protocolos | |
| Uso da internet | |
| Gestão setorial | N. de extratos: 11 |
| Implantação do NEU | |
| Organização de treinamentos | |
| Método de ensino | |
| Espaço físico para treinamento | |

Figura 4 - Mapa temático final.



Fonte: Elaborado pelo autor. Ribeirão Preto, 2021.

Observa-se, ao analisar o mapa temático construído, que os conceitos principais identificados nesse estudo, que deram origem aos temas e subtemas, possuem uma relação significativa entre si e estão conectados fortemente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa, por sua vez, está vinculada aos princípios doutrinários do SUS. Com essa perspectiva, os resultados deste estudo estão comprometidos com a formação dos trabalhadores para o SUS. Os temas foram intitulados de forma articulada, porque coexistem no cotidiano do SAMU e a compreensão deste contexto exige um olhar longitudinal e dinâmico, que pode ser ressignificado a cada vivência e reflexão para a construção de novos conhecimentos e possível transformação da realidade, e são os seguintes:

1. A formação dos trabalhadores e a necessidade do conhecimento teórico-prático no Atendimento Pré-Hospitalar;

2. A necessidade de atualização do conhecimento teórico-prático e a compreensão da Educação Permanente em Saúde no APH;
3. A internet enquanto ferramenta na busca de informações atualizadas e a necessidade do diálogo na construção coletiva do conhecimento;
4. A necessidade de atualização do conhecimento técnico-científico na pandemia e a conscientização sobre a importância das normas regulamentadoras;
5. A percepção do processo de trabalho e a necessidade de compreensão do trabalho de equipe;

1 - A formação dos trabalhadores e a necessidade do conhecimento teórico-prático no Atendimento Pré-Hospitalar

Nos relatos dos participantes, foi possível confirmar a programação de cursos para o desenvolvimento da formação dos trabalhadores, quando da implantação do SAMU no local do estudo. Indicam que havia uma organização e sistematização de atividades para aprendizagem dos conhecimentos teórico-práticos sobre urgências e emergência no APH. Segundo os participantes, esse era um pré-requisito exigido pelo Ministério da Saúde. Ademais, os profissionais passavam por uma triagem, cujo perfil psicológico era analisado tendo em vista a sua adequação às funções que seriam desenvolvidas no atendimento de urgência e emergência. Na sequência, um curso teórico-prático de 1 (um) ano foi organizado pela gestão para os profissionais da equipe com programações distintas: uma presencial para técnicos de enfermagem e condutores e outra on-line para médicos e enfermeiros. Foi possível perceber, nas falas dos participantes, a valorização dessa etapa para o preparo inicial da equipe, principalmente no que refere às atividades procedimentais. Porém, compreendem que o curso valorizou os conteúdos do atendimento intra-hospitalar em detrimento daquele que ocorre na cena do atendimento pré-hospitalar.

Este estudo levantou também que o conhecimento prévio desses profissionais, além dos conteúdos oferecidos na graduação ou na educação profissional técnica, foi construído a partir de cursos, na sua maioria privados, por iniciativa própria. De uma maneira geral, as práticas formativas seguiram um modelo pedagógico tradicional, ou seja, a transmissão de informações e práticas em laboratório. De acordo com os relatos, os conteúdos iniciais foram sobre o suporte básico de vida para os condutores e técnicos de enfermagem. O conteúdo teórico era acessado numa plataforma, mas antes deveriam fazer um pré-teste e, após a leitura do material, um pós-teste. Aulas em laboratório para treino dos procedimentos foram agendadas previamente. Outra

percepção trazida por uma técnica de enfermagem é de que o método de ensino não oportunizou o tempo necessário para o treino.

Nós ficamos um ano realizando esses cursos [...] uma ou duas horas por semana [...] exigido pelo Ministério, e cada aula específica era um assunto abordado e às vezes tinha prática, a maior carga horária de prática foi de trazer da defesa civil (C-1).

A gente passou por uma capacitação e por psicólogo, nós fizemos grupo para ver se tinha perfil, depois que a gente fez a capacitação do Ministério da Saúde e também nós começamos com o curso de Primeiros Socorros (TE-2).

Comecei no SAMU em 2012 e teve a capacitação do Ministério da Saúde durante um ano (C-2).

O curso que a gente fez foi bem completo, o do Ministério da Saúde. A gente tinha uma plataforma com aula teórica e aula prática, além desse curso, a gente também tripulou algum tempo nas viaturas para poder acompanhar algumas ocorrências [...] a experiência prática conta muito, esta só adquiri vivenciando mesmo (TE-1).

A capacitação que fazia era de forma presencial, tinha o conteúdo teórico que a gente acessava em uma plataforma e depois era aplicado um teste [...] tinha uma avaliação de cada técnica ou de cada assunto, e lá foi abordado todos os assuntos relacionados a urgência e emergência, bem abrangente curso, mas essa capacitação de reforço foi somente para técnico de enfermagem e condutores (E-1).

Em minha opinião, o curso do Ministério da Saúde é vago e vazio [...] e é direcionado, muitas das vezes, somente para a parte intra-hospitalar, sem nenhum contato com a APH (C-1).

O método de ensino utilizado não foi adequado, ficou muito a desejar, não tive aquele tempo, aquele treinamento mais adequado que os outros tiveram para treinar (TE-3).

Outras trabalhadoras, transferidas do PA para o SAMU estudado, valorizaram o conhecimento prévio construído e confirmaram que o preparo para atuar no local foi um curso de suporte básico de vida e entre outros promovidos pelo Ministério da Saúde. Porém, uma das participantes relatou que não há continuidade desses cursos e exemplificou uma situação que não foi vivenciada no PA por ela, o trauma. Nesse caso, buscou assistir vídeos sobre imobilização na internet. Iremos observar neste estudo que a busca na internet é uma prática recorrente entre os trabalhadores pesquisados e uma categoria tema na sequência. Outros trabalhadores afirmaram que não tiveram cursos teóricos e que foram as vivências do cotidiano na viatura que possibilitaram a aprendizagem do processo de trabalho.

Trouxe algum conhecimento do pronto-socorro também, foi aonde eu já atuava e eu tive um curso de capacitação de suporte básico de vida, que foi ministrado pelas tutoras [...] do Ministério da Saúde [...] de 175 horas (E-1).

A noção que eu tinha de urgência e emergência era por ter trabalhado no pronto-socorro, e chegando no SAMU tive que desenvolver algumas técnicas de trauma que a gente não costumava pegar no pronto-socorro [...] ainda mais inicialmente que a gente não tinha treinamento [...] no começo busquei mais conhecimento através da internet, buscava no YouTube técnicas de imobilização e, conforme foi evoluindo, foi aparecendo alguns cursos pelo Ministério da Saúde e aí fui me aperfeiçoando (E-2).

[...] essa disciplina de atualização de protocolo de busca de conhecimento, você precisa ir atrás em outros lugares, porque o Ministério da Saúde [...] não dá facilidades para que isso possa ter uma continuidade (C-1).

Eu não fiz curso nenhum (risos), pedi transferência e me chamaram, rodei na viatura por quinze a vinte dias com o pessoal para aprender o trabalho, o que me ajudou muito (TE-3).

Não tivemos capacitação, pelo menos eu não participei, busquei aulas sobre suporte básico através de vídeos e atualização através dos vídeos, mas nada oficializado, sem professor, apenas assistia os vídeos como forma de me aperfeiçoar (E-2).

Entrei um ano depois do processo de implantação do SAMU, depois fiquei [...] uns quatro meses fazendo outros tipos de serviço, mais administrativo, mais direcionado para um estágio. Depois que comecei realmente conduzir a viatura (C-3).

De forma enfática, valorizam a necessidade do conhecimento técnico do enfermeiro em todas as áreas – clínica, trauma, obstetrícia, psiquiatria, pediatria – como determinante para o processo de trabalho no SAMU. Relatam que a experiência cotidiana para o domínio da técnica oferece segurança no fazer, porque os cuidados não podem ser delegados. Ademais, relacionam o estudo da prática com o aperfeiçoamento da ciência e compreendem que há concomitância no processo.

[...] o profissional do SAMU [...] tem que estar seguro naquilo que irá fazer, nas técnicas, na faculdade o enfermeiro tem [...] noção de tudo, mas é no dia a dia que vai buscar [...] estudo e especializações (E-1).

O enfermeiro precisa conhecer técnicas, os atendimentos voltados para urgência e emergência, de todas as origens, psiquiatria, pediatria, obstetrícia, atendimento clínico, traumas, ele precisa dominar todos esses atendimentos (E-2).

Então ele tem que ter segurança naquilo que poderá chegar até ele [...] e saber desenvolver [...] lá não tem como você delegar, você tem que ir e fazer, então as técnicas é primordial para você conduzir bem uma ocorrência, tem que estar seguro naquilo que que você irá fazer nas técnicas (E-2).

[...] penso que se você tem mais segurança naquilo que sabe, fica mais tranquilo para fazer as atuações em qualquer procedimento, igual cirurgião quando ele entra, ele vai fazer a primeira cirurgia ele tá tremendo, na décima ele já está mais tranquilo (C-1).

Eu sinto necessidade de rever técnicas, de rever protocolos, o ATLS, o ACLS. Eu fiquei um ano fora da assistência e a gente perde um pouquinho, você fica desatualizada [...] (E-1).

Eu acho muito importante o estudo da prática para o aperfeiçoamento da ciência, tem que andar junto (C-3).

Quem se atualiza é quem tem o conhecimento técnico, consegue ter total respaldo sobre as condutas que vai tomar [...] isso é extremamente importante (TE-2).

Outros mencionam as atualizações de que participaram que abordaram o sistema CROSS e o APH na área psiquiátrica.

Nós tivemos atualizações do sistema CROSS entre outros, sendo direcionado para os socorristas da Defesa Civil, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os TARM [...] tinha até prova (T-3).

Algumas coisas que foram válidas como [...] APH sobre psiquiatria [...] (C-2).

A trajetória única de um pesquisado destaca o curso de resgate que realizou e sua experiência na remoção de pacientes acamados e, posteriormente, foi admitido no SAMU e passou a compreender os procedimentos realizados pelos profissionais habilitados. Outro que se considerava aplicado aos cursos confessou que não tem se aperfeiçoado, uma vez que o conhecimento construído é suficiente para atuar como condutor. Apesar dos treinamentos e simulações realizadas, outro participante sente-se desanimado e questiona a qualidade das atividades educativas oferecidas aos profissionais do SAMU e, ainda, percebe a falta de comprometimento com a oferta de cursos de colegas.

A minha formação demorou muito até chegar ao SAMU. Primeiro comecei tendo aula de resgate especificamente sobre altura, aquático e selva, mas sobre a APH, tive muito pouco conhecimento na área de clínica [...] depois com o tempo passei pra remoção [...] de pacientes acamados e, logo após, entrei para o SAMU, a partir disso fui entender melhor sobre esses procedimentos mais invasivos (C-3).

Por muito tempo fiz muitos cursos, fiz curso da Defesa Civil [...] mas eu vou te confessar aqui, nos últimos anos não tenho mais aperfeiçoado não, estabilizei no ponto de ser o condutor socorrista do SAMU, a gente aprendeu, sabe e mantém, procuro ler os novos protocolos e tenho facilidade de compreender e absorver esse conhecimento, mas não sou uma pessoa tão assídua assim no conhecimento (C-3).

No começo eu sempre falava que nós devíamos ter mais treinamentos, igual as simulações que a gente já participou, mas hoje virou uma coisa banal, eu já nem quero participar mais, que as últimas que eu fui foi pura palhaçada, inclusive era mais pra alunos de medicina (C-2).

Vi muitas vezes alguém chamando para treinamento de imobilização de fêmur e o outro reclamar: “você está ficando doido? tô deitado aqui, deixa eu ver meu filme, deixa eu mexer no celular”(C-2).

Um dos participantes compreende que, para além da questão procedimental, foco das capacitações, há necessidade de o trabalhador aprender a intervir em situações em que se faz necessário o “corte de lata”, atividade ensinada pelos bombeiros.

O SAMU se limita muito somente a técnica e esquece de capacitar o profissional dele para uma área mais difícil e complicada de intervir, por exemplo, no treinamento de corte, basicamente é fazer um corte de lata e nós aprendemos no bombeiro, mas o outro colega que atuou na Defesa Civil não teve este treinamento (C-1).

Por fim, a valorização da trajetória do SAMU estudado é motivo de orgulho para um dos participantes, ainda que, na sua compreensão, haja a necessidade de mais cursos específicos do que aprendeu na prática, apesar de ter feito o curso.

Para o serviço ser o que é hoje, é resultado de várias experiências boas, aqui tem um serviço diferenciado, mas poderia ter tido mais cursos na área do SAMU, mais específico. Na minha situação tive que aprender na prática, no dia a dia sobre os passos de APH mais do que no curso (C-1).

2 - A necessidade de atualização do conhecimento e a compreensão da Educação Permanente em Saúde no APH

A atualização é percebida como uma necessidade para os participantes do estudo, porque os protocolos se modificam e novos conhecimentos são publicados continuamente. Um deles explica que o SAMU do local estudado tem os livros do suporte básico e protocolos, porém estão sendo atualizados. Outro ressalta que a aprendizagem é diária e que podem ocorrer divergências na execução de procedimentos. Por vezes, o treinamento é realizado de forma remota. Também compreendem que se o conteúdo estivesse na internet, numa plataforma, favoreceria aqueles que não conseguem comparecer aos cursos presenciais.

Atualização mesmo em termos de conduta médica [...] porque a gente não dispõe de um material específico do SAMU que está sendo atualizado [...] tem os protocolos inclusive lá na base [...] tem dois livros grandes tanto voltado para suporte básico, como voltado para o USA, que na verdade é extraído dos artigos mais recentes da literatura médica, da enfermagem, já consagradas [...] basicamente é atualização no cotidiano [...] (M-1).

Os protocolos mudam [...] vamos supor do trauma que saiu o ABCDE e às vezes ele muda [...] tipo agora que incluiu o X [...] se a gente não se atualizar, pode ficar um pouco perdido. Eu acredito que se fizesse um pouco mais de alguns treinamentos, mesmo que fosse através de uma plataforma, seria legal, porque às vezes nem todo mundo tem como ficar comparecendo (TE-1).

Por mais que você tá ali todo dia, sempre tem uma coisa nova para você aprender. Às vezes, uma forma que um imobiliza um braço não é a mesma forma que o outro imobiliza, e não é a mesma forma que eu imobilizo (C-2).

[...] sempre há a necessidade de atualização de protocolos, de ajuste de conduta perante ao que nós estamos passando, não somente em caso pandemia, e também de alteração de tecnológica (M-2).

[...] talvez aulas on-line através de plataforma para a gente poder se atualizar [...] porque nem todo mundo tem acesso às mudanças que estão tendo (T.E.-1).

[...] sempre quando tem um aprendizado novo, uma coisa nova, é muito útil, muito interessante (C-2).

[...] a forma [...] um ensino à distância (TARM-2).

Uma questão levantada por uma técnica de enfermagem é a necessidade de se ter um aprimoramento da abordagem no local do atendimento, para a própria segurança da equipe, além do conhecimento procedimental.

A gente tem que [...] ter uma postura, saber as técnicas de abordagem, além de saber o que vai fazer assim com o trauma, na abordagem do quadro clínico [...] o primordial mesmo é abordagem [...] no ambiente familiar, a gente vai indo até um local e não a pessoa vindo até a gente, como é no caso do pronto-socorro, e, por isso, devemos tomar [...] cuidado com isso, nós iremos estar no ambiente do paciente, muitas vezes sem segurança nenhuma (TE-1).

O comparecimento nas atualizações oferecidas pelo local estudado também foi uma questão levantada pelos participantes deste estudo. No passado, o treinamento tinha um caráter obrigatório e os trabalhadores ficavam sob pena de serem transferidos do setor, porém desejavam aprender e realizar um bom trabalho. Por outro lado, acreditam que a participação nas atividades educativas deve ser remunerada, porque são horas extras de trabalho, e comparam aos adicionais que outros setores recebem.

Ela fez o treinamento quando começou o SAMU, é por que a coordenação na época ameaçou o povo, falou que se não fizesse poderia ser transferido do SAMU, e ninguém queria ser transferido, então isso aí pesou bastante, e o pessoal que estava lá também queria aprender e fazer um bom trabalho, então era porque era no início.

[...] aqui para treinar protocolos, se não remunerar este servidor para ir lá treinar, eles não vão, não vão... (E-2).

Não sei se é por conta do tempo que o pessoal que trabalha lá, às vezes tem outro vínculo [...] não dá tempo da pessoa [...] poder ir no treinamento. Não sei se a prefeitura tem problema de ter que pagar hora extra (T.E.-6).

[...] tem adicionais que outros locais têm que a gente não tem [...] trabalha, trabalha, trabalha, e a gente quer é um retorno financeiro também e a gente não tem, tudo isso acaba ficando falho (E-2).

[...] que é tipo uma troca, então colocar um equipe treinada para alinhar com toda a rede e que faça por merecer (E-1).

Um dos participantes reflete que a busca pelo conhecimento deve ser uma preocupação também do trabalhador, além da gestão, quando este de fato “veste a camisa da unidade”.

Acho que essa busca e conhecimento não está somente na parte administrativa de oferecer, acho que cabe também ao funcionário que veste a camisa mesmo (T.E.-2).

Por outro lado, um dos participantes ressalta que a saúde do local estudado necessita de um Núcleo de Educação Permanente, inclusive com espaço físico próprio, que possa integrar o processo de trabalho do SAMU com a Rede de Atenção local e regional.

[...] é preciso de NEP funcionando, porque não adianta o SAMU ir lá fazer o trabalho e chegar no pronto-socorro ou chegar nas UPAS e não ter a continuidade como deveria, tem que estar tudo alinhado em todas as pontas para fazer um bom trabalho (E-2).

Sinto falta de uma interação efetiva com as outras cidades interligadas, no qual podemos ter o mesmo protocolo, mas com distinções, de acordo com as particularidades de cada uma, tendo um único documento para consulta antes da realização dos atendimentos. Ressalto também que há falta do acesso em todo o sistema do SAMU, pra conseguirmos fazer o controle e ter a base dos atendimentos (TARM- 2).

[...] é a nossa dificuldade não ter um espaço físico para o trabalho, para o desenvolvimento dos treinamentos, é ter profissionais que são da área e que estão dispostos a passar o conhecimento [...] sem o medo de perder o emprego né, porque o cara tem esse medo também (C-1).

A ideia é reforçada com a necessidade de “educação continuada”, que deve ser formalizada, porque os participantes deste estudo alegam que praticamente não existe, apesar do esforço de coordenadores para efetivar uma programação de atividades educativas. Na fala dos participantes, as iniciativas de uma programação educativa ocorreram a partir da coordenação do SAMU, porém não foram valorizadas e foram encerradas pouco tempo depois. Outro exemplo que trouxeram foi o SAMUzinho que, segundo o participante, não recebeu apoio do gestor e dos trabalhadores.

[...] a gente precisaria ter essa educação continuada e ser formalizado mesmo essa atualização de protocolo e treinamento constantemente (T.E.-6).

O que falta no SAMU e que acho falho é a educação continuada, praticamente não existe, se não for essa troca de ideias, de buscar protocolo, buscar atualização por conta própria, não aprendemos o que precisamos (T.E.-6).

Uma busca de todos os coordenadores que passaram pelo SAMU, mas que ainda tem falhas, é a capacitação de toda a equipe, ter um centro específico para capacitar a equipe do SAMU e com toda a rede também, para unir as linhas, alinhar toda a rede, que é o sonho de todo coordenador (E-2).

A gente tentou instituir um programa de formação [...] não foi bem visto e não foi valorizado (M-2).

As pessoas, quando elas querem aprender, elas valorizam aquilo, e a gente consegue dar um jeito de continuar, mas quando [...] não existe um reconhecimento e não foi levado muito a sério, então acabou encerrando, não deu continuidade (M-4).

Segundo o protocolo do SAMUzinho de educação continuada, que é prevista no trabalho do SAMU, infelizmente é muito pouco valorizado, tanto quanto pelo gestor, quanto dos outros funcionários [...] a gente coloca outros empecilhos [...] (M-1).

Uma das questões levantadas pelos participantes para essa desvalorização por parte da equipe é a dificuldade de disponibilidade de tempo, porque alguns têm duplo vínculo de trabalho, ou pela falta de uma política para pagar a hora extra despendida nos cursos.

Não sei se é por conta do tempo, que o pessoal que trabalha lá pode ter outro vínculo e não dá tempo de poder ir ao treinamento, não sei se a prefeitura tem problema de ter que pagar hora extra e não poder fazer hora extra, alguma coisa assim deve impedir isso de acontecer (T.E.-6).

Um dos participantes compreende que os protocolos necessitam ser “guiados” de forma construtiva por parte por profissionais e que esses devem ser remunerados para realizar tal acompanhamento.

Precisamos ter protocolos guiados pela instituição, digo, buscar uma forma de remuneração da mesma quantidade para enfermagem, médico e técnicos, para que possam despendar seu tempo de maneira específica e remunerada, para que passem esses protocolos. A valorização tanto como a remuneração de quem está à frente destes protocolos, para que eles sejam instituídos e cobrados [...] de uma maneira correta, construtiva e não punitiva (M-4).

Outra questão levantada foi a compreensão do Núcleo de Educação Permanente como um local que promove atualizações temporárias de temas pouco vivenciados pela equipe.

Ademais, um deles sugere que um professor poderia oferecer vídeoaulas para o SAMU e toda a rede.

Quando você atende uma patologia [...] tipo a parada cardiorrespiratória quase o tempo todo, então nessas questões a gente não tem tanta dúvida, agora alguma morbidade que a gente não está tão acostumado e são nestas que surgem as dúvidas. Poderia entrar neste caso o NEP, que seria o que a gente precisa, seja uma atualização temporária a cada semestre ou trimestre, ou conforme a necessidade (E-2).

Acho que todo mundo poderia ter cursos com professor através de vídeoaula, o próprio serviço poderia estar oferecendo esses cursos pra o pessoal que trabalha no SAMU e na rede de urgência e emergência (T.E.-2).

Finalmente, a população é incluída na discussão como um usuário que não tem consciência da função do SAMU e relatam que, na triagem das solicitações, poucas têm de fato real necessidade do APH.

Eu acho que deveria melhorar era a conscientização da população com relação ao nosso serviço [...] a gente sente tipo assim uma um grande de descaso com nós pela regulação, por exemplo [...] a gente tá cansado de saber que faz ocorrência boba, que a gente atende coisa que desgasta [...] se a gente for ver de 10 ocorrências [...] 3, 4 delas realmente tinha necessidade, isso aí bastante desgastante (C-2).

3 - A internet enquanto ferramenta na busca de informações atualizadas e a necessidade do diálogo na construção coletiva do conhecimento

Ficou constatado que a utilização da internet pelos participantes da pesquisa é uma realidade. Para alguns a pesquisa faz parte do dia a dia nas plataformas populares (Youtube, Google, Instagram) em que as informações são compartilhadas ou mesmo naquelas específicas sobre o tema de APH. Destacam que as *lives* têm ampla adesão e percebem que ficam mais tranquilos quando têm as informações atualizadas. Um deles destaca que, apesar das oportunidades que a rede da internet oferece, a participação como ouvinte impede a possibilidade de questionar. Ademais, a busca pelo conhecimento é prerrogativa do trabalhador, como aponta um dos participantes.

[...] o protocolo a gente já deu uma lida e o resto não tem uma atualização anual, a gente vai atualizando através de meios eletrônicos, tem até um canal que participo, que é de APH, só fazem vídeo [...] treinamento on-line [...] (M-3).

Eu busco procurar saber mais, igual tem esses grupos de internet, WhatsApp tem muita coisa [...] o Facebook [...] o YouTube te dá muita opção de você poder assistir, mas não te dá opção de questionar, o Insta te dá, as lives hoje que tá bombando e isso facilita bem a vida de todo mundo [...] e me deixa mais tranquilo com relação a tudo, até porque é informação [...] (C-1).
[...] nós que temos que estar sempre pesquisando e procurando o básico, aprofundar nas trocas de diretrizes e do protocolo (C-2).

Outro trabalhador inclui, além da internet, a importância dos protocolos e o diálogo com a equipe de trabalho e com outros profissionais externos ao serviço na busca do conhecimento.

O principal método que tento buscar aprendizado é pela internet, pelos protocolos que a gente possui e pelos debates com o pessoal que trabalha no SAMU, como meio de trocar ideias (TE-3).

Eu sou meio suspeito para falar, porque eu fico por cima disso toda hora, eu busco, eu entro em contato com o pessoal de fora, eu quero atualizar protocolo, eu quero aprender até mais o que preciso saber, até pra não passar apertado (C-1).

Porém, outro percebe que está pouco ativo na rede e assiste ao que é recomendado.

[...] eu pesquisava bem mais, eu era bem mais ativo nesse sentido aí de correr atrás, hoje em dia aí eu tô meio parado, a não ser [...] algum vídeo, algum documento [...] que tô sempre vendo [...] (C-3).

4 - A necessidade de atualização do conhecimento técnico-científico na pandemia e a conscientização sobre a importância das normas regulamentadoras

No que se refere à pandemia, uma das falas enfatiza a ausência de planejamento da administração municipal, prática que o participante considera recorrente. As decisões não consideraram as políticas públicas e, para ele, foi uma catástrofe a logística de transporte de

pacientes. Menciona que, apesar de terem mantido uma conversa com a gestão municipal, não ocorreram mudanças no processo de trabalho, com exceção ao uso de EPI. Também compreende que não deve culpabilizar unicamente a gestão pública, que a pandemia foi uma situação excepcional.

[...] a administração municipal não estava muito preparada para esta pandemia, então não sabia o que fazer, foi vendo o que foi acontecendo e foi fazendo, foi mais testando do que realmente efetivando políticas. Tivemos muita conversa, mas pouco resultado em relação a isso, eu acho que no final das contas não mudou nada para te falar a verdade, a única coisa que realmente mudou na nossa rotina foi o uso de EPI. Muita gente que não usava algum tipo de EPI acabou usando ou usando com mais frequência [...]. Agora, em relação a procedimento, logística de transporte de paciente, isso aí para mim foi uma catástrofe, porque foi totalmente sem planejamento [...] não vou culpar só essa administração, mas em questão de pandemia, eu com 15 anos de trabalho nunca tinha trabalhado numa (C-3).

Na percepção de um dos participantes, faltou apoio da gestão no enfrentamento da pandemia. Cita a falta de treinamento e a necessidade de compreender a COVID os mobilizou para estudar os casos.

[...] a gente foi se reinventando e se adaptando [...] na parte de apoio, a gente não teve muito assim treinamento [...] assim para tá enfrentando isso, a gente que [...] foi estudando a doença foi observando os casos, acho que a gente que foi lutando e estamos na luta até hoje (TE-1).

As deficiências relativas às demandas da vigilância sanitária foram apontadas por um dos participantes e foram sanadas por iniciativa dos próprios trabalhadores do local pesquisado, que efetivaram a compra de material para atender às normas técnicas.

[...] uma coisa [...] que poderia ter sido sim melhor, por exemplo, a vigilância sanitária, geralmente eles pegam muito no pé e a gente não tem uma área de desinfecção [...] a gente não tem material, a gente teve que comprar o borrifador para borrifar antisséptico em nosso avental impermeável [...] foi uma das médicas que comprou, material impermeável fomos nós que mandamos fazer, o que eu tenho foi feito por iniciativa nossa (M-2).

Outro participante da pesquisa reforça a mudança do comportamento da equipe com relação ao uso de equipamento de segurança, porém observa que a gestão pública procurou economizar na compra desses equipamentos que poderiam ser melhores.

[...] a única mudança foi a questão de EPI [...] mas sem muita alteração, até porque a vida não muda, sonda é sonda, convulsão é convulsão, acidente é acidente, parada é parada [...] tem a questão de política de poder ter equipado melhor o pessoal com equipamentos melhores, de ter buscado um face shield melhor, de ter buscado um óculos, uma máscara N-95 com filtro para facilitar a respiração [...] mas não estão buscando aquilo que o mercado oferece, mas aquilo que pode ser mais barato, para ver se o dinheiro consegue “render” mais, vamos por assim para não falar outra coisa (C-1).

Outro participante reforça essa questão, porém alerta para o comportamento indesejado da equipe.

Mudou bastante em relação a limpeza, o material fornecido, os EPIs, a mudança em algumas regulações [...] mas com certeza ainda deixa a desejar, principalmente, a gente entra num assunto até um pouco espinhoso que é o comportamento dos colegas de trabalho (M-1).

Aponta que a segurança do trabalho, com relação à higiene, não era observada antes da pandemia pelo pessoal da unidade, considera que pouco mudou em relação a isso, porque negam a pandemia e que os números são falsos, conversa para desestabilizar o governo.

[...] a gente vê que o pessoal não tem uma higienização adequada, quando chega da rua, quando chega no atendimento, se antes da pandemia o pessoal não tinha uma higienização adequada das mãos, dos quartos, do banheiro [...] pensei que com a pandemia o comportamento pessoal ia mudar, infelizmente [...] tem pessoas que não acreditam na pandemia, tem pessoas que trabalham lá no SAMU que não acredita, que acha que tudo isso é conversa para desestabilizar o governo, que esses números são maquiados (M-1).

Com outro olhar, um dos participantes acredita que cada trabalhador deve agir conforme suas crenças pessoais no uso ou não de EPIs.

Eu acredito nos cuidados pessoais, mais acho que é de cada um mesmo, entendeu? Quanto ao uso de máscara, limpeza do setor, tudo, entendeu?(M-4).

5 - A percepção do processo de trabalho e a necessidade de compreensão do trabalho de equipe

A percepção do processo de trabalho no SAMU é distorcida segundo um dos participantes, porque o trabalhador desconhece a realidade que é diversa daquela vivenciada na área hospitalar em que a equipe e o local está pronto para receber o paciente, enquanto na rua as situações são inesperadas. Acredita que o desejo das pessoas de trabalhar no SAMU é por status, mas que se decepcionam e ficam desmotivados, por isso entende que o trabalhador deve ter perfil e saber o que de fato é o SAMU e estar preparado.

[...] um ponto fundamental para mim é ter o perfil, antes de qualquer coisa você tem que saber o que é o SAMU, o que te espera e realmente estar realmente preparado, porque é muito diferente de você chegar com paciente no hospital e ter uma equipe toda pronta, outra é na rua e pegar o “touro pelo chifre”. As pessoas têm uma visão diferente, acha que ir pra o SAMU é status, é bonitinho é 12 por 36 e é o que todo mundo quer, e quando se depara com a realidade que é bem outra, acaba decepcionando e começa empurrar com a barriga (TE-4).

Uma das questões levantada por um dos participantes, foi o perfil individualista de alguns profissionais, que na sua percepção dificulta o processo de trabalho, no qual todos devem estar articulados.

Nós tivemos aí situações de pessoas que foram para o SAMU [...] individualistas [...] tipo o condutor que queria fazer tudo sozinho [...] enfermeiro que queria fazer tudo sozinho [...] médico que queria fazer tudo sozinho, o TARM que quer tocar o bonde sozinho [...] se o cara não entendeu que ali o serviço [...] é uma coisa acoplada na outra o serviço não vai fluir (C-1).

Sobre isso, o trabalho de equipe é percebido como uma habilidade que todo trabalhador do SAMU deve desenvolver, além do conhecimento técnico-científico e emocional, sob pena de não conseguir realizar suas atividades no APH.

[...] além do conhecimento e do controle emocional, o profissional deve saber trabalhar em equipe [...] se não tiver habilidade em trabalhar em equipe não consegue executar as tarefas e o atendimento do serviço APH (C-1).

Para outro participante, para além dos requisitos acima, o profissional deve ter autonomia e rapidez nas decisões.

Além do conhecimento técnico e teórico-científico, o profissional também tem que ter autonomia para poder estar resolvendo a ocorrência, ter uma iniciativa rápida e um posicionamento eficaz, aliado a um grande controle emocional que é primordial (TE-2).

Uma descrição sobre a percepção do que é o processo de trabalho efetivo no APH é realizada por outro participante.

O atendimento pré-hospitalar é você estabilizar o paciente para depois conduzir, esse é o diferencial, você ganha um tempo resposta, por exemplo, uma suspeita de AVE, às vezes você faz os testes necessários lá e você já sabe para onde que precisa ser conduzido de maneira correta, esse paciente vai entrar com o protocolo e vai ter uma estimativa de vida muito melhor (M-1).

A percepção sobre a atuação de cada profissional na rede de atenção do SUS e seu reconhecimento pelo TARM, médico, enfermeiro(a), técnico de enfermagem e condutor no processo de trabalho é diversa e o valor atribuído distinto, como expressos nas falas a seguir:

[...] tudo está centrado na regulação médica, então não é só o conhecimento técnico que a gente tem que saber, não é só a hipótese diagnóstica [...] mas controle emocional [...] para controlar a equipe também (M-1).

O enfermeiro é para mim é um dos papéis principais[...] ele tem que ter segurança naquilo que poderá chegar [...] (E-2).

A urgência é esse leque de opções [...] hipóteses diagnósticas mais prováveis em relação à aquela queixa do solicitante [...] encaminhar ambulância mais adequada [...] de suporte básico [...] de suporte avançado [...] quando a gente tá ali dentro da USA a gente já vai tendo uma ideia do [...] que pode estar acontecendo com o paciente, e por isso, a importância da maior quantidade de dados [...] sobre o paciente, e diante disso, vamos formulando uma hipótese como iremos lidar (M-1).

[...] o médico [...] tem que saber aplicar aquilo que é de conhecimento técnico do médico numa situação um pouco diferenciada [...] ele passa por uma regulação médica que é via telefone, então muitas informações são perdidas, exige muito da interpretação do médico quando a gente

está no telefone com o solicitante, então o médico[...] além de ter juntar o conhecimento técnico pra fazer uma anamnese bem direcionada para aquele caso para poder interpretar [...] deve ter uma boa capacidade de [...] gestão de risco e gestão de pessoas (M-2).

Nós tivemos que nos adequar durante todo esses nove anos [...] ainda tem várias divergências porque muita gente não aceita na maioria das vezes o que nós condutores colocamos naquele momento, porque a gente tá no outro lugar tendo outro ponto de vista que talvez facilite mais a vida de quem tá fazendo atendimento [...] por exemplo uma coisa simples, às vezes aonde você tá procurando a veia você não enxerga, mas de onde eu tô aqui eu consigo ver [...] tá muito boa para poder ser pega e o cara não aceita porque na cabeça dele eu não sou aquilo ali, não é minha função fazer aquilo ali, então fica complicado (C-1).

Talvez somente o TARM consiga aliviar um pouco serviço, podendo orientar todo o processo, até que não seja coisa do SAMU, ele pode orientar [...] (T-1).

A posição do TARM no SAMU é bem delimitada, havendo a necessidade de informar sobre as ocorrências, pois, é o TARM que pode adiantar ou mesmo orientar sobre determinada ocorrência de acordo com a necessidade do atendimento [...] precisa saber o que precisa ser feito (T-2).

[...] conhecer o fluxo do município, e a questão de regulação tem que ter noções [...] para onde que você levar, vai remover o paciente [...] o TARM [...] tem que saber de todo o sistema [...] também precisa ter um pouco de [...] orientação sobre as ocorrências que chegam (T-1).

Quando os profissionais da TARM possuem um pouco de orientação, consegue equilibrar os processos do SAMU, como a junção das cidades facilitando todo o desenvolvimento e a condução das emergências (T-2).

Porém, apesar dos cursos oferecidos pelo SAMU, local do estudo, um dos participantes alerta para o fato de que eles não aprenderam a trabalhar em equipe, a ser companheiros, quando menciona o trabalho do condutor, pois este desconhece as atribuições do APH.

Se for pensar nessa formação é algo muito “furado”, por que a primeira coisa que o SAMU não te ensina é ser companheiro, primeira coisa que o SAMU não ensina é fazer um serviço onde você integra uma equipe de saúde com um profissional condutor, que não sabe grande parte das atribuições da APH (C-1).

O ressentimento com a equipe pela falta de reconhecimento e confiança com o colega que organiza treinamentos internos é compartilhado por um dos participantes, que também percebe a valorização e reconhecimento de profissionais externos ao serviço.

[...]A gente se propôs a realizar os treinamentos, procura saber e fazer, mas os próprios profissionais que trabalham com a gente não dão crédito [...] por você fazer o melhor pela equipe, sempre valorizam somente o cara que está do lado de fora, mas pra buscar o cara de fora temos que ter o cara de dentro (C-1).

Entretanto, outro participante reafirma a necessidade de treinamento realístico para fortalecer o espírito de equipe, ainda que cada profissional seja competente.

[...] a gente precisa realmente desse tipo de treinamento realístico [...] porque tudo que eu vejo aí é que quem não tem espírito de equipe ali no SAMU, pode ser bom individualmente, mas o SAMU só anda com a equipe (C-1).

As implicações do processo de trabalho no APH que se relacionam aos aspectos psicológicos da equipe do local pesquisado foram ressaltadas pelos condutores participantes da pesquisa. Na percepção deles, é preciso ter controle emocional, calma, além do conhecimento específico no APH, e compreendem que há a necessidade de treinamento e apoio para isso.

[...] com certeza a gente tem que ter calma e tem que procurar ter conhecimento específico [...] precisa procurar se capacitar (C-2).

Acho que entra o físico, o emocional entra o psicológico [...] a gente precisava dum treinamento direcionado pro nosso emocional, pro nosso psicológico (C-2).

[...] o nosso psicológico ele precisa de apoio [...] eu fui para o suporte muito tempo, só me afastei por conta dessa pandemia aí porque tem gente que tá precisando mais do que eu (C-1).

[...] além do controle emocional, nós profissionais precisamos ter o conhecimento, senão, a gente fica sem saber como atuar diante daquela situação (C-1).

De uma maneira geral, os resultados desta pesquisa constataram a heterogeneidade do percurso formativo dos trabalhadores do SAMU pesquisado e o esforço inicial da unidade para a formação desses profissionais com relação aos protocolos e procedimentos mais utilizados nas urgências e emergências no APH, dentre outros. Segundo os relatos, na ocasião era uma exigência do Ministério da Saúde, porém não há registros sobre as atividades educativas desenvolvidas pela unidade.

Os avanços na implantação e qualificação dos serviços do local estudado são reconhecidos pelos participantes da pesquisa. Porém, no entendimento deles, os esforços dos coordenadores para dar continuidade à formação não prosperaram porque as programações passaram a ser pontuais e a participação dos trabalhadores dependiam da disponibilidade de tempo e da motivação de cada um, ainda que reconheçam a necessidade das atualizações para que as abordagens sejam seguras e resolutivas, dentro do tempo resposta preconizado na cena do APH.

Em potencial, a utilização da internet como fonte de consulta e busca do conhecimento atualizado é uma realidade para o grupo, e sugere que a unidade amplie esta experiência com vídeoaulas, por exemplo. Também demandam por um Núcleo de Educação Permanente com espaço físico definido e que inclua toda a rede municipal e regional de saúde, uma vez que o processo de trabalho do SAMU depende dessa articulação. Ademais, reivindicam a necessidade do diálogo como forma de aprendizagem e do fortalecimento e valorização do trabalho de equipe. Porém, alguns membros da equipe, na coleta de dados, relataram que estavam desmotivados e com pouco interesse em aprender. Por fim, a participação social é inexistente no local e não há uma interlocução educativa planejada para com a população, o que por vezes pode dificultar o processo de trabalho do SAMU.

Desta forma, para responder aos objetivos desta pesquisa, categorizamos os temas levantados acima na apresentação dos resultados, os quais serão aprofundados nesta discussão, a partir das referências que embasam a educação permanente em saúde no SUS, articulados ao referencial teórico da pedagogia crítica freireana. Tais interpretações suscitaram outras reflexões e questionamentos, exercício esperado para uma pesquisa que envolve educação, por isso os limites ficaram expostos durante o desenvolvimento do texto. Ainda assim é possível generalizações que contribuam com a construção e disseminação da educação permanente em saúde no SUS.

O SAMU integra a Política Brasileira de Atenção às Urgências e Emergências, como abordado anteriormente. O serviço é prestado por equipes compostas por: I) Equipe da Central de Regulação: formada por médicos reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica,

controladores de frota e radioperadores; II) Equipe das Unidades de Suporte Avançado composta por: médico, enfermeiro, condutor socorrista; III) Equipe do Helicóptero de Suporte Avançado (Polícia Rodoviária Federal - PRF/ SAMU) composta por médico e enfermeiro; piloto e técnico de operações especiais da PRF; e IV) Equipe da Unidade Móvel de Suporte Básico, composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista (BRASIL, 2002).

Desse modo, o local estudado conta com 85 trabalhadores entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, TARM e condutores para atender um pouco mais de 20 cidades com o número estimado de 600.000 habitantes. O serviço não possui uma equipe de helicóptero, o que possivelmente pode afetar o tempo do atendimento em locais cujo acesso é dificultado. Ademais, a área de saúde é diversa e abrangente, o que significa que o SAMU estudado deve estar alinhado às equipes que compõem a RAS e seu perfil epidemiológico e geográfico, além das condições socioeconômicas e culturais. A região possui uma zona rural economicamente ativa e referência para o país, e também rios e represas que são áreas de lazer populares, com movimento intenso aos finais de semana e férias escolares.

Em relação ao perfil dos 10 participantes que deram subsídio a esta pesquisa, destaca-se que há um número equivalente entre pessoas do sexo masculino e feminino, cuja faixa etária ficou entre 25 e 45 anos (80%), com o ensino superior (75%), aperfeiçoamento em áreas diversas (45%), pertencem à equipe de enfermagem (50%), e atuando entre 6 a 10 anos na área da saúde (75%). Na literatura este perfil é variável, a depender do objetivo da pesquisa e do método. No estudo de München *et al.* (2023) sobre a percepção da morte por enfermeiros e médicos no SAMU, o predomínio foi do sexo masculino. A predominância do sexo masculino nas equipes do APH (75%) foi evidenciada na revisão integrativa da literatura realizada por Sousa *et al.* (2020), justificada pelo tipo de trabalho que é realizado.

Com relação ao tempo de atuação, esse variou entre 2 meses e 8 anos, com média de 5 anos, dados compatíveis com este estudo (MÜCHEN *et al.*, 2023). O tempo de atuação aponta que estes profissionais estão em plena fase produtiva, um indicador de gestão profissional, uma vez que a pressão do trabalho e a remuneração fazem os profissionais buscarem outros vínculos (STUMM *et al.*, 2009). Leite *et al.* (2016) também encontraram um perfil semelhante a este estudo, quando pesquisaram a percepção dos riscos ocupacionais dos trabalhadores do SAMU, com exceção de condutores e TARM.

Um estudo censitário e descritivo que utilizou dados do quantitativo de Centrais de Regulação das Urgências e Recursos Móveis, associados a dados públicos oficiais sobre a força de trabalho e sua produção, extraídos de sistemas de cadastro nacionais do Sistema Único de Saúde, apontou que a força de trabalho do SAMU 192 cresceu 14,3%, chegando a 41.490

profissionais em 2019. Os técnicos e auxiliares de enfermagem são mais de 51% da força total, enquanto os condutores, alcançam 42,4%. A participação de enfermeiros e médicos cresceu respectivamente 27,4% e 29,8%. Com exceção dos enfermeiros, a quantidade de médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem vinculados, por meio do Sistema de Cadastro Nacional e Estabelecimentos de Saúde (SCNES), às unidades móveis de emergência do SAMU 192 não foi suficiente para operar, diuturnamente, 100% da frota entre 2015 e 2019, com déficits superiores a 30%.

Destaca-se que, nas unidades de suporte básico, técnicos de enfermagem foram responsáveis por até 81,2% dos atendimentos e 75,6% dos transportes, em 2019, enquanto nas de suporte avançado, a equipe formada por “médico e enfermeiro” está envolvida em mais de 60% dos atendimentos de emergência e transportes. Todavia, aos enfermeiros, na ausência de médicos, já são atribuídos mais de 30% dos atendimentos e 28% dos transportes com tendência de elevação.

Apesar do crescimento no quantitativo de médicos, as projeções mostram que há uma marcante falta desses profissionais na composição de equipes. Essa insuficiência se reflete sob dois indicadores: a baixa participação dos médicos nos procedimentos e a atribuição de procedimentos apenas a enfermeiros. Questão relacionada às dificuldades com a atração, retenção e fixação de médicos e a elevada rotatividade gerada por oportunidades em outros serviços.

Por outro lado, a utilização de serviços de ambulância aumentou nos últimos anos e a demanda deve continuar a aumentar, assim como a demanda pela força de trabalho nesses serviços (MALVESTIO, SOUSA, 2022). Ainda que esses indicadores não tenham sido levantados nesta pesquisa, os mesmos relacionam-se às necessidades de programas educacionais e o fortalecimento de estruturas de educação nos serviços, ausentes no local estudado.

As unidades móveis de saúde que prestam atendimentos pré-hospitalar realizam atendimentos que envolvem conhecimentos diversos para um julgamento clínico resolutivo e requerem a realização de inúmeros procedimentos, sendo a maioria de alta complexidade em condições adversas. De uma maneira geral, tais abordagens exigem muita atenção, resiliência e adaptabilidade da equipe para realização do atendimento, agravadas por pressões da sobrecarga de trabalho, uma vez que o contato com sofrimento, perdas e condições adversas é rotineiro no trabalho (CRIVELARO, 2011).

A formação dos profissionais de saúde para o APH, segundo estudo realizado por Machado *et al.* (2011), apontou lacunas que vão desde a falta de uma formação técnica para os

socorristas quanto cursos específicos para os profissionais sobre as individualidades do serviço. Nosso estudo constatou que o alinhamento do conhecimento da equipe foi uma necessidade apontada pelos participantes, que na implantação do serviço foi notadamente uma exigência, sendo que o material produzido pelo MS foi adotado como um guia norteador. Ressalta-se que a equipe do SAMU é formada por profissionais graduados e técnicos de nível médio. O percurso formativo na graduação é de cunho generalista, tanto para médicos como para enfermeiros, e cada curso tem a liberdade de construir a sua própria estrutura curricular, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, específica para cada curso (BRASIL, 2007).

Com relação ao enfermeiro, ele foi inserido no APH a partir dos anos 1990, mas suas atribuições foram definidas com a criação do Núcleo de Educação em Urgências (NEU) pela Portaria n. 2.048/2002. Essa legislação definiu que o enfermeiro do APH é responsável pela supervisão e avaliação das ações de enfermagem nas equipes, como dito anteriormente; atendimento ao paciente grave e com risco de vida, bem como à parturiente e recém-nascido; realização de partos sem distocia; subsídios à educação continuada das equipes; cumprimento da legislação profissional; conhecimento dos equipamentos; e extração manual de vítimas, quando necessário. Ainda sobre essa questão legal, a Resolução COFEN n. 375/2011 estabeleceu que os serviços de APH devem contar, obrigatoriamente, com a presença do enfermeiro, que também deve exercer a função de supervisor dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Ademais, a Resolução COFEN n. 358/2009 é a norteadora do trabalho do enfermeiro, e qualquer que seja o ambiente de atuação inclusive no SAMU, a Consulta de Enfermagem deve ser consubstanciada nas seguintes etapas interdependentes: coleta de dados; diagnóstico; planejamento; implementação; e avaliação. Ressalta-se a importância dos registros, previsto na Resolução COFEN n. 358/2009, para que possa avaliar a atuação interdisciplinar, os protocolos adotados, os conhecimentos específicos utilizados, as habilidades técnicas, as evidências de articulação com o SUS e da existência de uma política de qualidade interna (SILVEIRA, TANEDA, 2015).

Para tanto, o profissional de enfermagem deve se apropriar de conhecimentos teóricos e práticos para exercer as demandas que lhe são exigidas no APH móvel. Porém, essa área de atuação do enfermeiro não tem sido contemplada pelas instituições de ensino nos seus projetos políticos pedagógicos como apontado anteriormente, por vezes, o ensino na graduação limita-se às urgências intra-hospitalares (FERREIRA, FERREIRA, 2019). Da mesma forma, na opinião de Sousa (2015), essas atribuições deveriam ser ensinadas ainda na graduação, visão contrária às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que preconiza o perfil de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (CNE, 2001). Os participantes desta pesquisa também

são contrários ao preconizado pelas DCN. Para eles, os enfermeiros, assim como os médicos, devem aprender os conteúdos das urgências e emergências, pela necessidade de atender a uma demanda crescente por profissionais que são fundamentais para a preservação da vida, a partir da implantação do APH móvel.

Um estudo, que descreveu os conhecimentos de graduandos em duas instituições de Salvador (BA) sobre o atendimento pré-hospitalar, apontou um déficit de conhecimento teórico sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, sobre as definições acerca do APH móvel e sua composição. Quanto aos conhecimentos fisiopatológicos necessários para atuação do enfermeiro no APH, a maioria dos entrevistados informou que durante a graduação foram abordados os conteúdos que o enfermeiro precisa ter para atuar na área de urgência e emergência, segundo a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.048/2002, entre eles: o reconhecimento sobre sinais de disfunção respiratória, medidas de desobstrução de vias aéreas e de reanimação de suporte de suporte básico de vida, atendimento inicial ao politraumatizado, reconhecimento dos riscos nas cenas dos acidentes e manejo de choques e hemorragias, queimaduras, acidentes com múltiplas vítimas e com produtos perigosos. Entretanto, o reconhecimento de sinais de gravidade diante de sofrimento psíquico em situações de urgência foi insatisfatório (FERREIRA, FERREIRA, 2019).

Essa lacuna sobre o serviço de APH móvel, durante a graduação, faz com que os enfermeiros interessados pela área procurem cursos específicos, como já mencionado: Advanced Cardiac Life Support (ACLS); Advanced Trauma Life Support (ATLS); Prehospital Trauma Life Support (PHTLS); entre outros. Contudo, esses cursos podem ser insuficientes, dependendo das instituições que os ofertam (FERREIRA, FERREIRA, 2019). Observa-se que os participantes graduados desta pesquisa também buscaram por este tipo de especialização.

Pasquini (2015) relata que, na experiência da Prefeitura de São Paulo, o médico, após aprovação no concurso, participa de curso com aulas teóricas e práticas e estágio na ambulância, sob supervisão de outro médico. Ou feitos a distância, com aulas práticas presenciais (70%), enquanto para enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores as aulas são exclusivamente presenciais. Nesta pesquisa, foi constatado que médicos e enfermeiros realizaram cursos não presenciais e, posteriormente, atividades teórico-práticas em laboratórios seguidos de avaliações.

Já a formação dos técnicos de enfermagem, que quantitativamente representam o maior contingente profissional nos serviços de saúde, é regulamentada por decretos, pareceres e resoluções referentes à Educação Profissional de Nível Técnico, com base na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) n. 9.394/17 e em harmonia com a legislação do exercício profissional de

Enfermagem regida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico – Resolução CNE/CEB 06/2012 (BRASIL, 2012) propõem uma formação ampliada, que envolve ações de cuidado voltadas aos aspectos biopsicossociais da prática em saúde, atuação em espaços coletivos e desenvolvimento de processos de trabalho, em equipe multiprofissional, pautados na interdisciplinaridade, em detrimento daquela com foco procedimental. Em síntese, a formação do técnico de enfermagem no Brasil apresenta fragilidades, porque, cada vez mais, os cursos são aligeirados e com pouca qualidade, contribuindo para inserção de profissionais desqualificados no mundo do trabalho (RODRIGUES, ANDRADE, 2017). Hegemonicamente, o ensino tem o enfoque principal à realização de procedimentos técnicos, com exigências dos princípios da formação instrumental, guiadas por projeto educativo tecnicista e pela ausência de reflexão sobre a realidade individual/social e sobre a ação (LIMA *et al.*, 2022).

A maioria dos enfermeiros/professores que atua no contexto da Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem, inicialmente, não possui formação pedagógica e a docência é um emprego secundário (FRAZONI, SOUZA, 2013). Essa é uma questão problemática, porque, segundo a regulamentação da atuação do técnico de enfermagem no âmbito do Conselho Federal de Enfermagem, esse profissional encontra-se no contexto do atendimento pré-hospitalar, além da hemoterapia, quimioterapia, ortopedia, radiologia, das feridas, do centro cirúrgico, dos serviços domiciliares e nutricionais. Isto posto, discute-se aqui que a formação generalista do enfermeiro que atua como professor está aquém das especificidades que são inerentes à atuação do técnico de enfermagem, com implicações para o processo de trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2020). Questão que evidencia a necessidade de preparo prévio desse profissional no SAMU. Como o enfermeiro é o responsável direto pela educação do técnico de enfermagem, pressupõe-se que seja uma prerrogativa a formação especializada do enfermeiro que irá atuar nesse contexto, além da formação pedagógica. Porém, não foram encontrados estudos que possam dialogar com o tema.

Com relação aos condutores do SAMU, é pré-requisito possuir Carteira Nacional de Habilitação (CNH) e, em algumas localidades, pelo menos seis meses na função. Além de dirigir o veículo, o trabalhador pode ser encarregado de ações básicas no suporte à vida, como reanimação cardiorrespiratória e imobilização. Por essa razão, é necessário curso de Direção Defensiva e de Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Caetano (2014) estudou o processo seletivo e treinamento de condutores do SAMU da cidade de São Paulo, para propor uma reformulação do mesmo e avançar na qualificação de um perfil mais condizente com os desafios e dificuldades enfrentadas no dia a dia do serviço. Descreve que para o início do exercício do

cargo, assume a função de condutor do veículo de emergência após ser habilitado, pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU), no curso de capacitação em atendimento pré-hospitalar de Suporte Básico à Vida (SBV), com carga horária de 200 horas, sendo obrigatório e de caráter eliminatório. O NEU administra o treinamento de acordo com o conteúdo programático da portaria GMMS n. 2048, de 5 de novembro de 2002, a saber:

Quadro 2– Conteúdo Programático NEU.

| TEMAS | CONTEÚDO | HABILIDADES | Carga Horária (CH) Teórica (T) e Prática (P) |
|--|---|--|--|
| 1. Introdução | Programa e atividade de integração Pré e Pós-teste. | Trabalho em equipe | 01 T (Teórica) |
| 2. Sistema de saúde local e serviços relacionados. | Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde. | Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços | 01 T |
| 3. Serviço Pré-Hospitalar Móvel | Histórico do serviço pré-hospitalar móvel. Perfil profissional; Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel de sua cidade Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência Conceitos de ética médica ligada ao APH | Trabalho em equipe Conhecer os conceitos da Portaria e as competências dos profissionais da área de segurança, bombeiros. | 02 T |
| 4. Central de Regulação e Equipamentos | Manejo de equipamentos da central de urgência (rádios), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais. | Manuseio do sistema de rádio e técnicas de comunicação. | 01 T |

| | | | |
|---|---|--|------------------------|
| 5. Anatomia e Fisiologia | Anatomia topográfica: regiões anatômicas e noções gerais de anatomia topográfica. Aparelhos e sistemas: anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano: em especial esquelético, cardíaco, respiratório. | Conhecimento das principais divisões anatômicas, regiões anatômicas, e noções de anatomia topográfica. Conhecimento dos aspectos morfológicos e fisiológicos dos diversos aparelhos para formulação de correlação anátomo-clínica. | 08 T 02 P (Prática) |
| 6. Cinemática do Trauma | Exame da cena e mecanismos de lesões. | Conhecer a importância do exame da cena do acidente para identificar sinais de gravidade. Saber correlacionar a cenas com os mecanismos de lesões. | 03 T |
| 7. Abordagem do paciente | Abordagem Primária e secundária de uma Vítima; técnicas relativas à avaliação de sinais vitais de vítimas: pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura e outros. Escala de coma de Glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada pelo serviço local | Realizar a abordagem primária e secundária para reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos. Saber utilizar a escala de Glasgow e de trauma. | 08 T 12 P |
| a. Manejo de Vias Aéreas/Ressuscitação Cardiopulmonar | | | |

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <p>b. Biossegurança</p> | <p>Obstrução de Vias Aéreas.</p> <p>Desobstrução de Vias Aéreas.</p> <p>Sinais e Sintomas de parada respiratória e cardíaca.</p> <p>Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança.</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados em parada cardiorrespiratória.</p> <p>Materiais e Equipamentos utilizados em oxigênio terapia.</p> <p>Conhecer as principais doenças transmissíveis</p> <p>Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções.</p> | <p>Reconhecer e manejar obstrução de vias aéreas; Realizar oxigênio terapia. Conhecer equipamentos utilizados em parada cardiorrespiratória</p> <p>Estar habilitado para técnicas de RCP</p> <p>Utilizar técnicas e métodos de controle de infecções.</p> | <p>06 T</p> <p>18 P</p> <p>02 T</p> |
| <p>8. Ferimentos / hemorragia / Bandagem / Choque</p> | <p>Tipos de ferimentos; hemorragia; choque, principalmente choque hipovolêmico; Curativos e Bandagens;</p> <p>Técnicas de Suporte Básico de Vida para o tratamento do choque hipovolêmico</p> | <p>Reconhecer os diversos tipos de ferimentos, hemorragias, choque hipovolêmico; Possuir habilidades psicomotoras relativas às aplicações de técnicas de curativos e bandagens com controle de hemorragias e suporte básico nos casos de choque hipovolêmico.</p> | <p>04 T</p> <p>06 P</p> |
| <p>9. Traumamúsculo-esquelético e imobilizações</p> | <p>Trauma Músculo Esqueléticos e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas à imobilização de extremidades lesadas.</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas.</p> | <p>Reconhecer os diversos tipos de trauma músculo-esquelético Executar técnicas de imobilização de extremidades lesadas com equipamentos adequados.</p> | <p>02 T</p> <p>10 P</p> |

| | | | |
|---|--|--|--------------|
| 10. Traumatismos específicos | Traumatismo Cranioencefálico Traumatismo Raquimedular Trauma Torácico, Abdominal; Trauma de Face; Trauma na Criança e na Gestante Agravos por eletricidade Queimaduras | Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nos diversos traumatismos específicos | 12 T |
| 11. Remoção de vítima | Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes. Técnicas de remoção de vítimas de acidentes: rolamento, elevações, retirada de veículos, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos. Técnicas relativas à remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral. | Saber utilizar materiais e equipamentos para remoção de vítimas de acidentes nas diversas situações encontradas. | 04 T 30 P |
| 12. Assistência ao Parto e Cuidados com o Recém-Nascido | Trabalho de Parto - período expulsivo Cuidado com o RN | Possuir habilidades psicomotoras relativas ao atendimento ao parto normal e cuidados com o RN | 04 T |
| 13. Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais | Reconhecimento e Intervenção em situação de crise | Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nessas situações | 02 T |
| 14. Afogamento | Fisiologia e técnicas de abordagem. Peculiaridades no atendimento | Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial. | 02 T |
| 15. Intoxicação Exógena | Reconhecimento e peculiaridades no atendimento inicial. | Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial. | 02 T |
| 16. Emergências Clínicas | Peculiaridades e Atendimento inicial de emergências clínicas mais frequentes | Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial | 06 T |

| | | | |
|---|---|---|--------------|
| 17. Acidentes com múltiplas Vítimas e Catástrofes | Conceito, Princípios de Controle da Cena Triagem, tratamento e transporte. | Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas. | 02 T 02 P |
| 18. Acidentes com produtos perigosos | Conceitos/Legislação Princípios de atendimento | Prestar o atendimento inicial de maneira adequada garantindo a segurança da equipe e das vítimas | 02 T |
| 20. Estágios hospitalares | Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade. | Conhecer fluxo de atendimento dos hospitais da rede hierarquizada, bem como presenciar atendimento das emergências. | 12 P |
| 21. Estágios em Ambulâncias | Vivência prática de atendimento | Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais | 24 P |
| 22. *Avaliação teórica e pratica do curso | Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento | Demonstrar conhecimentos adquiridos | 04 T 06 P |
| 23. Salvamento** MODULO COMPLEMENTAR | Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos | Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas | 10 T 20 P |

Os condutores recebem treinamento de direção defensiva pela Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) e participam ainda de cursos de recertificação e de atualização a posteriori.

Caetano (2014) propõe que, dada a complexidade dos atendimentos em urgência emergência, os condutores deveriam ser oriundos da saúde tendo como exigência, no mínimo, nível médio, curso de condutores de veículo de emergência e carreira definida como “socorristas” (ou outra denominação que se aplique) com habilitação nacional de trânsito D ou E. Também sugere outros critérios que podem ser adotados, tais como: experiência mínima comprovada de um ano como condutor habilitado na categoria D ou E sem pontos na carteira; exigência de avaliação para o ingresso no serviço, como pré-requisito, aptidão física e mental, habilidade e perícia na condução de veículo automotor; e exame toxicológico e psicotécnico para ingresso com reavaliações periódicas e acompanhamento de pontuação na CNH, para encaminhamento a treinamentos e conscientizações de acordo com os números e com a gravidade, infrações e penalidades de até mesmo a exclusão das competências de condutor. Ademais, a inclusão de cursos de automotivação, humanização, ergonomia e dirigibilidade em transporte de vítimas de trauma e em procedimentos no interior do veículo garantiriam profissionais mais preparados e um serviço de qualidade superior.

Pesquisadores sueco e alemão realizaram uma revisão sistemática da literatura em que foram extraídos 17 artigos, entre 2010 e 2020, em bases internacionais sobre a atuação desse profissional, com o objetivo de investigar como esse trabalho afeta o atendimento do paciente. Ao final, a revisão apontou que a condução da ambulância influenciou tanto a condição clínica do paciente quanto a possibilidade de fornecer assistência adequada durante o transporte com segurança. A condução em si teve impacto no tempo pré-hospitalar gasto na estrada, segurança, conforto e questões médicas. A saúde do condutor e a capacidade de gerenciar o estresse causado pelo trânsito, pressão do tempo, sirenes e momentos perturbadores também influenciaram significativamente a segurança do transporte em ambulância. O estudo conclui que a condução deve ser considerada uma parte essencial do atendimento de urgências e emergências. Exige habilidades e competências específicas na área da saúde, gerenciamento de estresse e abordagens de risco, das habilidades técnicas de dirigir um veículo (BECKER, HUGELIUS, 2021). Essa pesquisa identificou, entre os condutores, a necessidade de uma melhor integração com a equipe e a importância de suas ações para qualificar o APH, com a necessidade de sua inserção nos processos formativos. Reivindicam a possibilidade de contribuir com a equipe, porque observam a cena numa perspectiva diferente daqueles que estão diretamente implicados no APH.

Nesse sentido, pesquisas que possam levantar o cenário e essas possibilidades são necessárias, uma vez que a literatura existente é escassa. Ainda sobre os condutores, Takeda e Robazzi (2007) reforçam a importância da educação em serviço, uma vez que a falta de conhecimento por parte desses profissionais pode aumentar também a probabilidade de risco de doenças ocupacionais. Identificamos que os aspectos emocionais foram levantados nessa pesquisa e também a necessidade de aprender a gerenciar o estresse, como apontado na revisão sistemática de Becker e Higelius (2021).

Da mesma forma, outro estudo aponta que o controle emocional do TARM é determinante para a adoção de uma postura tranquila e, assim, conseguir a coleta das informações necessárias e otimizar o tempo de atendimento e manter o solicitante calmo para seguir com as futuras orientações do médico regulador. Ou seja, a emergência é gerada a partir de um chamado telefônico atendido primeiramente pelo TARM. Esse classifica o tipo de ligação: orientação, engano, trote e emergência com ou sem disparo automático da ambulância. A continuidade do atendimento conduz o mais rápido possível seu desfecho. Se o chamado transcorre sem intercorrências e se trata de caso de emergência, esse dura em média de um minuto e trinta segundos a três minutos. Em alguns casos, pode durar até mais de seis minutos, a depender da gravidade da ocorrência e instabilidade emocional do demandante do serviço, o que exige do TARM perspicácia nas relações interpessoais, muito provenientes de sua experiência no trato com o público. O controle emocional é atravessado por situações com risco grave para usuários originárias da demanda; conflitos de relacionamento entre médicos reguladores e os TARM; dificuldades com uso de equipamentos defeituosos; higiene precária do *head-set*; desconforto térmico; entre outros. O TARM é o primeiro interlocutor que recebe o chamado telefônico do solicitante do serviço do SAMU 192. Ele segue um ciclo de atendimento, com um tempo médio de atendimento, dependente da modalidade da chamada. O TARM pode encerrar a ligação se constatar trote, contato não pertinente ao SAMU, ou engano (PALMA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, estudos trazem a definição de tempo resposta (TR), em que se caracteriza como o tempo decorrido entre o atendimento de um chamado até a chegada da equipe ao local da ocorrência (HAREWOOD, 2002; TAKEDA, WIDMER, MORABITO, 2007). Corrobora tal afirmação que o APH deve trabalhar com o menor TR para chegar à cena do chamado o mais rápido possível e, assim, diminuir os efeitos de possíveis sequelas e danos, potencializando a sobrevivência do paciente e a garantia de transporte para o serviço de saúde adequado (BRASIL, 2006).

Em colaboração ao assunto, Forastieri Filho *et al.* (2022), em seu estudo acerca do TR no SAMU, concluem que o TR se encontra abaixo do preconizado, e que tal ação deve ter maior investimento em qualificação profissional em todo o Brasil, para que assim o serviço ofereça um atendimento cada vez mais qualificado, eficaz e eficiente para a população. Essa é uma preocupação de um dos participantes desta pesquisa que não apontou o indicador do serviço pesquisado, possivelmente, pela falta de dados, mas claramente demonstra preocupação com a questão. Malvestio e Sousa (2022) alertam para o fato de que ausência de bases de dados nacionais sobre a demanda de atenção pré-hospitalar móvel, que inclui o perfil de atendimentos realizados, o tempo-resposta e do resultado de saúde dos pacientes atendidos, torna-se um desafio da gestão para o sistema, com a oportunidade de análise e pesquisa mais precisas.

Um estudo realizado por Ciconet (2015) evidenciou que os fatores, que estatisticamente ampliam o tempo de resposta total (mediana de 19 minutos), são: tipo de socorro clínico, turno da noite, dias úteis da semana e ocorrência de incidente no local do chamado. Outra questão relevante é a presença de conflito entre os usuários e os médicos reguladores em relação à compreensão sobre a urgência da demanda que repercute na agilidade da tomada de decisão e redução do tempo resposta. Em síntese, Malvestio *et al.* (2019) compreendem que:

A “cobertura” de um serviço de APH não envolve apenas a disponibilidade territorial do serviço, mas associa “disponibilidade em tempo adequado”. Já o “acesso oportuno”, associa “cuidado adequado em tempo adequado”. Para um ótimo APH, é preciso explorar soluções que garantam acesso oportuno ao cidadão e não apenas cobertura (MALVESTIO *et al.*, 2019, p.158).

Posteriormente, o curso introdutório de SBV foi suprimido e substituído pela informalidade das experiências vivenciadas pelos trabalhadores que são acumuladas nos atendimentos do dia a dia. Ou seja, no passado, todos os profissionais tiveram um preparo de um ano ao serem admitidos no SAMU, porém recentemente isso se perdeu e a formação passou a ser sustentada pela imersão na cena do atendimento e pela transmissão de informações relevantes sobre o processo de trabalho e protocolos pelos trabalhadores considerados mais experientes. Notadamente, a internet é a fonte de pesquisa desses trabalhadores para sanar dúvidas e suprir a necessidade de atualizações.

As redes sociais, como o YouTube, Facebook, Instagram e WhatsApp, usadas no passado recente, apenas para entretenimento, passaram a fazer parte do cotidiano da educação, tornando-se o principal meio de comunicação entre as pessoas de uma maneira geral, incluindo a equipe de trabalho (MONTEIRO, 2020). Potencializadas com a COVID-19, torna-se

relevante a investigação de como a aprendizagem tem se dado por meio dessas mídias, levando em consideração que essas devem continuar sendo utilizadas mesmo no ensino pós-pandêmico.

Uma revisão bibliográfica, que analisou o uso das redes sociais como auxiliares dos processos de aprendizagem no ensino remoto, infere que o Ensino Superior possui uma maior gama de uso de métodos de estratégias que usam as mídias no contexto educacional, devido principalmente ao desenvolvimento de projetos como a pesquisa e a extensão (SILVA, SILVA, 2022). De uma maneira geral, os participantes dessa pesquisa relataram que utilizam mais que uma rede social. O WhatsApp tem auxiliado a organização de grupos para repasse de atividades e informações (HALLWASS, BREDOW, 2021). As *lives* no Instagram, como mencionado por uma entre os participantes da pesquisa, também têm sido exploradas devido a sua facilidade de engajamento e visualização (SOUZA, FIGUEIREDO, 2021). O Instagram também tem sido explorado como forma de combater as *fakes news* (FERNANDES *et al.*, 2020), a exemplo de ações que divulgam pesquisas científicas, também chamada de popularização da ciência, que consiste em transformar conceitos característicos de uma determinada área, em informações acessíveis ao público não especializado (BEZERRA *et al.*, 2021). Peremptoriamente, a utilização das ferramentas das redes sociais ampliou consideravelmente com a pandemia da COVID-19 (PRIMO, 2020). Para Silva e Silva (2022), esses recursos podem contribuir com o processo de aprendizagem com aproximações dos alunos aos conteúdos de interesse, principalmente quando ocorreu o distanciamento físico das salas de aula. A pesquisa desses autores mostrou que as postagens sobre os conteúdos das aulas, juntamente com a transmissão de *lives*, foram as mais encontradas. Ademais, para os estudantes que não possuem acesso à internet que permita o acompanhamento da transmissão de aulas ao vivo, muitos professores usaram a gravação e edição das aulas para envio posterior, bem como o envio e recebimento de atividades. Tal dinâmica também está presente nesta pesquisa, quando os pesquisados reiteradamente relatam o uso das ferramentas das redes sociais, principalmente as *lives*. Os conteúdos são explorados conforme a necessidade e motivação dos trabalhadores pesquisados, porém nem todos estão engajados e alguns sentem-se desmotivados para a busca de novos conhecimentos. Possivelmente, a ausência de um planejamento, que envolva a problematização do processo de trabalho com a participação dialógica democrática da equipe do SAMU pesquisado, premissas da educação permanente, tem implicações no trabalho de equipe como encontrado nos relatos dos participantes. A busca por novos conhecimentos tem sido um esforço individual, por vezes, compartilhado com os colegas, porém assistemático, fragmentado e possivelmente proveniente de diversas fontes, confiáveis ou não, que não foram completamente identificadas por esta pesquisa.

Numa revisão integrativa da literatura, Marques *et al.* (2021) destacou que a formação dos profissionais da equipe do SAMU é um dos temas que tem maior atenção dos pesquisadores. Ressaltam-se aqui as tendências contemporâneas de educação que tratam os processos educativos como movimento científico, técnico, ético e crítico-operacional de construção, de interação e produção social, em que aprendizagem resulta do conhecimento multidimensional e interdisciplinar e da articulação com a prestação de serviços (BOLELLA *et al.*, 2014).

Em outras palavras, este é um dos maiores desafios de qualquer unidade de saúde, construir conhecimentos em que a equipe possa no seu cotidiano desenvolver autonomia na busca pela aprendizagem, para que os avanços sejam parte integrante do processo de trabalho. Portanto, as atividades educativas que atendam às necessidades de aprendizagem devem ser planejadas de forma compartilhada com a equipe e sistematizadas no cotidiano. Destaca-se que esta é uma visão que todos os participantes da pesquisa, porém a ideia de coletivizar ainda é embrionária.

Calder *et al.* (2022) argumenta que, apesar das crescentes evidências que apoiam a necessidade de educação continuada e avaliação de competências, a educação em enfermagem é frequentemente citada como inadequada em relação à complexidade crescente do atendimento ao paciente. Segundo os autores, em ambientes rurais e comunitários, esses efeitos são frequentemente agravados pela limitação de recursos. Ademais, os desafios relacionados à educação continuada e gestão de competências em enfermagem não são exclusivos de nenhuma organização, sistema de saúde ou localização geográfica. Um programa, que reuniu esses desafios compartilhados relacionados ao seu impacto na qualidade e na prática da enfermagem de emergência, reuniu líderes de enfermagem e educadores da Faculdade de Medicina de Harvard e do Israel Deaconess Medical Center em Boston, Massachusetts, além da região da Zelândia e Dinamarca. Constou de cinco fases, e tal como este estudo, e avaliou as necessidades de aprendizagem dos enfermeiros. Em 18 meses e por meio de uma colaboração internacional, ferramentas de educação, treinamento e avaliação de enfermeiros de emergência foram desenvolvidas e integradas em quatro departamentos regionais de emergência. O programa anual, agora totalmente institucionalizado no ensino regional de enfermagem de emergência, expandiu-se para incluir o ensino em outras especialidades regionais de enfermagem. Através dessa colaboração única com participantes regionais e internacionais, foi desenvolvido um programa de educação sustentável que elevou e padronizou a prática de enfermeiros de emergência.

Ao traçar paralelo, no Brasil, o Núcleo de Educação em Urgências (NEU), regulamentado pela Portaria 2.048 de novembro de 2002, tem o caráter apontado acima e vai além, pois busca atender às seguintes necessidades ao oportunizar um espaço para médicos e enfermeiros graduados, pois a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente e não se constitui numa especialidade; habilitar os trabalhadores do setor, porque observa-se o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares nas instituições formadoras (escolas técnicas) na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel; alinhar conteúdos com a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema único de Saúde – SUS, pois se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de formação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas; criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo formativo; estabelecer currículos mínimos de formação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado; garantir a habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências para os trabalhadores do setor; e ainda formar multiplicadores/monitores com um enfoque efetivamente problematizador na educação para atender a demanda existente.

Nas falas dos participantes, foi possível identificar que a formação no modelo tradicional de ensino ainda é a mais frequente, o que possivelmente pode limitar avanços da formação que se embasam no pensamento crítico. Na prática, pode ocorrer a produção do cuidado a partir de ações descontextualizadas, mecanizadas e de forma acrítica.

Com a perspectiva de uma formação problematizadora e considerando a regionalização na saúde, o NEU deve se organizar como espaço de saber interinstitucional de formação 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 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).

Compreende-se que possivelmente a ausência do NEU no local estudado poderá manter os trabalhadores num importante grau de desprofissionalização, pela falta de atividades educativas dos trabalhadores, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor.

Esta pesquisa corrobora os achados da revisão de literatura sobre os serviços móveis de urgência, que verificou que ainda existem falhas na operacionalização do sistema. Tais falhas são gerenciais, estruturas físicas, uma vez que as centrais normalmente não são suficientemente grandes para comportar toda a equipe, recursos humanos, materiais e financiamento. Além disso, também foram apontados como uma fragilidade a revisão dos protocolos de atendimento ao SAMU, o preenchimento de instrumentos, as tecnologias aplicadas ao sistema e o serviço de referência e contrarreferência, que ainda é visto como uma dificuldade pelos próprios profissionais (MARQUES *et al.*, 2021).

Por isso, torna-se relevante qualificar o trabalho no SAMU com a atualização dos protocolos na perspectiva da EPS, focada em uma prática que vise a diversidade do grupo, serviço e população a ser atendida, horizontalidade das relações considerando todos os profissionais e uma educação focada na resolução dos principais problemas da equipe (PINHEIRO, 2019).

A Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta para formação e atualização profissional, criada em 2004 e atualizada em 2007. A ideia consiste em evoluir a concepção do processo das práticas em saúde dos profissionais, diferente da educação continuada que consiste em treinamentos e atualizações técnicos-científicas através da metodologia tradicional, na educação permanente, o ensino é modificado conforme a necessidade do serviço de saúde, com enfoque na qualidade e melhoria da prática (DORNELES, 2020). Caracteriza-se por ser uma educação dialógica, por ser crítica, em que a problematização gera a possibilidade da reflexão e ressignificação ao construir novos saberes. O processo pedagógico, que coloca no cotidiano do trabalho em saúde ou da formação em análise, parte do pressuposto da aprendizagem significativa que propicia a reflexão pelos próprios profissionais de saúde da realidade vivida e dos modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, bem como dos problemas enfrentados (COSTA CAMPOS *et al.*, 2019). Carvalho *et al.* (2019) questionam até que ponto há a construção de pertencimentos nesses territórios.

Esta pesquisa alinha-se a esse pressuposto. Porém, ao interpretar a escuta dos participantes, evidencia-se que eles compreendem que o espaço da EPS deve ser constituído para o desenvolvimento das atividades educativas necessárias para atualização do trabalhador da saúde. Visão que se coaduna com o conceito de Educação Continuada e que não converge com os pressupostos da EPS. Uma revisão integrativa da literatura sobre a EPS na Atenção Primária à Saúde aponta que muitas iniciativas desenvolvidas para os trabalhadores da saúde são pontuais e numa concepção de educação instrumental, fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços (FERREIRA *et al.*, 2019).

Tal concepção, particularmente, foi constatada nesta pesquisa uma vez que o conhecimento procedimental é o foco de alguns participantes, que compreendem que a segurança do processo depende dessa competência. Na realidade, entendem como determinante no APH, porque não tem como delegar a atividade para outro profissional. Uma revisão de escopo que abrangeu 32 estudos identificou os aspectos éticos relacionados à segurança do paciente no contexto dos serviços de saúde, entre eles estão: fatores organizacionais e da equipe que mais se destacam; comunicação com o paciente; comunicação de incidentes; beneficência e não maleficência. Enfermeiros relataram que a maioria dos incidentes é causada por sobrecarga de trabalho. Em menor medida estão os fatores pessoais, com menção ao déficit de conhecimento e habilidades entre profissionais e à falta de competência da equipe. Com relação à comunicação, os estudos fazem referência tanto à comunicação verdadeira, transparente, sincera e honesta, cujo benefício é o aumento da confiança entre profissional, paciente e familiares. Uma conduta destacada é o diálogo participativo, baseado nas relações interpessoais simétricas (NORA, JUNGES, 2021). A comunicação inadequada foi apontada por uma das participantes que atua como técnica de enfermagem, bem como o trabalho da equipe na abordagem de usuários, familiares e amigos. Situação considerada delicada no APH, uma vez que as emoções estão acentuadas pelo imediatismo e necessidade de tomada de decisão.

Outro estudo realizado por Azevedo *et al.* (2016) mostrou que sentimentos de desvalorização são resultantes de condições de trabalhos desfavoráveis, e interferem diretamente no serviço prestado. Para aumentar o sentimento de valorização, é necessário discutir sobre aumentos salariais, reduções de jornadas de trabalho, atividades educativas e melhoria de recursos de trabalho (AZEVEDO, 2016).

O processo de trabalho no SAMU é bastante dinâmico e heterogêneo, envolvendo ações que podem influenciar tanto na saúde do profissional, quanto do paciente, assim o risco ocupacional é maior, deixando os profissionais mais vulneráveis. Além disso, condições insalubres de trabalho, sobrecarga de trabalho e carência de recursos são algumas das fragilidades que o trabalhador ainda enfrenta em sua rotina (SILVA, 2018). Esta pesquisa levantou as questões acima e a falta de organização de atividades educativas. Na perspectiva freireana, a educação traz o compromisso com o mundo, que deve ser humanizado e implicado numa responsabilidade histórica (FREIRE, 1983, p. 9), “O compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas ‘águas’ os homens verdadeiramente comprometidos ficam ‘molhados’, ensopados. Somente assim o compromisso é verdadeiro”. Compreende-se que a visão de mundo e do SUS do trabalhador do SAMU seja determinante na construção e conhecimentos no e para o SUS. Para Freire (1992, p.117-118),

“não se pode pensar pelos outros nem para os outros nem sem os outros”. O significado do diálogo na EPS está no fato de que os sujeitos crescem um com o outro, ele não nivela, não reduz um ao outro. Ao contrário, implica um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados.

Nesse sentido, os Círculos de Cultura (FREIRE, 1991) são uma opção para desenvolver uma proposta pedagógica de cunho democrático e libertadora. Sugerem uma transformação de todo o processo de conhecer, modificando a construção do saber. No olhar de Machado *et al.*:

A cultura é entendida nos Círculos, enquanto processo de humanização, na perspectiva ontológica e gnosiológica, como uma aquisição sistemática da experiência humana, em uma incorporação crítica e criadora. Assim, os círculos negam a possibilidade de uma introjeção de informes e prescrições doados na vivência do ato educativo, não cabendo “dar aulas” e nem recebê-las como doação (MACHADO *et al.*, 2021, p. 125).

A pandemia da COVID-19 modificou totalmente a rotina de trabalho dos profissionais de saúde, desde uso de mais equipamentos de segurança, dificuldades com a falta desses materiais, cargas horárias excessivas, profissionais adoecidos, isolamento de familiares, todos esses fatores contribuem para um desgaste emocional dos profissionais (PORTUGAL *et al.* 2020). Futuramente ainda haverá dados mais concretos sobre esse período da história e dos impactos a longo prazo de todas as mudanças desde a pandemia. Porém, a pandemia potencializou a troca de experiência pela rede e internet. Um estudo que utilizou a metodologia freireana dos Círculos de Cultura para explorar o desenvolvimento profissional contínuo, dentro de uma Comunidade de Práticas em Educação de Jovens e Adultos (EJA) no Brasil em tempos de pandemia, permitiu um espaço de interação, intercâmbio e reflexão, no qual um grupo de profissionais que atuam no mesmo campo de conhecimento compartilharam saberes e experiências. Para eles, é uma possibilidade de profissionalização e inovação que deve promover a colaboração e a cooperação entre docentes e a troca de saberes práticos profissionais. E compreendem que o sucesso, em longo prazo, depende dos participantes da comunidade, por constituir-se em uma participação voluntária, pela necessária autodeterminação e relevância prática para os indivíduos e para a organização. Nesse sentido, exige resistência e resiliência, pois não corresponde tão somente a um espaço de trabalho profissional, mas, sobretudo, a um campo de luta por direitos e pela assunção plena de cidadania ativa, uma convicção necessária aos que nela e com ela se comprometem, diferentemente, de um programa pré-estabelecido com conteúdos a serem cumpridos e transmitidos na

verticalidade, como em uma aula “doada” ou “depositada”, dentre outras (MACHADO *et al.*, 2021).

Este estudo identificou que os participantes percebem as potencialidades da internet como um espaço para atender às necessidades de aprendizagem e a utilizam com frequência. Porém, ainda é vista como um local em que apenas se depositam os conteúdos das atualizações e não como espaço de troca, como por exemplo os Círculos de Cultura digitais, que poderiam potencializar aprendizagens que impulsionam ações no presente, como também a construção ou renovação de metas e estratégias aplicáveis às situações apresentadas pelos membros da equipe do SAMU. Essa possibilidade é vista por Machado *et al.* (2021) como inovadora e que deve promover a colaboração e a cooperação entre docentes e a troca de saberes práticos profissionais, ao criar espaços de reflexão e inovação pedagógica.

Essa concepção está para além da preocupação de médicos e enfermeiros, expressas neste estudo, sobre a necessidade de aprender os protocolos mais recentes baseados nas evidências da literatura científica para qualificar o trabalho da equipe, ou da necessidade do conhecimento procedimental, que deve ser articulado à gestão da regulação, do risco no atendimento das pessoas realizado pelo SAMU. Espera-se que na EPS o processo seja sustentado por uma comunicação fluida, baseada na relação de confiança e apoio mútuo, ao vivenciar experiências que foram significativas e que foram socializadas pelos próprios integrantes, tais como: articulação e integração entre a atividade individual e o trabalho em rede e colaborativo; ao superar as barreiras de tempo, distância e outras situações desafiadoras geradas nesse contexto; dialogicidade crítica e reflexiva sobre realidades locais e regionais do SAMU, considerando suas (im)possibilidades de transformação; flexibilidade no processo formativo em uma construção contextualizada e coletiva, vivenciada de forma horizontalizada e interativa, diferentemente, de um programa pré-estabelecido com conteúdos a serem cumpridos e transmitidos na verticalidade, como em uma aula “doada” ou “depositada”, dentre outras (MACHADO *et al.*, 2021).

Na perspectiva de Carvalho *et al.*:

Valorizar o encontro, as escutas e as formas com que os trabalhadores e usuários inventam os seus modos de produção pode ser um caminho, além de ir ao encontro dessas experiências, não com o objetivo de fiscalizá-las ou apropriar-se instrumentalmente delas, mas buscando rastrear a potência de cada uma delas. Reconhecer que todos, com base em suas histórias e experiências de vida, inventam soluções para responder a questões complexas do cotidiano e que todos aprendemos uns com os outros, em um aprendizado contínuo, fundamentado na

vivência e no encontro, e não apenas na transmissão do saber (CARVALHO *et al.*, 2019, p. 9).

Uma visão semelhante de Silveira e Taneda (2015) sobre a formação do profissional para o APH considera que, além dos conhecimentos acadêmicos e técnico-científicos, suas habilidades devem ser adequadas à tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento, levando-se em conta que irá se deparar com situações as mais diversas e trabalhará sempre em equipe, com seus colegas ou profissionais de outras áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao buscar analisar os percursos formativos de trabalhadores de uma unidade do SAMU e suas necessidades de aprendizagem, constatou que, apesar da heterogeneidade da formação inicial e os cursos que foram desenvolvidos na unidade, as iniciativas foram interrompidas ou suprimidas, e atualmente ocorrem de forma assistemática e pontual.

Considera-se que a criação do Núcleo de Educação Permanente que possa adotar os círculos de cultura irá favorecer a superação do imobilismo e incluir todos os profissionais em prol de uma temática que seja comum a eles, tal ferramenta é muito vantajosa já que favorece a reflexão sobre o contexto e o aprofundamento dos problemas inerentes ao processo de trabalho. Destacamos aqui a necessidade de atualizações que qualifiquem o APH.

Para a realização desta pesquisa, foi necessário modificarmos o círculo de cultura que se dá presencialmente para via remota. Tal mudança apresentou prós e contras, uma vez que as reuniões remotas têm sido cada vez mais comuns em nosso cotidiano, porém muito se perde devido aos próprios dificultadores de tal ferramenta.

A literatura sobre o tema pode ser muito enriquecida de diversas formas, esperamos que com nossa pesquisa, mais estudos sejam feitos buscando preencher a lacuna do conhecimento que é o trabalho no SAMU e como seus profissionais enfrentam desafios e rotinas em outros lugares e situações.

A pandemia da COVID-19 modificou de várias formas a vida ao redor do mundo, em um cenário de isolamento, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento prévio para lidar com a situação, medo e insegurança por parte de todos os profissionais como uma adversidade, esperamos que, no futuro, essa lacuna possa ser preenchida e mais estudos relatem esse período da história.

Nosso estudo apontou limitações, entre elas, a realização do trabalho remoto, a pandemia da COVID-19, a dificuldade em recrutar profissionais devido ao momento atual que estava sendo vivenciado em todo o mundo.

Este estudo pode contribuir com a literatura sobre a educação permanente, as necessidades trazidas pelos próprios profissionais, de acordo com sua própria realidade, possibilitam uma visão realista sobre o trabalho que se realiza em diferentes localidades.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, M. S. P. F.; ALMEIDA, M. R.; RAMALHO, P. P. L.; COSTA, I. P.; NASCIMENTO, A. R.; MORAES, J. C. O. Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21 n.1, 2017. Disponível em <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article>. Acesso em 11 out. 2019.

ALMEIDA, P. M. V. *et al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723012.pdf>. Acesso em 12 out. 2019.

Apresentação do SAMU de Ribeirão Preto. Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/i16ind-samu.php>. Acesso em 15 set. 2019.

ARAÚJO, B. B. M. *et al.* Referencial teórico-metodológico de Paulo Freire: contribuições no campo da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26:e27310, 2018. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/adf5/148e5f416f81ad31168e4836a4dded2ba38b.pdf>. Acesso em 28 jan. 2020.

ARAÚJO, M. S. de *et al.* Analysis of the guiding rules of the nurse technician's practice in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n.3, p. 322, 2020.

ASSUMPCÃO, R. P. S. Reflexões sobre a contribuição teórico-metodológica da educação popular freiriana para a extensão universitária. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 4, 2012, São Paulo. **Proceedings on-line**. Associação Brasileira de Educadores Sociais. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092012000200020&lng=en&nrm=abn. Acesso em 28 jan. 2020.

AZEVEDO, P.D. *et al.* Aspectos de motivação na equipe de enfermagem e sua influência na qualidade da assistência. **Temas Saúde**. v. 16, n. 2, p. 498-517, 2016.

BATTISTI, Gabriela Reginatto *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180431, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rngen/a/9pJCzdb5cBGwymtLxHSf8QK/?lang=pt>. Acesso em 10 out. 2019.

BECKER, J; HUGELIUS, K. Driving the ambulance: an essential component of emergency medical services: an integrative review. **BMC Emerg. Med.** 2021 Dec. 18;21(1):160. Doi: 10.1186/s12873-021-00554-9. PMID: 34922453; PMCID: PMC8684175.

BEZERRA, J.S. *et al.* Divulgação científica através do Instagram: uma ação de extensão universitária. **Revista de Extensão (REEXT)**, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), Universidade Regional do Cariri - URCA, Crato, v. 2, n. 1, out./dez. 2021, p. 278-283. Disponível em: <http://revistas.urca.br/index.php/reu/article/view/53/53>. Acesso em 28 jan. 2020.

BOLLELA, R.V. *et al.* **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a Experiência Brasileira**. Ribeirão Preto (SP): FUNPEC, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução COFEN n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 07 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 375/2011**. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, 22 mar. 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html. Acesso em 07 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002 (BR)**. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Comunicado n. 0015188696, de 05 de junho de 2020**. Retomada da tramitação regular no Sistema CEP/CONEP para os projetos de ciências humanas e sociais relacionados à saúde mental. Orientações. Brasília, DF: MS; 2020 Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Comunicado05-06-2020SEI-MS0015188696CHS.pdf>. Acesso em 11 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle. Secretaria Federal de Controle Interno. **Relatório de avaliação da execução de programa de governo n. 61**, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto n. 5.055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em regiões do território nacional, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução GM/MS n. 466, de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 248, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde, no Sistema Único de Saúde- PRO EPS SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

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. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Applied Qualitative Research in Psychology**. 3(2), 2006, p. 77-101. DOI: <https://doi.org/10.1057/978-1-137-35913-1>.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em 28 jan. 2020.

CAETANO, C.S.N. **Condutores do SAMU – uma proposta de reformulação da seleção e treinamento**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência para obtenção do título de especialista. Florianópolis (SC), 2014.

CALDER, S. *et. al.* A Framework for Standardizing Emergency Nursing Education and Training Across a Regional Health Care System: Programming, Planning, and Development via International Collaboration. **Journal of Emergency Nursing**, vol. 48, issue 1, 2022, p. 104-116, ISSN 0099-1767. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176721002269>. Acesso em 28 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.08.006>.

CARVALHO, Monica Sampaio de; MERHY, Emerson Elias; SOUSA, Maria Fátima de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. Interface (Botucatu), 2019, 23, p. e190211, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/Kk4Tc9WFTzmn8NY5rhYqXDP/?lang=pt>. Acesso em 28 jan. 2020.

CICONET, R. M. **Tempo resposta de um serviço médico de urgência** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa da União**. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

COSTA CAMPOS, K. F.; MARQUES, R. de C.; CECCIM, R. B.; Silva, K. L. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, 1(2), 2019, p. 132-140. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>.

COSTA, M. A. R; SOUZA V. S.; TESTON, E. F *et al.* Permanent education in health: the Freire concept as an aid in care management. **Fundamental Care On-line**. 2018 abr/jun; 10(2):558-564. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.558-564>. Acesso em 20 dez. 2019.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.451**, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 17 mar 1995. Disponível em : <https://bit.ly/3BXVvkCB>. Acesso em 17 de Abril de 2023.

CLARKE, V.; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **The Psychologist**, 2013, 26(2), p. 120-123.

CRIVELARO, L.R. **Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violência**: dificuldades e dilemas éticos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2011.

99

CUNHA L. A importância e os desafios da implantação dos núcleos de educação no atendimento pré-hospitalar em todo o país. **Revista Emergência**, 2016; ed. 4. Disponível em: <http://www.revistaemergencia>. Acesso em 11 abr. 2019.

DALSOTTO, P. B. Mariana; LUCHESE, Terciane Ângela. Círculos de Cultura: história de uma prática de educação popular (déc. de 1950 - 1960). **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 27, n. 3, p. 72-90, set. 2019. ISSN 1982-9949. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/13648>. Acesso em 27 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/rea.v27i3.13648>.

DIAS, J. M. C. *et al.* Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42470>. Acesso em 08 out. 2019.

DORNELES, L. L.; MARTINS, V. P.; MORELATO, C. S.; GOES, F. S. N.; FONSECA, L. M. M.; CAMARGO, R. A. A. Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020; 28: e3311.

FERNANDES, Carla Montuori *et al.* A pós-verdade em tempos de Covid-19: o negacionismo no discurso do governo do Instagram. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, dez. 2020. Disponível em <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/5317/5103>. Acesso em 07 mar. 2023.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, 43(120), p. 223–239, jan. 2019.

FERREIRA, S. C.; FERREIRA, M. S. Atendimento pré-hospitalar móvel e o conhecimento de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**. v. 8, n. 1, p.87-98, ago. 2019.

FRAZONI, R. C.; SOUZA, M. C. B. M. Educação profissional técnica de nível médio em enfermagem: Perfil socioeconômico dos professores de um município do estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Edição Especial. Março/2013, p.1680-1693.

FRANÇA, Tânia *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-28, jun. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601817&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jun. 2018.

FREIRE, Paulo. **Cartas a Cristina**: Reflexões sobre minha vida e minha práxis. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015, p. 92.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011, p.30.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005b.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Gisele Veloso *et al.* Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 2029-2041, 2019. Disponível em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1542>. Acesso em 27 jan. 2020.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GRAY, L. M; WONG-WYLIE, G.; REMPEL, G. R., COOK, K. Expanding qualitative research interviewing strategies: zoom video communications. **Qual Rep.** 2020, 25(5):1292-301. Disponível em <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss5/9>. Acesso em 11 ago. 2020.

GULATI, M.; Levy P.; *et al.* Diretriz AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR para Avaliação e Diagnóstico de Dor Torácica. **J Am Coll Cardiol**. 2021, 78 (22), e187-e285. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.07.053.2021>. Acesso em 11 ago. 2020.

HALLWASS, L. C. L.; BREDOW, V. H. WhatsApp como ambiente de interação social e aprendizagens durante o ensino remoto emergencial. **Revista Educação e Emancipação**, São Luís, v. 14, n. 2, maio/ago. 2021. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacaoemancipacao/article/view/17128/9309>. Acesso em 11 ago. 2020.

HETTI, L. B. *et al.* Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 973-982, dez. 2013. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15189442013000400015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 jul. 2018.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: Contribuições para a saúde. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0680017, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400601&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 dez. 2019.

HEIDEMANN, I. B. S.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], v. 63, n. 3, p. 416-20, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672010000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 28 jan. 2020.

INTRIERI, A. C. U. *et al.* O enfermeiro no APH e o método START: uma abordagem de autonomia e excelência. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 34, p. 112-128, 2017. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/793/u2017v14n34e793>. Acesso em 12 out. 2019.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2021**. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em 11 ago. 2020.

KERBER, L. A. **Perfil dos atendimentos do SAMU em São Leopoldo de 2012 a 2016 e a construção de práticas educativas para os socorristas**. Dissertação. 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/195691>. Acesso em 11 ago. 2020.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: Teoria da ciência e prática da pesquisa**. 18ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p. 126.

LEITE, H. D. C. S. *et al.* Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência-SAMU. **Enfermagem em Foco**. v. 7, n. 3/4, p. 31-35.2016.

LIMA, J. V. C.; TURINI, B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.; LEPRE, R. L.; MAINARDES, P.; JUNIOR, L. C. A Educação Permanente em Saúde como estratégia

pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 207-227, jul./out. 2010.

LIMA, F. J.; DORNELES, L. L.; PEREIRA, M. C. A, GATTO, J. R. J, GÓES; F. S. N., CAMARGO, R. A. A. Permanent health education in a nursing technician course. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2022; 56:e20210276. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0276>.

LOBE, B.; MORGAN, D.; HOFFMAN, K.A. Qualitative data collection in an era of social distancing. **International Journal Qualitative Methods**. 2020, 19:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>. Acesso em 11 ago. 2020.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LOPES, S. L. B; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, 32: 381-387, out./dez. 1999.

LUTCHEMBER, M. N.; PIRES, D. E. P. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 69, n. 2, p. 194-2016.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DAWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.3, p 519-28, abr. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102011000300010. Acesso em 30 jul. 2019.

MACHADO, S. S. B. C. *et al.* Indagações na/com a EJA no contexto da Pandemia: uma experiência em círculos de cultura digitais. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 45, p. 117-136, abr. 2021. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217826792021000200117&lng=pt&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i45.8337>. Acesso em 22 mar. 2023.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, núm. 40, 2018. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34958005002>, 2018. Acesso em 11 ago. 2020.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008; 24:1877-86.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 631-5, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a08.pdf>. Acesso em 05 fev. 2020.

MONTEIRO, E. M. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. 2010; maio-jun: 63 (3): 307-403.

MONTEIRO, S. S. (Re)inventar educação escolar no Brasil em tempos da Covid-19. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, jul./out. 2020, p. 237-254. Disponível em: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/552/30>. Acesso em 22 mar. 2023.

MÜNCHEN, M. A. B; QUINTANA, A. M.; NARDINO, F. O contato com a morte no SAMU: significações de médicos e enfermeiros. **Revista Psicologia em Pesquisa**, vol. 17, n.1, jul. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/issue/view/1630>. Acesso em 20 fev. 2023.

O'DWYER, G. *et al.* Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2189-2200, jul. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702189&lng=pt&m=iso. Acesso em 10 out. 2019.

O'DWYER, G. *et al.* The current cenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Serv. Res.** 2013; 13(70). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-70>. Acesso em: 21 jul. 2018.

PALMA, T. F.; PENA, P. G. L.; FERNANDES, R. C. P. Condições de trabalho e riscos em uma central de regulação médica de urgência: o caso dos técnicos auxiliares de regulação médica - TARM. In: LIMA, M. A. G.; FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L.; TRAD, S., orgs. **Estudos de saúde, ambiente e trabalho: aspectos socioculturais** [online]. Salvador: EDUFBA, 2017, pp. 53-77. ISBN: 978-85-232-1864-5. <http://doi.org/10.7476/9788523218645.0004>. Acesso em 05 fev. 2020.

PASQUINI, P. SAMU aposta em educação e tecnologia para qualificar atendimento. **Prefeitura da Cidade de São Paulo**, 8 jun. 2015. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=197102>. Acesso em 07 mar 2021.

PRIMO, Alex. Afetividade e relacionamento em tempos de isolamento social: intensificação do uso de mídias sociais para interação durante a pandemia de Covid-19. **Comunicação & Inovação**, São Caetano do Sul, v. 21, n. 47, 2020, p. 176-198. Disponível em https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_comunicacao_inovacao/article/view/7283/3187. Acesso em 07 mar 2021.

PINHEIRO, M. C. C. *et al.* Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **Journal Nursing Health**. v.9, n.2, e.199203. 2019.

PERES, P. G. Q. *et al.* Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. **Revista Cuidado é Fundamental On-line**, v. 10, n. 2, p. 413-422, apr. 2018. ISSN 2175-5361. Disponível em

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6064>. Acesso em 10 out. 2019.

Plano Municipal de Saúde do Município de Franca (2014-2017). Disponível em: <http://www.franca.sp.gov.br/portal/prefeitura/secretarias/saude.html>. Acesso em 10 set. 2019.

RAMACCIOTTI, A. S. **Referenciais da pedagogia de Paulo Freire no processo de ensino-aprendizagem**. 37^a Reunião Nacional da ANPEd – 04 a 08 de outubro de 2015, UFSC – Florianópolis. 2015. Disponível em <http://www.anped.org.br/sites/default/files/poster-gt04-4636.pdf>. Acesso em 28 jan. 2020.

RODRIGUES, N. R.; ANDRADE, C. B. Care in the training of nursing technicians: an analysis of political pedagogical projects. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental Online**. 2017;9(1):106- 13. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.106-113>. Acesso em 28 jan. 2020.

SANTANA, K. *et al.* Educação permanente e continuada: atuação dos profissionais enfermeiros na atenção primária à saúde. 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Regimento Interno - SAMU 192/SC**. Disponível em http://samu.saude.sc.gov.br/phocadownload/Rotinas/Rotinas_Estaduais/regimento_interno_samusc.pdf. Acesso em 18 jun. 2014.

SAUL, A. M.; SAUL, A. Contribuições de Paulo Freire para a formação de educadores: fundamentos e práticas de um paradigma contra-hegemônico. **Educar em Revista**, n. 61, p. 19-35, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602016000300019&script=sci_arttext. Acesso em 06 fev. 2020.

SCARPELINI, S. **Organização do sistema de urgência e trauma (A organização do atendimento às urgências e trauma)**. **Medicina Ribeirão Preto**. 2007, 40 (Sup13): 315-320.

SILVA, A.B. *et al.* A educação Permanente em Saúde no serviço de atendimento Móvel de Urgência. **Revista Sustinere**. v.6, n.1, p.63-83, 2018.

SILVA, C. L.; SILVA, E. R. Ensino remoto: uma revisão bibliográfica das redes sociais como método educacional. **Revista Cocar**. v.17, n.35/2022, p. 1-19. Disponível em <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/5442>. Acesso em 10 jan. 2023.

SILVA, A. M. S. M.; INVENÇÃO, A. S. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **UNILUS Ensino e Pesquisa**. v. 15. N. 39, p. 5-13, 2018.

SILVEIRA, S. C., TANEDA, M. Análise do preenchimento das fichas de atendimento sistematizado do SAMU-192 realizados pela equipe de enfermagem de Juína/MT. **SAJES - Revista Saúde AJES** 2015; 1(1):1-18. Disponível em <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/32/pdf>. Acesso em 07 mar. 2023.

SCHMALFUSS, J. M. *et al.* Educação Permanente em saúde com profissionais do SAMU. **Revista Enfermagem UFPE on-line**. 14(1-5), 2020. Disponível em

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244073/35719>. Acesso em 10 jan. 2023.

SOARES, G. S. D., AZEVEDO, C. R. F. Simulação Clínica como Estratégia de Implementação de Educação Permanente em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Chronos Urg.** V.1, n.1: e1121.25. 2021.

SOUSA, W.R. **A formação acadêmica na graduação em enfermagem e o atendimento pré-hospitalar.** Dissertação (Educação). 122 p. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, 2015.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 fev. 2020.

SOUZA, L.M.; FIGUEIREDO, R.S. Desdobramentos pedagógicos da utilização do Instagram para a promoção da educação ambiental. **Rev. Interdisciplinar Sulear**, n. 9, abr. 2021, p. 138-152. Disponível em <https://revista.uemg.br/index.php/sulear/article/view/5345/3412>. Acesso em 10 jan. 2023.

STUMM, E. M. F. *et al.* Avaliação da Saúde e Qualidade de Vida: Profissionais de um Samu. **Cogitare. Enferm.** v. 14, n.4, p.620-627. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16374/10855>. Acesso em 10 jan. 2023.

STRECK, José Martí. Paulo Freire y la construcción de un imaginario pedagógico latino americano. **Pedagogía y Saberes.** 2017, 46: 55-63. Disponível em <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/PYS/article/view/5228/4000>. Acesso em 15 dez. 2019.

SUS em Franca. Disponível em <https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/apresentacao>. Acesso em 10 de set. 2019.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 15(3): 439-445. 2007.

TEIXEIRA, Elizabeth; FERREIRA, Darlisom Sousa; MEDEIROS, Horácio Pires. Paulo Freire, a boniteza de ensinar e aprender saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 347 - 349, set. 2017. ISSN 2179-7692. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25213>. Acesso em 27 jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225213>.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S.; SCATENA, J. H. G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 51-7. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414462X2017000100051&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 08 out. 2019.

TIBAES, H.B.B *et al.* Service Profile of the Mobile Emergency Care Service in the North of Minas Gerais State. **J. Res: Fundam Care on-line**. V10 n 3 p. 675-682. 2018.

TONIOLO, J.M. dos S. de A.; HENZ, C.I. Paulo Freire no âmbito da Pesquisa: os círculos dialógicos investigativo-formativos como possibilidade de reinvenção dos círculos de cultura e auto(trans)formação permanente com professores. **Rev. Inter Ação**, Goiânia, v. 42, n.2, p.519-537, 2017. Disponível em <https://revistas.ufg.br/interacao/article/view/44026,2017>. Acesso em 27 jan. 2020. DOI: 10.5216/ia.v44026.

Apêndice 1- Termo de consentimento Livre e esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar do estudo intitulado “PRÁTICAS FORMATIVAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA”, que tem como objetivo analisar se as práticas formativas adotadas na qualificação dos trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se adequam à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as necessidades de aprendizagem para os ingressantes na unidade, desenvolvido pelo aluno de mestrado Glenyston Nascimento Ferreira e orientado pela Prof^a Rosângela Andrade Aukar de Camargo. Desse modo, o(a) Sr(a) será convidado a participar do círculo de cultura, com o tempo estimado de 90 minutos.

Os riscos são considerados mínimos, uma vez que a participação no círculo de cultura poderá causar certo desconforto com algumas discussões a serem realizadas. Caso isso ocorra, você terá a liberdade de interromper sua participação e também será incentivado pelo pesquisador a conversar sobre o assunto posteriormente. Já os benefícios poderão ser imediatos para o processo de trabalho do participante da pesquisa, tendo em vista que o círculo de cultura propiciará reflexões coletivas sobre as atividades do SAMU.

Esclarecemos também, que sua participação é voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) não receberá nenhum tipo de auxílio financeiro, bem como também não terá nenhum gasto. O(A) senhor(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que seja prejudicado por isso.

Garantimos que a sua identificação pessoal será mantida em sigilo, e que as demais informações, com exceção dos dados pessoais, serão utilizadas e compartilhadas publicamente em eventos e artigos científicos.

Para se comunicar a orientadora da pesquisa para qualquer tipo de esclarecimento, entre em contato com a Profa. Rosângela Andrade Aukar de Camargo do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública no endereço eletrônico: rcamargo@eerp.usp.br ou no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto, SP – Brasil. Telefone: 16 33153403.

Para se comunicar com o pós graduando utilize o endereço eletrônico: glenystonferreira@gmail.com, ou pelo telefone: 16 988190145.

Caso tenha mais alguma dúvida a esclarecer, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que tem por objetivo defender os interesses dos

participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Endereço eletrônico: cep@eerp.usp.br ou pelo telefone: 16 33159197. Horário de funcionamento do CEP: dias úteis – de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-EERP/USP subsidiada pela Resolução CNS 466/2012 que tem por função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, concordo em participar da pesquisa.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma será entregue a você.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação.

Franca, ____ de _____ de 2020

Assinatura do entrevistado _____

Apêndice 2- Roteiro para coleta de dados

I Caracterização dos participantes

Participante nº _____

Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Tempo de atuação no SAMU: _____ anos _____ meses

Antes de trabalhar no SAMU qual era o setor de atuação profissional? _____

Categoria profissional: _____

Nível de formação profissional

() ensino superior

() ensino técnico

() ensino médio

() ensino fundamental

Aperfeiçoamento

Cursando graduação () sim () não, se sim qual: _____

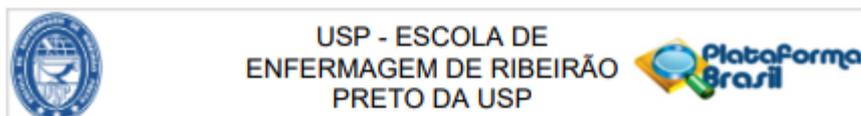
Pós-graduação () sim () não, se sim qual: _____

Especialização () sim () não, se sim qual: _____

II Percepção dos trabalhadores sobre a importância da educação permanente no SAMU.

- 1- O que vocês consideram importante para o profissional que atua no SAMU saber?
- 2- Como foi a sua formação para compor a equipe de trabalho no SAMU?
- 3- Na sua opinião, o método de ensino utilizado foi adequado para sua necessidade no serviço?
- 4- Você tem buscado aprendizagem outros meios? (internet, escolas,)
- 5- De que maneira podemos melhorar as práticas formativas dos trabalhadores do SAMU?
- 6- E qual sua necessidade de aprendizagem atual?
- 7- Efeitos da pandemia preocupação inicial e o que foi oferecido? O que foi feito? Houve reuniões?

Anexo 1- Autorização do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas formativas no serviço de atendimento móvel de urgência

Pesquisador: GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28263320.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.904.892

Apresentação do Projeto:

Segunda avaliação do Projeto "Práticas formativas no serviço de atendimento móvel de urgência" (versão 2). Trata-se de uma proposta de estudo com delineamento de pesquisa documental e descritiva de cunho qualitativa, a ser realizada com a participação de 85 profissionais de saúde concursados que estiverem exercendo suas atividades conforme escala de trabalho no SAMU de Franca, no período previsto para a coleta de dados. Serão excluídos do estudo os colaboradores que estiverem ausentes por afastamento devido às necessidades de saúde, ou que estiverem afastados de suas atividades temporariamente.

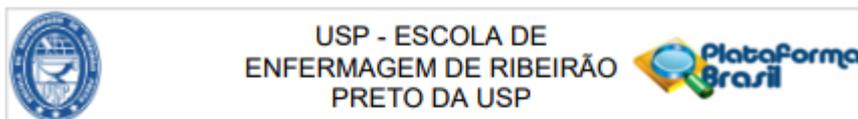
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar se as práticas formativas adotadas na qualificação dos trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se adequam à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as necessidades de aprendizagem para os ingressantes na unidade.

Objetivos Específicos:

- Identificar as práticas formativas utilizadas para qualificação dos trabalhadores do SAMU nos últimos 5 anos; (pesquisa documental)
- Identificar as áreas de aprimoramento e necessidades de aprendizagem apontadas pelos trabalhadores do SAMU. (pesq. Descritiva de cunho qualitativo)
- Desenvolver um protótipo de um planejamento de curso para os trabalhadores ingressantes no

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.904.892

SAMU.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa adequadamente que os benefícios poderão ser imediatos para o processo de trabalho do participante da pesquisa, tendo em vista que o círculo de cultura propiciará reflexões coletivas sobre as atividades do SAMU.

Também foram informados de forma adequada os riscos e a forma de manejo dos mesmos, como segue: Os riscos são considerados mínimos, uma vez que a participação no círculo de cultura poderá causar um certo desconforto com algumas discussões a serem realizadas. Caso isso ocorra o participante poderá conversar com o pesquisador privativamente e trazer as suas preocupações, ou até mesmo desistir da sua participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi esclarecido o modo de abordagem dos voluntários, no qual será entregue uma carta convite aos profissionais com as informações necessárias para a escolha do aceita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram devidamente apresentados e as adequações necessárias foram realizadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1498420.pdf | 20/02/2020 21:50:43 | | Aceito |
| Outros | oficio_projeto.PDF | 20/02/2020 21:49:43 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_atualizado_fevereiro_2020.pdf | 20/02/2020 21:47:36 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-0197 E-mail: cep@ccrp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.904.892

| | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_v2.pdf | 20/02/2020 21:46:54 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Orçamento | orcamento_pesquisa.pdf | 23/01/2020 15:55:48 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável | oficio_CEP.pdf | 23/01/2020 15:53:11 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | oficio_secretario_saude.pdf | 23/01/2020 15:51:44 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_2020.pdf | 23/01/2020 15:51:00 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_rosto.pdf | 23/01/2020 15:50:22 | GLENYSTON NASCIMENTO FERREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 09 de Março de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br