

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

MOEMA SANTOS SOUZA

**POTENCIAL DE RISCO NO TRABALHO COTIDIANO DE EQUIPES DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

**Belo Horizonte
2021**

MOEMA SANTOS SOUZA

**POTENCIAL DE RISCO NO TRABALHO COTIDIANO DE EQUIPES DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Marília Alves

**Belo Horizonte
2021**

Souza, Moema Santos.

SO729p Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU [manuscrito]. / Moema Santos Souza. - - Belo Horizonte: 2021.

130f.: il.

Orientador (a): Marília Alves.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Assistência Pré-Hospitalar. 3. Segurança do Paciente. 4. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 215



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 178 (CENTO E SETENTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA MOEMA SANTOS SOUZA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 13 (treze) dias do mês de setembro de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "POTENCIAL DE RISCO NO TRABALHO COTIDIANO DE EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA", da aluna **Moema Santos Souza**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Cláudia Maria de Mattos Penna, Maria Alice Dias da Silva Lima, Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Maria Odete Pereira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

) APROVADA;

) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de setembro de 2021.

Profª. Drª. Marília Alves
Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna
(EE/UFMG)

Profª. Drª. Maria Alice Dias da Silva Lima
(UFRGS)

Profª. Drª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
(UFPR)

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **MOEMA SANTOS SOUZA**.

As modificações foram as seguintes:

1. Desdobrar a categoria 2 em duas subcategorias

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.10.2021

2. Rever o enunciado da tese, conforme sugestão da banca

NOMES	ASSINATURAS
Profª. Drª. Marília Alves	_____
Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna	_____
Profª. Drª. Maria Alice Dias da Silva Lima	_____
Profª. Drª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff	_____
Profª. Drª. Maria Odete Pereira	_____



Documento assinado eletronicamente por **Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Usuário Externo**, em 14/09/2021, às 20:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alice Dias da Silva Lima, Usuário Externo**, em 15/09/2021, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 15/09/2021, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria de Mattos Penna, Professora Magistério Superior - Voluntária**, em 15/09/2021, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Alves, Professora do Magistério Superior**, em 16/09/2021, às 00:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 20/09/2021, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0962541** e o código CRC **2531F62C**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.10.2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, minha família e a todos os profissionais do SAMU-BH que trabalham exaustivamente neste momento de pandemia e que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa, mesmo em tempos tão difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me concedeu a graça de iniciar e terminar o doutorado, sem a presença dEle em minha vida, eu não teria chegado até aqui. O Senhor foi e sempre será meu porto seguro em todas as horas. À minha mãe querida, Nossa Senhora, que me protegeu e me conduziu em todos os momentos.

À minha família, em especial a meus pais, meu alicerce em que me espelho todos os dias; a meu irmão, Anderson, que me apoiou, ouviu, direcionou e cuidou tão bem de mim nestes três anos e meio, amo você, irmão. À minha cunhada, Vanessa, por me aconselhar, ajudar em todos os momentos; às minhas sobrinhas queridas, Andressa e Maria, pelos abraços, sorrisos e amor sem limites; à minha avó pelo amor dispensado.

Gratidão especial à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marília Alves. Eu não tenho palavras para agradecer tamanho amor, compreensão, cuidado para comigo. Eu não poderia ter tido uma orientadora melhor, inteligente, alegre, firme e atenciosa. Agradeço a Deus por ter colocado você em meu caminho e por ter confiado e acreditado em mim durante estes anos de doutorado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG pelos conhecimentos compartilhados, e aos servidores da secretaria da Pós-Graduação pela atenção, orientação e disponibilidade em sempre nos ajudarem.

À Secretaria de Saúde de Belo Horizonte pela anuência com à pesquisa, e aos profissionais do SAMU que, gentilmente, se disponibilizaram a participar deste estudo em meio à pandemia do Covid-19.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pelas sugestões essenciais para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

À CAPES pela concessão da bolsa e garantia de recurso para realização do doutorado.

A meus afilhados, Samuel, Andressa e Gustavo, pelo apreço, amor e compreensão durante estes anos de doutorado e participação na minha trajetória.

À FESF por ter possibilitado o afastamento das minhas atividades laborais durante o período do doutorado.

Às mariletas pelas partilhas, reuniões, amizades e conhecimento ao longo destes anos. Às colegas e amigos que ganhei na caminhada do doutorado, especialmente, Talita, Natália Ana, Nathalia, Melissa, Carla, Larissa, Marina, Mariana e Isabella.

À Palloma, mentora temática desta tese. Obrigada pela ajuda de todos os dias, apoio e leitura.

À Dó, um presente que Deus colocou na minha vida ao chegar em BH, quanta saudade sentirei de você, das nossas conversas, risadas e cafés. Não tenho palavras para agradecer à grandeza da sua amizade, quanto você me ajudou em todos os momentos, nas leituras de Certeau e toda a tese. Você é um verdadeiro anjo na minha vida.

Às minhas amigas, Mirela, Flávia, Tatiane, Vanessa, Viviane, Patrícia e Roberta pelo carinho, apoio, risadas e dedicação incondicional para comigo, vocês são muito especiais na minha vida, uma verdadeira família de amor, jamais esquecerei a nossa amizade.

Ao Rubens pelo carinho e atenção. À Silze pela escuta, direcionamento e carinho.

Aos primos do coração, Lore, Adson e Mila pelas visitas a Belo Horizonte que me alegraram tanto.

Ao Grupo de Oração Água Viva pelas orações, carinho e compreensão das minhas ausências.

SOUZA, M.S. Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

O atendimento às urgências e emergências tem crescido e se tornado mais expressivo na sociedade brasileira e mundial, com destaque para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH Móvel) pela possibilidade de atendimento precoce, rápido e eficaz às vítimas de agravos diversos. No Brasil, o APH Móvel é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente da rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), acionado pelo número 192. A imprevisibilidade e complexidade dos atendimentos podem desencadear a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) que poderiam ser evitados a partir da identificação de potenciais de risco. Os objetivos deste estudo foi analisar situações com potencial de risco para os usuários no trabalho cotidiano do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; e, compreender o trabalho cotidiano dos profissionais do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência evidenciando situações de risco que contribuem para os incidentes com os usuários. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico do Cotidiano de Michel de Certeau. Participaram do estudo 32 profissionais do SAMU de Belo Horizonte/Minas Gerais/BR (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores) que trabalham diretamente na assistência, e duas coordenadoras, a do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a de enfermagem. Coletaram-se os dados no período de julho a outubro de 2020, por meio de entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado, realizadas *on-line*, via plataforma virtual. Escolheram-se os participantes de acordo com a técnica *snowball*, que consiste na escolha dos participantes iniciais de uma amostra que indicam outros eventuais participantes e assim sucessivamente, até a saturação de dados. Submeteram-se as entrevistas à Análise de Conteúdo Temática, e utilizou-se, como recurso para organização dos dados, o *software* MAXQDA®, versão 2020. Da análise, emergiram quatro categorias: 1- Organização da rotina de trabalho das equipes do SAMU; 2 - Situações adversas na assistência ao usuário; 3 - Potencial de risco no trabalho cotidiano do SAMU; 4 - Mudanças no trabalho cotidiano de equipes do SAMU diante da Covid-19. A primeira categoria revelou que as equipes do SAMU organizam seu trabalho cotidiano utilizando protocolos, normas e rotinas, na passagem de plantão, incluindo organização da ambulância, checagem dos materiais e medicamentos necessários aos atendimentos que constituem estratégias para definir a organização do serviço. Na segunda categoria, descrevem-se situações adversas vivenciadas pelos profissionais cotidianamente. Devido à natureza dinâmica, complexa e imprevisível dos atendimentos, situações de violência e a gravidade dos pacientes, as equipes, muitas vezes, adaptam as normas, criam e reinventam novos modos de fazer que não estão prescritos nas normas e rotinas, mas que são necessários para assegurar a assistência aos usuários. A terceira categoria apresenta situações potenciais de risco durante os atendimentos das equipes aos usuários, desencadeando possíveis incidentes que poderiam ser reduzidos/evitados. A quarta categoria evidencia as mudanças ocorridas no trabalho cotidiano das equipes com a pandemia do Covid-19, com a implementação de medidas preventivas antes, durante e após os atendimentos, bem como mudanças na paramentação e higienização das ambulâncias para mitigar os riscos aos usuários. Conclui-se que o trabalho cotidiano de equipes do serviço de atendimento móvel de urgência é marcado por estratégias por meio de protocolos, normas e rotinas, mas diante das situações adversas e desafiadoras, os profissionais criam e recriam novas maneiras de praticar o cuidado ao paciente.

SOUZA, M.S. Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Palavras-chave: Serviço Médico de Emergência. Assistência Pré-Hospitalar. Segurança do Paciente.

SOUZA, M.S. Potential risk in the daily work of teams from the Mobile Emergency Care Service – SAMU. Thesis (Doctor of Philosophy degree in Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

Urgent and emergency care has grown and become more significant in Brazilian and global society, with emphasis on Mobile Pre-Hospital Care (APH Mobile) for the possibility of early, fast and effective care for victims of various diseases. In Brazil, APH Mobile is carried out by the Mobile Emergency Care Service (SAMU), a component of the urgency and emergency network of the Unified Health System (SUS), called 192. The unpredictability and complexity of care can trigger the occurrence incidents and adverse events (AE) that could be avoided by identifying potential risk. The objectives of this study were to analyze situations with potential risk for users in the daily work of the Mobile Emergency Pre-Hospital Care Service; and, understand the daily work of professionals in the Mobile Emergency Pre-Hospital Care Service, highlighting risk situations that contribute to incidents with users. This is a qualitative study, based on the theoretical framework of Daily Life by Michel de Certeau. Thirty-two SAMU professionals from Belo Horizonte/Minas Gerais/BR (doctors, nurses, nursing technicians and conductors) who work directly in care, and two coordinators, one from the Nucleus of Continuing Education (NEP) and one from nursing participated in the study. Data were collected from July to October 2020, through in-depth interviews with a semi-structured script, carried out online, via a virtual platform. Participants were chosen according to the snowball technique, which consists of choosing the initial participants of a sample that indicate other possible participants, and so on, until data saturation. The interviews were submitted to Thematic Content Analysis, and the MAXQDA® software, version 2020, was used as a resource for data organization. From the analysis, four categories emerged: 1- Organization of the work routine of the SAMU teams; 2 - Adverse situations in user assistance; 3 - Potential for risk in the SAMU's daily work; 4 - Changes in the daily work of SAMU teams in front of Covid-19. The first category revealed that SAMU teams organize their daily work using protocols, rules and routines, when shifting shifts, including organizing the ambulance, checking the materials and medications necessary for care, which constitute strategies to define the organization of the service. In the second category, adverse situations experienced by professionals on a daily basis are described. Due to the dynamic, complex and unpredictable nature of care, situations of violence and the severity of patients, teams often adapt the rules, create and reinvent new ways of doing that are not prescribed in the rules and routines, but which are necessary to ensure assistance to users. The third category presents potential risk situations during the teams' assistance to users, triggering possible incidents that could be reduced/avoided. The fourth category shows the changes that have occurred in the daily work of teams with the Covid-19 pandemic, with the implementation of preventive measures before, during and after the appointments, as well as changes in the lining and cleaning of ambulances to mitigate risks to users. It is concluded that the daily work of teams in the mobile emergency care service is marked by strategies through protocols, standards and routines, but in the face of adverse and challenging situations, professionals create and recreate new ways to practice patient care.

Keywords: Emergency Medical Service. Pre-Hospital Assistance. Patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Esquema conceitual da tese	42
Figura 2	- Organização do fluxo dos participantes	47
Quadro 1	- Descrição de categorias	52
Tabela 1	- Perfil geral dos sujeitos do estudo. Belo Horizonte/MG, Brasil	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	- Atendimento Pré-Hospitalar
CBA	- Consórcio Brasileiro de Acreditação
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CR	- Central de Regulação
EA	- Eventos Adversos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	- <i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	- <i>Institute of Medicine</i>
MS	- Ministério da Saúde
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PNAU	- Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
USA	- Unidade Móvel de Suporte Avançado
USB	- Unidade Móvel de Suporte Básico
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivos	23
2	UM DESENHO NO ESTADO DA ARTE SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	24
2.1	Breve histórico do serviço pré-hospitalar no Brasil e em outros países.....	24
2.2	SAMU no Brasil	28
2.3	Segurança do paciente	30
2.4	Situação com potencial de risco ao paciente	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO	36
4	PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1	Caracterização do estudo	43
4.2	Cenário do estudo	43
4.3	Participantes do estudo	45
4.4	Coleta de dados	47
4.5	Análise de dados	49
4.6	Considerações éticas	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Caracterização dos participantes	52
5.2	Organização da rotina de trabalho das equipes do SAMU	54
5.3	Situações adversas na assistência ao usuário	60
5.3.1	Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no ambiente laboral....	60
5.3.2	Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no cuidado direto aos usuários.....	67
5.4	Potencial de risco no trabalho cotidiano do SAMU	72
5.5	Mudanças no trabalho cotidiano de equipes do SAMU diante da Covid-19	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A	120
	APÊNDICE B	122
	ANEXO A	124
	ANEXO B	126

APRESENTAÇÃO

Escrever esta parte do estudo é fazer uma retrospectiva dos anos de 2013 a 2021, um verdadeiro recorte no tempo, despertando em mim um misto de sentimentos e lembranças. É difícil resumir, em poucas linhas, a intensidade do percurso. O marco que me fez despertar para a temática do presente estudo foi o ano de 2013, quando, como enfermeira, comecei a trabalhar no pronto-socorro de um hospital geral público, no interior da Bahia e a lecionar a disciplina Estágio II (emergência). Foram seis anos de experiência em urgência e emergência. Neste ambiente de trabalho e estágio, foram vivenciados momentos de descobertas, adversidades e, rotineiramente, situações que levavam a incidentes que culminavam, muitos deles, em eventos adversos aos pacientes. No hospital, ainda não existia um núcleo de segurança instalado, nem condutas que abordassem a segurança do paciente no referido hospital.

Nesse contexto, despertei para a temática da segurança do paciente, o que deu início a uma pesquisa sobre o assunto, e quanto mais eu me aprofundava nas leituras, mais me sentia desafiada a estudar. Por isso, decidi fazer um projeto para a seleção do Doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) sobre “segurança do paciente no serviço hospitalar”. E, no ano de 2018, iniciei o tão sonhado doutorado na UFMG. A princípio, pensei que teria como foco de pesquisa a área hospitalar, mas, para minha surpresa e desafio, minha orientadora sugeriu abordar a temática no contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Assim, eu, Marília e a colaboradora, Palloma, que possui expertise no assunto de risco, concordamos com o objeto de estudo: potencial de risco no trabalho cotidiano do SAMU.

Inicialmente, fiquei assustada, nunca havia trabalhado ou estudado sobre o SAMU. Resolvi aceitar, foi desafiante e surpreendente, eu, decididamente, me encantei por este serviço ao ouvir os relatos dos entrevistados, as situações adversas no trabalho cotidiano, os riscos, as imprevisibilidades a dedicação e o amor que os ‘samuzeiros’ têm pela profissão.

No intuito de conhecer a dinâmica do serviço e vivenciar algumas situações próprias do cotidiano de um serviço pré-hospitalar, propus-me a fazer breve estágio no SAMU na Bahia, durante o meu período de férias. Foi enriquecedor. Poucos meses depois, ao retornar para Belo Horizonte, entrei em contato com a coordenadora do NEP-BH e solicitei uma visita ao serviço, e fui prontamente atendida. Fizemos um *tour* pela sede do SAMU, onde foi possível conhecer a central de regulação, almoxarifado, expurgo e a dinâmica de trabalho.

Entretanto, nessa trajetória, ocorreram muitos percalços. De início, a pandemia da Covid-19 alterou todo o cronograma (desorganizou tudo). As atividades, que já haviam sido realizadas de contactar a coordenação do SAMU e de agendamento de algumas entrevistas, foram interrompidas. Faltando três dias para a primeira entrevista, houve suspensão dos projetos que tinham o SAMU como cenário, e os participantes que pertenciam ao quadro de profissionais do serviço foram suspensos pela Prefeitura de Belo Horizonte e pela coordenação do SAMU por tempo indeterminado. Assim, houve a necessidade de interromper a coleta de dados da pesquisa e de se pensar um método que permitisse mudar o modo de realização das entrevistas que, antes, seriam realizadas presencialmente. Assim, as entrevistas foram realizadas *on-line* para não haver o contato direto da pesquisadora com os participantes da pesquisa, e permitir horários agendados por eles, de acordo com a disponibilidade de cada um.

Assim, agradecemos aos profissionais do SAMU por nos terem atendido prontamente, concedendo entrevistas e indicando outros colegas, pois passamos a utilizar a técnica de *snowball* para a coleta de dados. Foi preciso que nós, pesquisadoras, adaptássemos um método de pesquisas que se adequassem ao “novo normal”. Dessa forma, os potenciais de risco, no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), considerando as similaridades dos serviços da urgência/emergência, podem também guardar semelhanças quanto aos incidentes.

1 INTRODUÇÃO

No contexto mundial, estudos revelam inúmeras ocorrências de incidentes e eventos adversos (EA) nos variados serviços de saúde, o que torna a segurança do paciente assunto prioritário em nível global (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018; WOO *et al.*, 2020). Estimativas indicam que cerca de 42,7 milhões de EA ocorrem mundialmente, ocasionando enorme sobrecarga para os serviços de saúde (JHA *et al.*, 2013). No Brasil, a situação não é menos grave, uma vez que o país registrou 312.955 eventos notificados no período de 2014-2019 pelos serviços de saúde dos 27 estados, apesar do reconhecimento das dificuldades dos serviços em realizar as notificações obrigatórias (BRASIL, 2019).

A ocorrência de muitos incidentes poderia ter sido evitada a partir da identificação de potenciais situações de risco denominadas “circunstância de risco”, ou seja, situações em que havia um potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente, apesar de configurar situações potencialmente inseguras (WHO, 2009). Entende-se por dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo com conseqüente efeito decorrente deles, que incluem doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) define, como incidente, o evento ou circunstância que poderiam resultar ou resultaram em dano desnecessário ao paciente. Há quatro grupos de incidentes: circunstância de risco, situações em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente; *Near Miss*, incidente que não atingiu o paciente; incidente sem dano, evento que ocorreu no paciente, mas não chegou a resultar em dano; e, incidente com dano ou EA, incidente que resulta em dano para o paciente (WHO, 2009).

Nesse sentido, entende-se que, para prevenir a ocorrência de situações de risco, o conhecimento do potencial de risco, considerando a complexidade dos atendimentos em serviços de saúde, pode contribuir para que incidentes sejam evitados. Assim, define-se como objeto deste estudo, “Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)”.

Entende-se por risco a possibilidade de um incidente ocorrer (WHO, 2009). Isso é geralmente especificado em termos de um evento ou uma circunstância, e das conseqüências que podem gerar (ISO, 2009), sendo, portanto, uma condição latente ou potencial para o

acidente, e sua intensidade depende das características de suas fontes (perigos) e dos níveis de vulnerabilidade existentes (RAMIREZ, 2009).

Reconhecer o risco significa identificar precocemente, no ambiente de trabalho, fatores ou situações com potencial de dano, e avaliá-lo significa reconhecer a probabilidade e a magnitude para a não ocorrência do dano (FERREIRA *et al.*, 2018). Dessa forma, potencial de risco é a expectativa ou a possibilidade do inesperado; é a exposição em potencial a um possível risco (RUPPENTHAL, 2013).

Assim, os riscos se classificam em assistenciais, sanitários, ocupacionais, ambientais, relacionados à biossegurança, infecções e responsabilidade civil (ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO, 2006). Os riscos ocupacionais compreendem as situações de trabalho que dão origem a acidentes e doenças laborais, e que podem levar ao desequilíbrio mental, físico e social dos trabalhadores (VERAS *et al.*, 2020). No intuito de reduzir as consequências advindas das situações geradoras de riscos, as instituições de saúde têm sido desafiadas a implantar estratégias de gerenciamento para redução de incidentes/EA inesperados e indesejáveis, prevenindo e utilizando novos métodos que visem contribuir para segurança do paciente e para a qualidade do serviço (SOUSA; FARIAS, 2019). Os EA são causados, em sua maior parte, por sistemas mal estruturados, desorganizados, sucateados e por falhas humanas que decorrem em resultados que impactam, de forma negativa, perante a assistência prestada.

Estudos evidenciaram a implantação de medidas para identificação e prevenção de incidentes, a partir de ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, no entanto, ainda são pouco utilizadas pelas equipes. A não adesão dos profissionais ao uso de protocolos, mapeamento de risco e manuais de normas e rotinas, coloca em risco a vida do paciente, podendo resultar em EA (OLIVEIRA *et al.*, 2017; HOWARD *et al.*, 2017; HAGIWARA *et al.*, 2016; 2019).

Nas últimas décadas, pesquisas realizadas em diversos países têm evidenciado a ocorrência de EA, notadamente em instituições hospitalares (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018; VITORINO; AGUIAR; SOUSA, 2020; MIKOS *et al.*, 2020) e menos em outros serviços de saúde. Esta realidade tem fomentado aos gestores reflexões sobre a implementação de medidas de identificação, prevenção e controle de riscos, a partir de mecanismos de gerenciamento destes. A concretização de tais critérios implica um desafio para os serviços de saúde, particularmente no pré-hospitalar, devido à singularidade dos

atendimentos. Nesse serviço, os potenciais de risco podem se tornar imperceptíveis aos profissionais e desencadearem EA ao paciente.

Estudo realizado em diferentes países, como na Suécia, aponta que, durante a assistência pré-hospitalar, acontecem situações que podem desencadear circunstância de risco; entre as quais está o não cumprimento de protocolos e diretrizes pela equipe, dificuldade na prática do raciocínio clínico para tomada de decisão, falta de material para auxiliar o profissional durante o atendimento, acréscimos da singularidade da assistência em ambientes instáveis, rapidez no atendimento, aglomerados de pessoas e estresse que configuram situações que podem culminar em EA (BIJANI *et al.*, 2021; REAY *et al.*, 2018).

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência (SAMU a partir daqui) abrange todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar que podem reduzir as taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. Em vista disso, uma assistência qualificada no local do acidente é fundamental para o aumento da taxa de sobrevivência (RIBEIRO, 2000).

O SAMU foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002) e é considerado componente central da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2006).

A partir de 2003 (Portaria GM/MS nº 1.863/03) (BRASIL, 2003), o serviço foi implementado após um acordo bilateral com a França e oficializado em 2004, pelo Decreto Presidencial nº 5.055 (BRASIL, 2004). Ainda no ano de 2003, foi publicada a portaria nº 1.864, normatizando institucionalmente o SAMU com o objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras que possam levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte (BRASIL, 2003a).

As unidades móveis, denominadas Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), realizam atendimentos por profissionais intervencionistas, que compõem as equipes de suporte básico de vida, tripuladas por técnico de enfermagem e condutor-socorrista (SBV) e de suporte avançado de vida (SAV), são ainda compostas por enfermeiro, médico e condutor-socorrista, assegurando o atendimento pré-hospitalar por meio da regulação médica (BRASIL, 2011).

O SAMU é composto por uma estrutura hierárquica, instituída por um arcabouço de diretrizes políticas, é regulamentado por normas, portarias e protocolo operacional padrão (POP) como medidas de segurança para prevenção de incidentes.

Cabe ressaltar que a própria natureza do trabalho no SAMU, por si só, constitui potenciais situações de risco, considerando a escassez de profissionais, ausência de capacitação, falhas na comunicação entre as equipes, uso inapropriado de equipamentos, estresse, associadas à complexidade e dinamicidade do próprio ambiente onde são prestados os cuidados de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020). Portanto, todos os profissionais do APH devem ser treinados e qualificados técnica e cientificamente para que os atendimentos sejam realizados com eficiência e eficácia, seguindo os protocolos, com vistas a assistir de forma segura o paciente.

Os profissionais do SAMU atendem, nas 24 horas por dia, situações imprevisíveis e complexas em locais como domicílios, vias públicas e estradas, em grande parte, sob condições desfavoráveis de luminosidade, de variações ambientais constantes, chuva, calor, frio, fluxo de veículos, escadas, ambulância em movimento, presença de animais, pessoas hostis, desordens sociais, dentre outras (ALVES, *et al.*, 2013; ARAÚJO; VELLOSO; ALVES, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além disso, os profissionais enfrentam tripla pressão na prática de trabalho: a primeira, devido à necessidade de rapidez na resposta, agilidade, eficiência e eficácia na estabilização e transporte da vítima ao hospital; a segunda, decorre da pressão exercida pela sociedade sobre os profissionais durante a prestação do atendimento em vias públicas e nos domicílios, onde, muitas vezes, os passantes tentam opinar, filmar e intervir na assistência realizada; a terceira situação inesperada é a possibilidade de acidentes no trajeto e violência por parte da população. A presença de tais fatores pode contribuir para a ocorrência de incidentes e/ou EA no trabalho cotidiano de equipes do APH Móvel (ARAÚJO; VELLOSO; ALVES, 2017).

Em face de um cotidiano de trabalho imprevisível, inabitual, com uma diversidade de cenários, no qual o tempo é limitado, as atividades no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) são intensas e exigem, na maioria das vezes, que os profissionais realizem procedimentos com agilidade, dinamismo e eficácia para poderem afastar risco de morte. Portanto, muitas vezes, é preciso que o profissional crie maneiras de fazer, circunscritas às situações, para que o cuidado seja efetivado, por meio do uso de táticas diversas. O cotidiano é entendido como:

Aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente [...] O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada. [...] O que interessa ao historiador do cotidiano é o invisível... Não tão invisível assim (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013, p. 31).

As práticas cotidianas representam as maneiras de fazer, ordenadas em determinado tempo e espaço. No cotidiano, elas são articuladas, segundo Certeau (2014), em estratégias e táticas. As estratégias representam relações de força a partir de um determinado momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade) pode ser isolado (CERTEAU, 2014); são representadas nas instituições por leis, protocolos e normas. A tática não conta com um lugar próprio e depende do tempo, aproveitando as ocasiões como possibilidades de ganho (CERTEAU, 2014). A partir das estratégias, irrompem os movimentos táticos como novas e inventivas maneiras de fazer dentro de contextos ou controles estratégicos. Contudo, as táticas não possuem a intenção de enfrentar as estratégias, ambas interagem e coexistem no cotidiano (CERTEAU, 2014).

A abordagem de Michel de Certeau sobre o cotidiano trata, também, das noções centrais de lugar, espaço, mapas e percursos (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013; CERTEAU, 2014). Lugar é o espaço próprio, onde o tempo é estável e as posições fixas e os espaços são dinâmicos - o lugar praticado. Mapas e percursos possibilitam pensar sobre a prática de espaço que se refere a um caminhar que transcreve os traços e as trajetórias a serem seguidos. Mapa prescreve ações, é estruturado, indica ordem dos lugares. Percorso diz respeito às descrições de caminhos, embora haja uma ordem espacial definida nos mapas, organizando possibilidades e proibições, é possível inventar outras, pois as idas e vindas possibilitam improvisações, mudando elementos espaciais (CERTEAU, 2014). Tais conceitos alicerçaram a análise e discussão dos resultados produzidos na tese.

O trabalho cotidiano do serviço pré-hospitalar abarca situações imprevisíveis e desafiantes que despertam nos profissionais novos modos de fazer para driblar a lógica do que lhes é imposto. Considera-se que essas situações incitam os participantes a criarem outras formas de fazer e de se adaptarem à realidade por eles vivenciadas (CERTEAU, 2014).

Esse trabalho cotidiano, distinto e peculiar exige dos profissionais destreza, habilidade, raciocínio rápido e precisão, diante das situações de alta complexidade e imprevisibilidade durante os atendimentos aos usuários. Muitos potenciais de risco existentes nos atendimentos podem ser identificados e interceptados, no entanto, devido ao desconhecimento desses ou da falta de comprometimento, a equipe não consegue reconhecê-los e preveni-los, desencadeando, assim, um incidente/EA (HAGIWARA *et al.*, 2019).

A inexistência de um padrão de ocorrências, a infinidade de cenários, a diversidade de usuários com agravos clínicos e traumáticos imprevisíveis, a não realização do *checklist* (lista

de verificação para organização da ambulância) pelos profissionais, a ausência de manutenção periódica das ambulâncias e dos equipamentos, o uso de técnicas e administração de medicamentos em situação de pressão, o desconhecimento do perímetro da cidade, pelo condutor, a não avaliação do local de atendimento com observação dos riscos potenciais e a não adoção de medidas preventivas podem constituir também potenciais de risco (ARAÚJO; VELLOSO; ALVES, 2017).

Esses potenciais de riscos tornaram-se ainda mais complexos com a pandemia de Covid-19, visto que não havia conhecimento aprofundado da transmissibilidade, e de medidas preventivas; isso, associado à tensão, medo, morte, instituição de novos equipamentos de proteção individual (EPI), mudanças quase que diária de protocolos. Uma situação sem precedentes na história moderna.

O trabalho cotidiano das equipes do SAMU-BH mudou significativamente no contexto da pandemia de Covid-19. Foi necessária uma reorganização do serviço para atender ao usuário. Houve alterações quanto ao perfil de atendimento, quantidade de ocorrências, número de ambulâncias, protocolos para uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e desinfecção das ambulâncias.

No que concerne ao perfil de atendimento, houve uma substituição das ocorrências de traumas, que eram a principal demanda, por atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, culminando com um crescimento de 529% no número de atendimentos a esses pacientes. Aumentou-se o número de ambulâncias de 27 para 50 e, em relação aos protocolos de atendimento, tornou-se obrigatório o uso de *face shield*, avental, máscara, óculos e macacão, bem como o procedimento de desinfecção terminal obrigatório após cada atendimento ou transporte de paciente suspeito ou confirmado de Covid-19 (CUNHA, 2020; BELO HORIZONTE, 2020a).

A exigência de celeridade nos atendimentos e, em determinadas situações com precariedade nas condições de trabalho, associada à tensão e medo, pode expor os pacientes a maior risco durante a pandemia de Covid-19.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte, no mês de março de 2020 foram transportados pelo SAMU um total de 123 pacientes com suspeita de Covid-19 e esse número aumentou no decorrer dos meses subsequentes, chegando a 775 no mês de julho (CUNHA, 2020; BELO HORIZONTE, 2020a).

Neste cenário de incertezas agravadas pela pandemia de Covid-19, ainda perdura a necessidade de medidas intensas como forma de prevenção e redução dos riscos de incidentes

aos pacientes. Portanto, faz-se necessário que as agências e/ou organizações que prestam atendimento pré-hospitalar utilizem ferramentas e protocolos necessários para ajustar as demandas de atendimento, com o propósito de responder a cenários específicos, como o de Covid-19 (PAHO, 2020).

Justifica-se a necessidade de pesquisas no trabalho cotidiano do APH Móvel, visto que a diversidade de cenários de atendimento de urgência e emergência, em diversos ambientes, a dinâmica do serviço, a imprevisibilidade, a necessidade de agilidade e eficácia na prestação de atendimento precoce podem possibilitar a ocorrência de incidentes. Portanto, medidas preventivas no APH Móvel devem ser viabilizadas para se evitarem e/ou reduzirem os riscos, a partir do reconhecimento de potenciais situações de risco.

A equipe do SAMU, de forma invisível, silenciosa, capta, durante as imprevisíveis situações de atendimento, as possibilidades de subverter os protocolos estabelecidos. De acordo com relatos dos profissionais do SAMU, verifica-se que as maneiras de fazer, as táticas, acontecem cotidianamente pela própria imprevisibilidade do serviço, atendimentos em aglomerados, rodovias e intempéries. Nessas situações, a equipe burla a estratégia e as condutas para salvar a vida o mais rápido possível, assumindo o risco, naquele momento, em decorrência da celeridade e gravidade, podendo ocasionar um incidente.

Nessa perspectiva, torna-se relevante o estudo do potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do SAMU, considerando que a maior parte das pesquisas nacionais e internacionais apontam ocorrências de EA em instituições hospitalares. Observa-se também uma lacuna referente a pesquisas relacionadas à identificação de potenciais de risco durante atendimentos realizados pelo APH Móvel, apesar de o termo estar descrito como o primeiro entre os quatro grupos de incidentes de acordo com a Classificação Internacional para Segurança do paciente (ICPS).

Compreende-se que medidas preventivas por meio de protocolos, manuais, portarias, quando aplicados à prática da assistência à saúde, podem evitar e/ou reduzir os incidentes e EA. Esse entendimento apoia-se no conceito de segurança do paciente preconizado pela OMS que visa reduzir, ao mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (WHO, 2009).

A partir do exposto, emergiram os seguintes questionamentos: Como é o trabalho cotidiano de equipes do SAMU? Quais potenciais situações de risco podem ser identificadas no trabalho cotidiano no SAMU a partir do relato dos profissionais? Como profissionais do

SAMU compreendem potenciais de risco? Que fatores contribuem para ocorrência de incidentes?

Defende-se a tese de que no cotidiano de trabalho do SAMU, os profissionais se orientam pelo que é determinado legalmente (estratégias), mas, também, desenvolvem táticas próprias, reinventando o contexto da atenção ao usuário.

Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a tomada de decisão de profissionais e coordenadores sobre aspectos importantes para detecção, prevenção e redução de riscos no trabalho cotidiano das equipes do SAMU, a partir da identificação de potenciais riscos na assistência prestada ao usuário pelos diferentes profissionais. O reconhecimento e a identificação do risco possibilitam o planejamento e a organização de ações com vistas à prevenção e/ou redução do incidente, contribuindo para melhoria na qualidade do cuidado e segurança do paciente, além de possibilitar produção científica sobre o tema.

O estudo está estruturado pela introdução que contempla o contexto do objeto de estudo, problematização, justificativa da pesquisa e tese a ser defendida e os objetivos. Em seguida, apresentam-se os temas que dão suporte ao objeto de estudo, a saber: serviço pré-hospitalar no mundo, SAMU no Brasil, segurança do paciente e situação com potencial de risco ao usuário.

No referencial teórico, é apresentado o cotidiano de Michel de Certeau, sendo tratadas as noções centrais desenvolvidas pelo autor, como *estratégias, táticas, lugar, espaço, mapas e percursos*. Os conceitos abordados por Certeau sustentam a análise e discussão dos resultados produzidos. A trajetória metodológica descreve caracterização, o cenário e os participantes do estudo, bem como a coleta e análise dos dados e as considerações éticas. Em sequência, apresentam-se os resultados e a discussão, mostrando o trabalho cotidiano dos profissionais do SAMU, organizado em quatro categorias: organização da rotina de trabalho dos profissionais do SAMU; situações adversas na assistência ao usuário; potenciais de risco no trabalho cotidiano do SAMU e mudanças no trabalho cotidiano de equipes do SAMU diante da Covid-19. Por fim, são realizadas as considerações finais, sintetizando os principais achados do estudo, apontando limitações e contribuições para pesquisas futuras sobre a temática.

1.1 Objetivos

Os objetivos que orientam esta tese são: primeiro, analisar situações com potencial de risco para os usuários e profissionais no trabalho cotidiano do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência; e, posteriormente, compreender o trabalho cotidiano dos profissionais do SAMU, evidenciando situações de risco que contribuem para os incidentes com os usuários.

2 UM DESENHO NO ESTADO DA ARTE SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A presente revisão de literatura visa realizar uma retrospectiva histórica do serviço pré-hospitalar em nível mundial, notadamente no Brasil.

2.1 Breve histórico do serviço pré-hospitalar no Brasil e em outros países

A missão de salvar vidas, de forma precoce, teve sua origem na Europa, durante o século XVIII, com o Barão Dominique-Jean Larrey, cirurgião-chefe do exército de Napoleão, e o Barão Pierre-François Percy, cirurgião e inspetor geral do serviço de saúde dos exércitos imperiais, ao introduzirem a noção de uma rede de serviços de urgência por meio de ambulâncias médicas “voadoras” que atendiam soldados feridos ainda no campo de batalha e os encaminhavam para os “hospitais de campanha” (ROESSLER; ZUZAN, 2006; ALIOUANE; 2005).

O atendimento precoce e rápido prevenia complicações e aumentava a sobrevivência dos soldados, gerando efeitos positivos com consequente diminuição da mortalidade. Tais princípios instituídos, naquela época, são utilizados até os dias de hoje pelo Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel de urgência (FERRARI, 2006). Ressalta-se que, antes dessa iniciativa, os feridos tinham que esperar até o fim dos combates para receberem os primeiros socorros.

No século XIX, os combatentes eram instruídos a prestarem atendimento de primeiros socorros às vítimas ainda no campo de batalha. Nesse período, foi criada a Cruz Vermelha Internacional (1863), cujo objetivo era garantir a proteção e assistir a saúde dos militares (AZEVEDO, 2002).

Na Primeira Guerra Mundial, o serviço de APHM foi se aperfeiçoando em decorrência da necessidade de se removerem rapidamente os feridos para os “hospitais de campanha”. Todavia, foi na Segunda Guerra Mundial e, posteriormente, nas guerras do Vietnã e Coreia que o APHM teve sua prática emergencial sistematizada. Os feridos passaram a ser transportados por helicópteros, garantindo rapidez na remoção e qualidade do atendimento médico. A assistência era prestada no local do acidente e mantida durante o deslocamento da

vítima em helicópteros que funcionavam como Unidades de Terapias de Urgência móveis (ALBINO; RIGGENBACH, 2004; MEIRA, 2007).

Assim, em virtude da experiência exitosa no atendimento precoce às vítimas da guerra e conseqüente sobrevivência dos soldados, começaram a surgir, nos Estados Unidos e França, sistemas organizados de APHM às vítimas de trânsito, transmudando princípios dos atendimentos originados nos campos de batalha para os centros urbanos de forma aperfeiçoada (LOPES; FERNANDES, 1999; ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

O marco do modelo de APHM, nos Estados Unidos (EUA), designado Serviço de Emergência Médica (EMS), teve seu desfecho na Guerra do Vietnã que, por impossibilidade de profissionais médicos estarem em todas as frentes de combate, os técnicos realizavam a assistência necessária, garantindo a sobrevivência das vítimas (ROCHA *et al.*, 2003). A partir de então, nos EUA, os atendimentos são prestados por técnicos especializados em emergência médica, por meio do suporte básico de vida e avançado de vida, polícia, bombeiro e ambulância, os médicos só são deslocados em ambulâncias em desastre de massa (CUNHA; SANTOS, 2003).

Em 1940, o primeiro órgão a prestar cuidados médicos durante o transporte de pacientes nos EUA foi o corpo de bombeiros. Em 1960, foi realizado pela Academia Nacional de Ciências o treinamento do pessoal de ambulância com normas direcionadas para intervenção ao paciente no local, bem como durante o transporte e transferência. Em 1962, nos EUA, foi criado o primeiro curso para a formação de técnicos em Emergências Médicas (EMT) surgindo, assim, os primeiros profissionais paramédicos norte-americanos e o primeiro serviço de APH (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

O APHM, nos EUA, é organizado em Unidade de Suporte Básico de vida, composto por EMT e Unidades de Suporte Avançado de vida constituídas por paramédicos. Em ambos, os profissionais são responsáveis pela intervenção na cena, conforme protocolos médicos estabelecidos, realizam procedimentos invasivos limitados, como intubação traqueal, desfibrilação e descompressão torácica com agulha, seguidos pelo transporte rápido para um hospital classificado como referência para aquela ocorrência. Ao chegar ao hospital, a responsabilidade é transferida para os médicos emergencialistas. Os paramédicos apresentam seus casos a diretores médicos para auditoria e avaliação das condutas realizadas (POZNER *et al.*, 2004; BLACK; DAVIES, 2005).

O modelo de APHM americano apresenta, como característica, diminuir as estatísticas de morte, decorrente de emergências, chegando até à vítima no menor tempo possível, com

manobras de estabilização e transporte rápido para o hospital de referência. Para que o socorro chegue precocemente à vítima, realizam-se chamadas ao número nacional 911 e, posteriormente, são encaminhados para o atendimento, profissionais técnicos em emergências médicas e paramédicos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Na França, o modelo de APHM teve início em 1955, quando foram criadas as primeiras equipes móveis de reanimação com objetivo inicial de prestar atendimento médico aos pacientes, vítimas de acidentes de trânsito, e a manutenção da vida dos pacientes transferidos de forma inter-hospitalar. As orientações são prestadas pelo médico regulador por meio de uma central de regulação que orienta e encaminha o veículo adequado ao atendimento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O serviço de assistência médica de emergência (SAMU) francês teve início na década de 1960, após observação da equipe médica, responsável pelos atendimentos às urgências, identificar que, se a assistência médica fosse prestada ainda no local, aumentariam as chances de sobrevivência e a minimização de sequelas dos pacientes. Essa assistência médica incluía desde cuidados básicos até cuidados avançados com o propósito de reestabelecer a ventilação, respiração e circulação adequada (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; RAMOS; SANA, 2005).

O ano de 1965 é marcado por dois decretos: o primeiro instituiu, nos hospitais, a obrigatoriedade de terem unidades móveis hospitalares (UHM), e o segundo criou os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), constituídos como uma extensão da estrutura hospitalar, composto por um médico de emergência, uma enfermeira e um motorista de ambulância (OGEL; DUQUESNE, 1995).

Em 1968, foi criado o SAMU, um centro médico-regulador de saúde para emergências, em uma região de saúde, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, por meio de uma Central de Regulação (CR); hoje é constituído também por Centro de Educação em Pronto Atendimento (CESU), responsável pela capacitação inicial e continuada do pessoal de emergência (LOPES; FERNANDES, 1999).

O SAMU é um serviço que recebe ligações para atendimentos de emergências clínicas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas em diferentes locais (na rua, em casa, no local de trabalho). Ao receber a ligação, o assistente de regulação médica registra a solicitação e a encaminha ao médico regulador do SAMU que realiza uma triagem para definir a gravidade da situação e determinar o recurso móvel mais adequado. As intervenções terapêuticas são realizadas ainda no local pela equipe que tem, em sua composição, o profissional médico. Tão

logo as intervenções sejam realizadas, o paciente é transportado para o local de tratamento definitivo (HARGREAVES, 1995; SCARPELINI, 2007).

O arcabouço do sistema de emergência francês inclui o SAMU- CENTER 15, SMUR e os serviços de emergência ou estruturas de emergência, todos esses serviços são disponibilizados à população de forma pública. A estrutura do SAMU francês contribuiu para o desenvolvimento de sistemas semelhantes em outros países, como no Brasil (BRAUN, 2015).

No Brasil, o APHM surge por volta de 1883, na cidade do Rio de Janeiro, a partir de uma lei promulgada pelo Senado da República, estabelecendo o socorro médico de urgência em locais públicos e a importação imediata de ambulâncias da Europa (RAMOS; SANA, 2005).

O Rio de Janeiro foi pioneiro nos atendimentos de emergência por iniciativa de organizações públicas e privadas, porém, as leis para o atendimento de emergência no Brasil e a liberação de verbas para demandas com as ambulâncias só foram aprovadas e repassadas em 1904. No entanto, os atendimentos permaneceram restritos, uma vez que as ambulâncias dispunham de apenas um condutor que se limitava a conduzir os pacientes para o hospital mais próximo (GUERRA *et al.*, 2001).

No sentido de viabilizar os atendimentos de urgência com auxílio de ambulâncias, instalou-se em São Paulo, em 1950, sob o Decreto Estadual nº. 16.629, o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência - órgão da então Secretaria Municipal de Higiene – ficando a cargo do município, os atendimentos de urgência na cidade (MARTINS; PRADO, 2003).

Visando melhorar a qualidade e agilidade dos atendimentos de urgência no Brasil, surge, em 1989, por meio da Resolução nº. 042 de 22/05/89, o APHM com a implantação do Projeto Resgate sob a coordenação de uma comissão mista denominada Grupo de Programas de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar (GEPRO), e operacionalização do Corpo de Bombeiros e Grupamento de Radiopatrulha Aérea da Polícia Militar do Estado de São Paulo que possibilitou a implantação do Suporte Avançado à Vida (OLIVEIRA, 2016).

Esse projeto teve início na região metropolitana de São Paulo e em 14 municípios do Estado, com 36 unidades de Resgate (UR) tripuladas por 03 (três) bombeiros treinados em primeiros socorros, 02 (duas) Unidades de Suporte Avançado (USA), semelhante a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel, tripuladas por um médico e uma enfermeira e 01(um) helicóptero equipado com respirador, desfibrilador, materiais e medicamentos de

primeiros socorros, tripuladas por dois pilotos, um médico e uma enfermeira. Os atendimentos, realizados por esses profissionais, eram basicamente as emergências traumáticas; o serviço era acionado por meio de ligações para o número 193 da central de bombeiros ou via rádio, através dos carros de patrulha da Polícia Militar (ALMEIDA, 2007; MARQUES, 2013). A ligação era transferida ao médico regulador que montava o recurso mais adequado àquela solicitação.

Diante da necessidade de estruturação do APH, em nível nacional, foi criado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), em parceria com o Ministério da Saúde. Implantado inicialmente em Curitiba, em 1990, por meio da parceria entre Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Segurança Pública, a assistência era prestada pelos Socorristas do Corpo de Bombeiros, enquanto que os médicos permaneciam como reguladores e só eram deslocados para o local da ocorrência caso fosse necessário (MARTINS; PRADO, 2003).

2.2 SAMU no Brasil

O SAMU teve início no Brasil desde a implementação da Política Nacional de Redução da mortalidade por Acidentes e Violência, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS nº. 737 (2001) e por acordo firmado entre Brasil e França, por intermédio de uma solicitação do Ministério da Saúde (LOPES; FERNANDES, 1999; BRASIL, 2001a; MARQUES, 2013). Optou-se pelo modelo francês de atendimento com unidades de suporte avançado com a presença do médico intervencionista, adaptado no Brasil com a inserção de outros profissionais de saúde na equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros médicos) (MARTINS; PRADO, 2003; BAU, 2007).

O SAMU brasileiro é um modelo híbrido, associando características do SAMU francês e americano, com adaptações de acordo com as peculiaridades de cada região do país (RAMOS; SANNA, 2005). Foi adotado, do modelo francês, a composição das unidades de suporte avançado com a presença do médico intervencionista e, do americano, aderiu-se o uso de protocolos de atendimento e a formação dos profissionais (LOPES; FERNANDES, 1999).

Compreende-se, pois, que as primeiras tentativas, no sentido de organizar o serviço de urgência e emergência, foram legitimadas pelo Ministério da Saúde (MS) entre 2002 e 2003. As normas, os critérios de funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços, assim como os temas para a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e

Emergências, Regulação Médica, APH, APH Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte inter-hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU) foram estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2.048/02 (BRASIL, 2002).

Em 2003, a PNAU, fundamentada na Portaria GM/MS Nº 1.863, definiu o estabelecimento de um componente pré-hospitalar de atendimento às urgências e a criação do componente pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em 2011, tal política foi reformulada, por meio da Portaria MS/GM Nº. 1.600, criando a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS propondo a conformação de sistemas de atenção às urgências sob a organização de redes loco regionais. A rede de urgência e emergência (RUE) deve estar articulada aos diversos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nos três componentes definidos pela PNAU: pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar (BRASIL, 2003a; 2011) e representa o principal componente da RUE, ademais desempenha importante papel na Saúde pública ao tratar eventos relacionados às causas externas e doenças cardiovasculares (TIBÃES, 2017). Ainda no ano de 2003, foi lançada a Portaria nº 1864/GM/MS que instituiu, para todo o território nacional, o serviço pré-hospitalar móvel da PNAU, com as centrais de regulação Médica acessadas pelo número 192 (BRASIL, 2003a).

Mediante Decreto presidencial nº 5.055/2004, o SAMU foi oficializado como política prioritária de Estado pelo Ministério da Saúde, ganhando expansão ao ser instituído em municípios e regiões do território nacional (BRASIL, 2004).

A Portaria MS nº 1.010, de maio de 2012, redefine as diretrizes para a implantação do SAMU-192 e sua Central de Regulação das Urgências, além de definir valores de incentivos financeiros para custeio e manutenção das Centrais de Regulação (BRASIL, 2012). No ano seguinte, houve a revogação da Portaria nº. 1.010 pela Portaria MS/GM nº.1.473 de 18 de julho de 2013 que rege atualmente o SAMU (BRASIL, 2013d).

O SAMU, com sua respectiva Central de Regulação (CR), é considerado um importante “observatório” do sistema de saúde, pois atende, no cotidiano, as demandas de saúde da população em casos de urgência/emergência. A CR atua de forma única, regionalizada e descentralizada, além de possibilitar atendimento rápido e adequado com encaminhamento do paciente para instituições de saúde de acordo com a gravidade do quadro do usuário (BRASIL, 2006; 2012).

O SAMU atua como uma extensão dos serviços hospitalares através do envio imediato das equipes de SBV ou SAV para o local da ocorrência, deslocando com agilidade, segurança

e no menor tempo possível para o atendimento e posterior encaminhamento às unidades de saúde. Dependendo do tipo de ocorrência, é acionada a polícia militar pelo médico regulador para isolamento da área, organização do trânsito, segurança da equipe e o corpo de bombeiros para resgate de vítimas (BRASIL, 2016).

Em meados de 2020, o SAMU alcançou uma cobertura populacional de 85%, em todo o território nacional, totalizando 177 milhões de habitantes, estando presente em 3.703 municípios do país. Possui, atualmente, 191 centrais de regulação, distribuídas nacionalmente, que estruturam o atendimento realizado por equipes multiprofissionais com o apoio de 3.438 unidades móveis habilitadas, destas, 2.806 são Unidades de Suporte Básico – USB (tripuladas por condutor socorrista e técnico de Enfermagem) e 629 de Unidades de Suporte Avançado - USA (tripuladas por condutor socorrista, enfermeiro e médico); 261 motolâncias; 12 equipes de embarcação e 15 equipes aeromédicas distribuídas em todos os Estados (BRASIL, 2019).

O SAMU desempenha papel crucial no cuidado à saúde da população por possibilitar atendimento precoce e rápido às vítimas de agravos à saúde diversos e ordenar o fluxo assistencial (BRASIL, 2011; 2013a). Apesar da importância atribuída ao APH móvel, a área de urgência e emergência no Brasil ainda se encontra deficiente e problemática, haja vista as dificuldades de implantação das diretrizes organizativas do SUS nesse campo (SILVA; NOGUEIRA, 2012). Além disso, houve ampliação dos atendimentos pelo APH móvel, levando em conta o fato de ser conhecido por toda a população.

2.3 Segurança do paciente

O tema segurança do paciente data de tempos remotos, 460-377 a.C. *Hipócrates*, o pai da medicina, disse em seu juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” (BRASIL, 2014).

Assim, ao caminhar pela história, no século XIX, Ignaz Semmelweis, médico obstetra, considerado o precursor da antisepsia, descobriu que a incidência de “febre puerperal” poderia ser reduzida nas enfermarias obstétricas com a introdução de higienização de mãos. Essa ação, relacionada à melhoria da higienização das mãos, tornou-se, em 2004, o primeiro desafio global para a segurança do paciente (OLIVEIRA; FERNADEZ, 2007). Por volta de 1865, a enfermeira inglesa, Florence Nightingale, contribuiu para a redução da mortalidade dos soldados internados através de melhorias na higiene e nas condições sanitárias dos hospitais, com expressiva queda nas taxas de infecção hospitalar e, conseqüentemente, a

sobrevida dos soldados por meio da assistência prestada nos atendimentos mediante cuidados com a higiene e limpeza do ambiente (NEUHAUSER, 2003). A notoriedade de Hipócrates, Ignaz e Florence deve-se, em parte, à implementação de algumas ações reconhecidas como as primeiras iniciativas visando à segurança do paciente.

Outra produção científica, na área da segurança do paciente, considerado o primeiro estudo para avaliar a incidência de EA em hospitais, utilizou, como método, a revisão retrospectiva de 21 mil prontuários, em 1974, na Califórnia (MILLS, 1978). Entretanto, foi o *The Harvard Medical Practice Study*, conduzido em hospitais do estado de Nova York, que tornou conhecida a magnitude do problema de segurança do paciente. Tal estudo serviu de base para pesquisas em diferentes países, como Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Holanda e Suécia, identificando que falhas decorrentes da assistência aos pacientes internados incidiam em EA, que são incidentes que lhes causam dano (WILSON, *et al.*, 1995; BRENNAN *et al.*, 1991; KOHN *et al.*, 2000; WOLOSZYNOWYCH, 2001; BAKER *et al.*, 2004; VINCENT; NEALE; ZEGERS, 2009; SOOP *et al.*, 2009).

O tema segurança do paciente, em épocas específicas, apresenta formas particulares, apesar de a temática existir, documentalmente, desde a Antiguidade. O grande marco para segurança do paciente ocorreu em 1999 por meio da publicação do relatório “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*); o que causou grande impacto na área de saúde tanto no quantitativo de sequelas e óbitos por EA, quanto pelos custos gerados por tais eventos nos Estados Unidos (KOHN *et al.*, 2000). De acordo com a WHO (2009), conceitua-se segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável.

Em 2001, a ANVISA criou o projeto “Hospitais Sentinela”, cujo objetivo era ampliar a vigilância de produtos utilizados na assistência à saúde (BRASIL, 2001b). Em 2002, a iniciativa passou a ser chamada de Rede Sentinela com a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico-hospitalares (BRASIL, 2011).

No sentido de rever e evoluir na qualidade da assistência prestada ao paciente, em 2004, foi lançada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, pela Organização Mundial de Saúde (WHO), tendo como elemento central a formulação de Desafios Globais e o estabelecimento de metas para prevenção de danos. As iniciativas desenvolvidas pelo governo brasileiro para melhorar a segurança do paciente, nos serviços de saúde, estão em

conformidade com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a partir de ações desenvolvidas pela ANVISA, baseadas nos objetivos internacionais (WHO, 2009).

Neste sentido, a Aliança Mundial lançou, em 2005 e 2008, os dois primeiros desafios com os temas: “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, (DONALDSON; FLETCHER, 2006; WHO, 2005); e “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (WHO, 2006; WHO, 2008). Em 2017, devido ao elevado risco de danos associados ao uso de medicamentos, foi lançado o terceiro desafio com o tema: “Medicação” sem danos (WHO, 2017). O Brasil aderiu aos desafios globais, “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” e “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” em 2007 e 2010, respectivamente, e o terceiro desafio “Medicação sem danos” vem sendo desenvolvido junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em 2009, a OMS implementou seis metas internacionais de segurança: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente (BRASIL, 2013).

A preocupação com a segurança do paciente sempre esteve presente nas legislações sanitárias e serviços transfusionais. Entretanto, a referência do tema no Brasil foi o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria GM 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a), posteriormente, revogada pela Portaria Consolidação nº 5/2017. O PNSP tem como objetivo implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas e iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013b).

A implantação do PNSP possibilitou a efetivação de ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. O Programa propõe seis metas internacionais, citadas anteriormente. Essas metas norteiam o fazer dos profissionais por meio de protocolos (BRASIL, 2013b; INOUE; MATSUDA, 2013).

Em 25 de julho de 2013, a ANVISA publicou a RDC nº 36, instituindo ações de promoção para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, por meio da obrigatoriedade da instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde (BRASIL, 2013c). Destaca-se que o NSP desempenha papel fundamental na segurança do paciente, pois consta como atribuição do Núcleo a notificação de EA,

relacionado à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (BRASIL 2015).

No entanto, essa notificação só pode ser realizada após cadastro prévio da instituição, sendo obrigatório para todos os serviços de saúde. Segundo o boletim informativo da ANVISA, em 2017, Minas Gerais possuía 523 NSP cadastrados no Estado (BRASIL, 2017). Em relação ao número de incidentes, foram notificados 30.636 incidentes, com 351 *Near Miss* e 217 óbitos relacionados à assistência à saúde no Estado correspondente ao período de setembro de 2019 a agosto de 2020 (BRASIL, 2020).

Cabe salientar que o sistema de notificações de incidentes é uma importante estratégia para identificação de problemas relacionados aos EAs ocorridos nas instituições de saúde e, portanto, uma ferramenta essencial para estabelecer estratégias e ações com vistas à minimização dos riscos. Ao reduzir e/ou minimizar os riscos, conseqüentemente, evitam-se incidentes com e sem danos aos pacientes em serviços de saúde. Contudo, precisa ser uma luta conjunta de profissionais e gestores dos estabelecimentos de saúde, a partir de medidas efetivas como implementação de protocolos, barreiras de segurança, capacitações e orientações sobre incidentes, notificações e outros assuntos pertinentes à segurança do paciente (BRASIL, 2015).

2.4 Situação com potencial de risco ao paciente

Ao longo da história, a segurança do paciente sempre foi um desafio para os sistemas de saúde no sentido de reduzirem os erros e mitigarem seus efeitos. Os erros e falhas, na assistência em saúde, originam lesões incapacitantes ou morte de dezenas de milhões de pacientes todos os anos ao redor do mundo. Nos países desenvolvidos, um a cada dez pacientes sofre um EA ao receber cuidados de saúde em ambientes hospitalares (WHO, 2009). Nos países em desenvolvimento, ainda há escassez de pesquisas acerca do quantitativo de incidentes e EA nas instituições de saúde.

O termo “circunstância de risco” foi descrito, pela primeira vez, em 2009, a partir do relatório técnico de classificação internacional para segurança do paciente, realizado pela WHO e Aliança Mundial de Segurança do Paciente. A circunstância de risco é classificada como um dos quatro grupos de incidentes (WHO, 2009).

Normalmente, as publicações sobre segurança do paciente avaliam os incidentes que culminaram em EA, e poucos são os estudos que discutem circunstância de risco como estratégia para redução de riscos ao paciente.

Estudo realizado por Maia *et al.* (2018) identificou 63.933 EAs no Brasil, no período de junho de 2014 a junho de 2016, e, destes, 96,9% foram notificados por hospitais, e 0,6% resultou em óbito. Entende-se que a maior parte dos EAs, senão todos, podem ser evitados e/ou reduzidos.

Os EAs podem ser procedentes de circunstância de risco que foram advindas de fatores contextuais e processos organizacionais do próprio sistema de trabalho que permanecem, muitas vezes, ocultos por longo tempo até a combinação de inúmeras situações de risco desencadear o incidente. Se os riscos forem identificados, suas causas analisadas e medidas preventivas instituídas, muitos incidentes podem ser evitados e muitas vidas salvas, além de transformarem as instituições de saúde em lugares mais seguros. Em outros termos, a identificação de circunstância de risco, por parte da equipe, é essencial, pois torna-se pré-requisito para a elaboração de estratégias e ações capazes de evitar a ocorrência de danos ao paciente (NOVARETTI *et al.*, 2014; SAGAWA *et al.*, 2019).

Estudo, conduzido em vinte e sete (27) países na Europa, Ásia, África, América do Norte e do Sul e Austrália / Nova Zelândia, constatou que a frequência de EA, identificado em pacientes internados, variou entre 2,9% e 21,9%. Destes, 7,3% foram fatais. Os tipos de EA, mais comumente detectados nos estudos, estavam relacionados a procedimentos cirúrgicos medicamentos e infecções. Outro dado importante, avaliado pela pesquisa, foi que 51,2% dos EAs foram considerados evitáveis (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018).

Um outro estudo, agora apenas no Brasil, realizado no setor da clínica médica de um hospital de ensino de Goiás, analisou 17 livros em que eram feitos os registros da equipe de enfermagem. Desta análise, concluiu-se que, 2.718 incidentes eram do tipo circunstância de risco, dos quais 1.100 (40,5%) estavam relacionados a Recursos/Gestão Organizacional, 844 (31,1%) a Dispositivos/Equipamentos Médicos, 270 (9,9%) à Documentação, 262 (9,6%) à Infraestrutura/Instalações, 109 (4,0%) a Comportamento, 80 (3,0%) a Medicamentos/Fluidos Endovenosos, 28 (1,0%) a Sangue/ Hemoderivados, 17 (0,6%) à Dieta/Alimentação (SAGAWA *et al.*, 2019).

O percentual referente à circunstância de risco do estudo anterior mostrou-se elevado quando comparado ao estudo realizado na clínica cirúrgica de um hospital universitário em

Goiás, pois identificou 1.291 Circunstâncias de risco Notificável em 635 (84,7%) internações (PARANAGUÁ, 2012).

Os resultados, encontrados no estudo, mostram que, se houvesse uma cultura de gestão de risco, essas potenciais situações para ocorrência de dano poderiam ser identificadas, discutidas, controladas e redesenhadas por meio de ações e intervenções com vistas à redução e prevenção de incidentes que possam causar EA.

Estudos sobre potenciais de risco de Benneck e Bremer feitos em 2019, na Suécia, com 15 participantes que tripulavam ambulância, identificaram 73 quase-incidentes em quatro áreas, a saber: Gestão de medicamentos; Interações humano-tecnologia; Avaliação e ações assistenciais e de proteção ao paciente (BENNECK; BREMER, 2019). Diante dos resultados, os autores elencaram três prováveis motivos para a ocorrência dos quase acidentes, entre os quais, falta de conhecimento, de experiência e de tempo. Tais fatores manifestam-se, principalmente, em situações estressantes e complexas. Os quase acidentes em potencial podem ser vistos como o primeiro passo para mitigar lesões e danos ao paciente.

Diante do quantitativo de potenciais de risco, relatado nos estudos, fazem-se necessárias melhorias na qualidade dos cuidados de saúde que está ligada à implementação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde e pode estar diretamente relacionada com a redução de EA e de mortalidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico do cotidiano de Michel de Certeau e os conceitos por ele construídos, entre os quais, “cotidiano”, “estratégias”, “táticas”, “espaço”, “lugar”, “mapas” e “percursos” constituem a base teórica desta tese (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2013; CERTEAU, 2014). O referencial teórico foi desenhado de forma a relacionar o objeto de estudo, “Potencial de risco no trabalho cotidiano de equipes do SAMU”, com as maneiras de se fazer assistência no cotidiano desses profissionais, considerando suas realidades.

Buscou-se, neste estudo, a apropriação teórica de Michel de Certeau e os múltiplos caminhos por ele transitados nos diferentes campos do conhecimento, o que não é uma tarefa simples. Certeau transita por várias áreas como História, Filosofia, Teologia, Antropologia, Sociologia, Psicanálise e Semiótica para dar corpo ao tema cotidiano. De acordo com o caráter plural de sua obra, bem como seu perfil, construído devido às transformações culturais, crises institucionais e tensões sociais nos espaços e tempos em que trabalhou, estudou, militou, escreveu, visitou e viveu (FERRAÇO; SOARES; ALVES, 2017). Historiador, jesuíta, militante político, professor-pesquisador, antropólogo, teórico da linguagem, erudito e etnógrafo, qualificações que levam a uma pluralidade de experiências (PEIXOTO; DI GIOVANI, 2018). Por isso, autores que utilizaram o cotidiano de Certeau, em seus estudos, serão, também, utilizados.

Os estudiosos das obras de Certeau definem-no de forma astuciosa como “homem de fronteira” ou “viajante”, aquele que se desloca entre saberes e instituições, sempre no interior e exterior de cada um deles, inventando/criando o melhor percurso de investigação e rompendo com trilhas previamente consolidadas (PEIXOTO; DI GIOVANI, 2018).

Certeau iniciou suas obras como erudito e historiador da religião, no interior da Companhia de Jesus, onde permaneceu, conectado durante sua vida, fiel às escolhas e preocupações primeiras. Apesar da pluralidade dos temas e dos espaços/tempos estudados, o autor desenvolveu seus estudos em torno de domínios como a escrita da história ou a operação historiográfica, a história das crenças, a mística e a espiritualidade, a psicanálise, a cultura em sua multiplicidade e diferenças, as mídias e as tecnologias da informação e práticas culturais cotidianas (PEIXOTO; DI GIOVANI, 2018; FERRAÇO; SOARES; ALVES, 2017).

Neste estudo, serão enfatizadas as práticas cotidianas que reverberam as linguagens, a vida comum não rotineira, invisível, (re)significada e (re)inventada pelo sujeito comum, o homem ordinário.

O cotidiano, para Certeau (2014), é aquilo que nos é dado e nos pressiona dia após dia, mais que um simples cenário rotineiro de trabalho, mas, um cenário constituído por um espaço de produção e reprodução das práticas sociais. Nelas, as ações são transformadas e ressignificadas pelos participantes de acordo com suas necessidades e possibilidades. O cotidiano é operado pela criatividade, invisibilidade, invenção, atribuição de novos e diferentes sentidos ao que está posto como um fazer validado e legitimado (RATES *et al.*, 2019).

Ressalta-se que a questão do cotidiano ganhou destaque nos estudos na década de 1970, em um contexto de necessidade de novas abordagens teóricas para a apreensão e interpretação da realidade social. Neste cenário, o tema do cotidiano emergiu a partir das contribuições teóricas de Henri Lefebvre, Agnes Heller e Michel de Certeau (LEVIGARD; BARBOSA, 2010). Na visão de Michel de Certeau, o cotidiano é articulado com a ação dos sujeitos a partir dos conceitos de estratégia e tática, enquanto para Agnes Heller e Henri Lefebvre, a ênfase é dada na cotidianidade *per se* (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012). Além desses teóricos, ressalta-se Michel Mafesolli, para quem a complexidade do mundo pós-moderno demanda novas reflexões de forma que deem conta da diversidade do homem comum, em sua vivência ordinária. É necessário estar atento à vida banal, rituais, jogos de aparência e sensibilidades coletivas (RIBEIRO; GOMES, 2019). O intuito de todos eles é “buscar significados da vida cotidiana, numa perspectiva que permita a capacidade de sua re/invenção pelos sujeitos sociais, em contextos histórico-sociais específicos” (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012, p. 337).

Cabe destacar que a produção de Certeau apresenta intensa circulação, em muitos idiomas, abordando temáticas variadas, de maneira original, criativa e instigante. Importantes abordagens sobre o cotidiano são descritas nas seguintes obras de Michel de Certeau *L'invention du quotidien 1. Arts de faire* (1974) e *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, com Luce Giard e Pierre Mayol (1980). O livro “A invenção do Cotidiano - artes de fazer” - teve sua primeira edição publicada em 1980 e, no Brasil, em 1994. A obra está organizada em cinco partes: Uma cultura muito ordinária; Teorias da arte de fazer; Práticas de espaço; Usos da Língua; Maneiras de crer. Todas apresentam práticas cotidianas como modos de ação, como operações realizadas pelos sujeitos no processo de interação social (CERTEAU, 2014).

Na obra, “A invenção do Cotidiano”, Certeau (2014) trata das práticas sociais e das táticas de consumo capazes de compor uma antidisciplina, na qual os fracos utilizam as

artimanhas silenciosas para resistirem às submissões impostas pelos fortes (FARIA; SILVA, 2017). As práticas cotidianas, em Certeau, são “maneiras de fazer” que se constituem a partir de estratégias e táticas cotidianas (FARIA; SILVA, 2017).

Segundo Certeau (2014), “a estratégia é o cálculo (ou a manipulação) das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um serviço, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado” (CERTEAU, 2014, p. 93). Desse modo, as estratégias postulam um lugar suscetível de ser circunscrito como próprio, e é deste lugar que se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos ou ameaças. As estratégias também delimitam um lugar, constituído como uma configuração de posições e implica estabilidade (CERTEAU, 2014), portanto, são conservadoras, estáticas e representam um lugar de poder e, comumente, tendem a materializar os interesses de quem as formulou, mas o homem comum não é passivo, é capaz de criar artimanhas, táticas e dribles para reinventar o cotidiano. Dentro dos movimentos estratégicos, irrompem os movimentos táticos (VIEIRA, 2012).

A tática, por sua vez, é silenciosa e diz respeito à “ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então, nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia” (CERTEAU, 2014, p. 94). A tática é a arte do fraco, por isso, “opera golpe por golpe” [...], ela tem que utilizar, vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. “Aí vai caçar”. Cria surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia (CERTEAU, 2014). Em outros termos, as táticas são inventivas, dinâmicas, revolucionárias, pois querem incorporar e, em alguns casos, subverter o espaço das estratégias. Como arte do fraco, as táticas recriam os espaços que lhes são negados, (re)apropriando-se deles, constituindo uma lógica inversa de fazer-se nas ações cotidianas no lugar do outro (MENEZES, 2018).

Na visão certeuniana, as táticas são como resistência inventiva e criativa às imposições de força desigual no jogo das relações de poder, instituindo novas formas de agir, usar, vestir, prestar assistência e cozinhar que os indivíduos empregam em suas atividades ordinárias. O autor aborda uma visibilidade em que as práticas cotidianas são associadas ao conjunto de táticas desenvolvidas em diferentes aspectos, sentidos e momentos do fazer diário como resistência inventiva às imposições estratégicas (MENEZES, 2018). O sujeito tático não tem como finalidade enfrentar a estratégia, mas procura, através de atos sutis, artimanhas silenciosas e contornar a submissão às situações impostas e aos códigos estabelecidos. As táticas são ações sinuosas que se desviam por entre os caminhos e brechas que produzem, de

forma “velada”, invisível e sutil, aproveitando ocasiões que se apresentam para driblarem os enquadramentos e as determinações impostas (CERTEAU, 2014).

De acordo com Josgrilberg (2005), a distinção que Certeau (2014) faz entre “táticas” e “estratégias” apresenta um caráter operacional que tem como objetivo compreender as relações de poder. Portanto, não se pode pensar “táticas” e “estratégias” isoladamente. Na realidade, uma pressupõe a outra, ambas interagem e coexistem no cotidiano.

Nesse espaço das táticas, o “homem ordinário” certeuniano destaca-se como um homem comum que consegue, mesmo que momentaneamente, criar artimanhas silenciosas, anônimas e eficientes para fugir a um olhar totalizante, a um posicionamento disciplinar, a lugares fixos e preestabelecidos (RATES *et al.*, 2019). O “homem ordinário” subverte as leis hegemônicas, não as rejeitando ou modificando diretamente, mas criando condições de “escapar” ou de desviar do poder no seio da própria relação de mando e obediência (JUNQUILHO; ALMEIDA; SILVA, 2012). A tática depende do tempo, aproveitando as ocasiões como possibilidades de ganho (CERTEAU 2014).

Outros dois conceitos abordados por Certeau (2014) são “espaço” e “lugar”. Certeau (2014) aponta “lugar” e “espaço” para a compreensão das estratégias e táticas. Não são conceitos antagônicos ou objetos distintos, mas se relacionam no cotidiano. As noções de lugar (espaço próprio, tempo é estável e posições fixas) e espaço (dinâmico, lugar praticado), fazem parte de um mesmo processo de organização espacial (JOSGRILBERG, 2005). O “lugar” é “uma configuração instantânea de posições. Implica uma indicação de estabilidade” (CERTEAU, 2014, p. 184); retém o “próprio”, é permanente, resulta de uma demarcação física, correspondendo às práticas do tipo estratégia (LEITE, 2010), enquanto o “espaço” é a ausência de posições estáveis, ele é também dinâmico, pois permite vislumbrar as diferentes experiências da vida cotidiana, correspondendo às práticas táticas.

Espaço se configura lugar praticado, contrário ao imposto pela ordem. O espaço não é dado a priori, ao contrário, ele é produzido à medida que se caminha, sala de aula, a rua, os serviços de saúde, os quais são transformados em espaços pelas pessoas, profissionais de saúde, pedestres que por ali circulam, atendem, lecionam, dando sentido àqueles cenários (RATES *et al.*, 2019). Portanto, são as ações praticadas pelos sujeitos que definem os espaços; ao passo que os lugares são estáticos, inertes (CERTEAU, 2014). A concepção de “espaço” é indissociável do “lugar”, ou seja, o “espaço é um lugar praticado” (CERTEAU, 2014, p. 184).

Além dos conceitos de “estratégias e “táticas”, “espaço e “lugar”, Certeau (2014) também apresenta os conceitos, “mapas” e “percursos”, por meio do que chama de “análise precisa das descrições de apartamentos em Nova Iorque”, situando o que é lugar e espaço.

O primeiro segue o modelo: “Ao lado da cozinha fica o quarto das meninas”. O segundo: “Você dobra a direita e entra na sala de estar”. Ora, no corpus novaiorquino, somente três por cento dos descritores pertencem ao tipo “mapa”. O resto, portanto, quase a totalidade, pertence ao tipo “percurso”: “Você entra por uma portinha” etc. (CERTEAU, 2014, p. 186).

Os mapas são sempre criados, constituem uma leitura, uma síntese, uma introdução à interpretação realizadas por quem o elabora; retém operações ligadas ao “ver” (é conhecer a ordem do lugar), enquanto o percurso é ligado às operações de “andar” (ou seja, ações espaciais) (ALMEIDA, 2018). De acordo com Langone; Gamba-Junior e Coutinho (2015), os mapas retratam um caminho linear, fixo e apresentam marcos significativos nas trajetórias cotidianas. Por outro lado, o percurso não precisa de descritores de lugares, roteiros fixos, pois segue um trajeto definido por quem o faz.

Contextualizando a discussão dos conceitos certeunianos, no âmbito deste estudo, entende-se que o APH móvel/SAMU abarca um conjunto de procedimentos, condutas técnicas e intervenções voltadas para a vítima de enfermidades ou traumas, no local do acidente, com o objetivo de estabilizar o estado de saúde do usuário e realizar o transporte seguro e rápido ao serviço de referência para a continuidade da assistência (CRIVELARO, 2011). Certeau (2014) incita o pensamento de que o cotidiano dos sujeitos é dinâmico e que as movimentações podem estar em lugares de estratégia definidas em mapas ou realizando táticas em diferentes espaços, construindo percursos pela natureza do trabalho.

Ressalta-se que, no pressuposto certeuniano, o cotidiano é mutável e construído pelas relações estabelecidas nos cenários onde acontece as práticas sociais. Contextualizando tal conceito no âmbito deste estudo, considera-se que os atendimentos, realizados pela equipe do SAMU, são dinâmicos, diversificados, imprevisíveis, tensos, sujeito as intempéries e com poucas rotinas, apesar das estratégias definidas em protocolos. Essa complexidade suscita nos profissionais a necessidade de reinventarem o cotidiano com novas maneiras de fazer, utilizando artimanhas anônimas, criativas, inovadoras e silenciosas, astúcias do fazer que ressignificam a assistência prestada por esses profissionais, utilizando, em determinados momentos, improvisações para assistir o paciente com vistas a salvar a vida e prevenir situações com potencial de risco para incidentes.

O SAMU possui um conjunto de condutas técnicas que são utilizadas por meio de protocolos nacionais de intervenção denominados: Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) (SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009; BRASIL, 2016) e que coexistem com as normas, rotinas, portarias, leis e protocolos de trabalho pré-estabelecidos internacionalmente (ORTIGA, 2014). Esses documentos técnicos representam as estratégias (na perspectiva de Certeau). Neste sentido, muitas vezes, cumprir as regras instituídas, que orientam os atendimentos, é a ocupação de um lugar estático dessas práticas. Assim, com as táticas, o sujeito comum, nesse caso, a equipe do SAMU, cria e recria maneiras de fazer, para driblar o caráter normativo do cotidiano e realçar as relações de poder que refletem na construção social da vida (RATES *et al.*, 2019).

Segundo os conceitos de “mapas” e “percursos”, Certeau acrescenta que, em um trajeto, há o entrecruzamento das duas tipologias “mapa” e “percurso” que cria determinada maneira de efeito comparada ao desvio em uma trajetória. No caso do SAMU de Belo Horizonte, existe um mapa da cidade, um roteiro fixo em que estão dispostos ruas, avenidas, estradas, travessas, bairros, becos que servem de direção para o condutor socorrista, uma rota pré-definida para que ele conduza a ambulância. No entanto, em virtude da dinâmica do serviço prestado pela equipe do SAMU, do tempo-resposta, ou seja, a “Hora de Ouro” e a gravidade do paciente, exigem-se do condutor-socorrista rapidez, astúcia, inteligência, segurança e manobras técnicas durante o trajeto que vai além do estabelecido no mapa. Os engarrafamentos e os horários de pico fazem com que o condutor defina outras rotas e desvios para chegar ao hospital/UPA com mais rapidez.

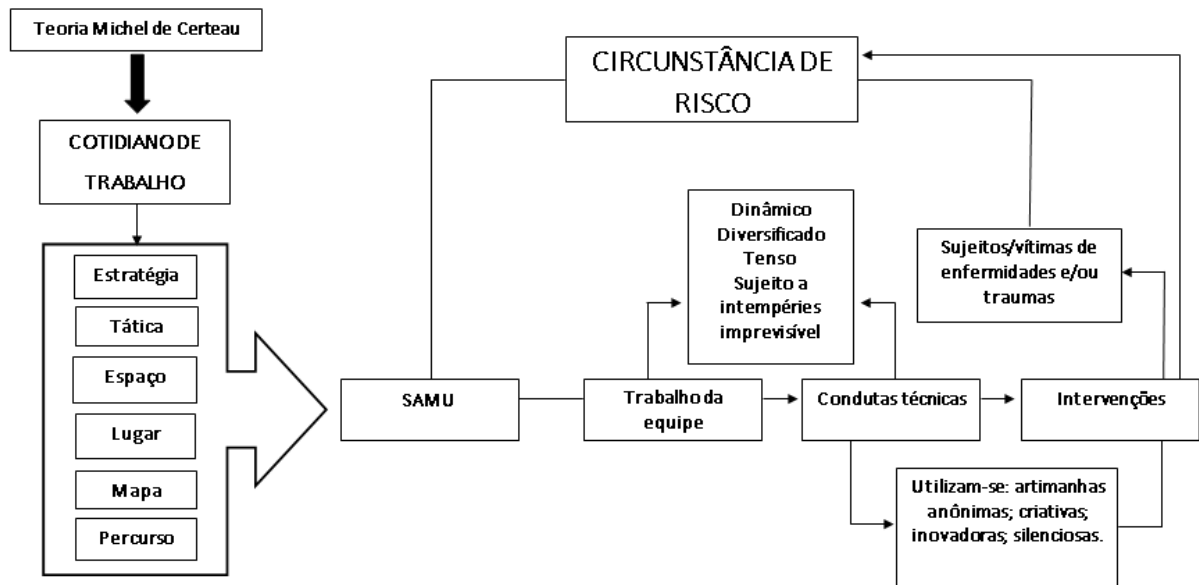
No âmbito internacional, os estudos de Certeau, com ênfase no cotidiano e nos conceitos de estratégia e tática, são referenciados por diversos autores nas áreas de economia (THIRLWAY, 2016), urbanismo (ELRAHMAN, 2016), religião (BENAVIDES, 2016), psicologia (STEPHENSON, 2017) e saúde (GONZALEZ-SANZ, NOREÑA-PEÑA, AMEZCUA, 2017).

No Brasil, Michel de Certeau, continua sendo lido, traduzido e comentado, figurando nas referências de teses, dissertações, artigos, reflexões e revisões, o que demonstra como as formulações do autor repercutem em pesquisas atuais. Tal referencial também vem sendo enfatizado em diferentes áreas, como história (CEZAR, 2018), antropologia (PEIXOTO; DI GIOVANI, 2018), administração (FARIA; SILVA, 2017), educação (DURAN, 2007; SOUZA; SILVA 2020), psicologia (BATISTA, 2019) e saúde (ARAÚJO, 2013; SANTOS, 2015; SCHMIDT, 2013; RATES *et al.*, 2018; 2019; SILVA *et al.*, 2017b; MELO, 2019;

MAIA *et al.*, 2019; SILVA, 2018a; SILVA *et al.*, 2020a). Contudo, ainda é pouco explorado em estudos que salientam potenciais de risco no trabalho cotidiano de equipes do SAMU no Brasil, na perspectiva de Michel de Certeau e, portanto, pouco se conhece sobre medidas utilizadas para identificação e prevenção desse potencial significativo de danos, com vistas à segurança do paciente.

A Figura 1 sintetiza o percurso teórico realizado neste estudo.

Figura 1 – Quadro Teórico Conceitual



Fonte: Elaborado pela autora, baseando-se nas articulações do Referencial Teórico.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é de caráter qualitativo, utilizando o referencial teórico do cotidiano de Michel de Certeau. Conforme Minayo (2014), a opção metodológica escolhida deve ter coerência com o objeto de estudo e com as concepções do pesquisador. Portanto, adotou-se a abordagem qualitativa descritiva para investigar questões práticas que se aproximem dos significados, valores e atitudes como parte da realidade social em que as ações de cada indivíduo são reflexos de contexto vivido e de experiências compartilhadas.

A abordagem qualitativa permite o entendimento do significado de determinado fenômeno e sua importância individual e coletiva no cotidiano das pessoas (TURATO, 2011). Esta abordagem busca interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos apreendidos pelos indivíduos em seus ambientes naturais.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador, se interessa principalmente em estudar determinado fenômeno e verificar como este se comporta nas atividades, nos procedimentos e no convívio cotidiano, buscando sempre compreender em vez de explicar (LUDKE; ANDRÉ 2013).

Como assegurado por Laperrière (2014), a pesquisa qualitativa ratifica a importância da subjetividade na análise dos fenômenos sociais e a investigação destes fenômenos no ambiente natural onde estão inseridos, bem como estabelece uma contínua interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados sem negar a subjetividade entre eles.

Esta abordagem é coerente com o referencial teórico escolhido para este estudo, uma vez que, no cotidiano, os conceitos de estratégias, táticas, lugar, espaço, mapas e percursos, estudados por Certeau, remetem a um cotidiano não rotineiro, imprevisível e dinâmico vivenciado pelas equipes do SAMU em seu contexto de trabalho.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no SAMU de Belo Horizonte/MG, sexta capital mais populosa do Brasil. O município tinha uma população estimada, em 2020, de 2.521.564 habitantes (IBGE, 2019), está dividido em nove distritos sanitários (Barreiro, Oeste, Leste, Centro Sul, Noroeste, Norte, Nordeste, Pampulha e Venda Nova), atendidos pelo SAMU, mediante o

envio de veículos tripulados por equipe capacitada após acionamento da CR (MINAS GERAIS, 2020).

A implantação e organização do SAMU em BH ocorreram de forma atípica, pois a cidade já contava com um serviço de APH de emergência, denominado Resgate, de responsabilidade do corpo de bombeiros, desde 1994, mediante convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Corpo de Bombeiros. Os atendimentos prestados pela equipe do Resgate eram basicamente direcionados ao trauma (ALVES; SILVA; NEIVA, 2010).

Com vistas a atender as determinações exigidas pela PNAU, foi inaugurado, em novembro 2003, pela SMS de Belo Horizonte, o SAMU, um serviço de APH, com acesso telefônico gratuito e disponível para toda a população pelo número 192. No início, o serviço contava com uma USA e duas USB, além das unidades de resgate do corpo de Bombeiros (VELLOSO, 2011).

O serviço de APH contava com seis USAs tripuladas por médico, enfermeiro e condutor socorrista, 21 USBs tripuladas por dois técnicos de enfermagem e um condutor socorrista, uma composição diferente de outras regiões (BELO HORIZONTE 2018a). Com a pandemia do Covid-19, o número de ambulâncias passou para 50 em operação em 2020. O serviço dispõe ainda de Suporte Avançado Aéreo de Vida (SAAV) que presta atendimento à população do Estado, desde 2006, através do Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do Corpo de Bombeiros de Minas Gerais em parceria com o SAMU-BH; possui uma frota de cinco helicópteros e um avião, sendo a tripulação da aeronave composta por dois pilotos, um tripulante operacional do corpo de bombeiros, um médico e um enfermeiro, ambos do SAMU (BELO HORIZONTE, 2018a).

O SAMU, além de prestar atendimentos em casos de urgência, sua competência é a de realização do transporte inter-hospitalar, que consiste no transporte de usuários em iminente risco de vida e que necessitam de deslocamento entre unidades não hospitalares ou hospitalares. A solicitação do serviço é encaminhada por profissionais da rede municipal de saúde, através de ramais telefônicos internos a uma CR própria que funciona no mesmo endereço da CR do SAMU (ALVES; SILVA; NEIVA, 2010; BELO HORIZONTE, 2019).

Há que se considerar o SAMU como um espaço inventivo, complexo, imprevisível, inesperado, com características distintas, cujo atendimento prestado, nos diferentes espaços, deve ser realizado com agilidade, qualidade e eficácia, devido ao risco de morte a que estão expostos os pacientes. Desse modo, é possível pensar o SAMU como um lugar próprio, no qual existe a Central de Regulação (CR) e as bases descentralizadas com suas ambulâncias.

No entanto, quando a equipe é acionada para a realização do atendimento em vias públicas, rodovias, morros, domicílios e parques, estes são também “lugares próprios”, na visão certauniana, esses lugares se tornam espaços e exigem percursos a partir das intervenções realizadas pela equipe naquele momento. É a assistência prestada pelos profissionais, nesses locais, que os define como espaço. Estes, praticados pela equipe em seu cotidiano, são o *locus* onde são (re)criadas e (re)inventadas as “maneiras de fazer”, durante os atendimentos, como forma de dar resposta às demandas urgentes e inesperadas que constituem o serviço.

O serviço é organizado conforme o que é preconizado pela Portaria Nº 1.473/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d). Atualmente o SAMU-BH funciona em uma sede administrativa própria, situada na região noroeste da cidade que dispõe de uma base para ambulâncias, almoxarifado, setores administrativos de recursos humanos e a CR (ARAÚJO; VELLOSO; ALVES, 2017), bem como é o responsável pela regulação do serviço dos seguintes municípios de sua área de abrangência: Caeté, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Mariana e Ouro Preto (BELO HORIZONTE, 2018a). No ano de 2019, o SAMU atendeu 571.238 chamadas telefônicas/mês e realizou 120.193 atendimentos com deslocamento das ambulâncias (BELO HORIZONTE, 2018a).

A escolha do cenário foi intencional em virtude de ser uma das capitais pioneiras na implantação do sistema de APH Móvel no Brasil, tornando essa inserção um marco definidor da política nacional de atendimento às urgências. Foi considerado pela revista VEJA BH como o 2º melhor do Brasil no ano de 2008.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais do SAMU de BH, compreendendo médicos reguladores e assistenciais, enfermeiros, condutores socorrista e técnicos de enfermagem. A escolha dos profissionais foi intencional.

Como critérios de inclusão dos participantes, considerou-se: pertencer às equipes do SAMU; estar exercendo a função em seu local de lotação por um período superior a 6 meses, por considerar ser um tempo suficiente de experiência nos atendimentos. Foram excluídos os que estavam afastados de suas atividades durante o período de coleta de dados.

Diante da dificuldade em selecionar os participantes da amostra que se encontram distribuídos por uma grande área, como é o caso das 26 bases do SAMU de Belo Horizonte, optou-se pela técnica amostral denominada *snowball* (bola de neve), por meio da qual é

possível alcançar populações menos acessíveis ao pesquisador e por buscar melhor compreensão sobre o tema (DEWES, 2013), o que se mostrou adequado à realização da pesquisa.

A técnica *snowball* consiste na escolha dos membros iniciais de uma amostra que indicam outros eventuais participantes e, assim, sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Os primeiros participantes contactados da pesquisa são denominadas “sementes”, e esses mesmos indivíduos indicam outra(s) pessoa(s) de seu contato/conhecimento que atenda(m) aos critérios de inclusão para participar(em) da pesquisa, este(s) é/são designado(s) “filho(s)” das “sementes” (ALBUQUERQUE, 2009). Elegeu-se, como critério de inclusão das sementes, ser atuante na assistência pré-hospitalar móvel com experiência superior a 5 anos e ampla rede de contatos. A amostra final resultou em 32 profissionais, destes, 13 enfermeiros, 04 condutores-socorristas, 09 médicos e 06 técnicos de enfermagem.

A técnica bola de neve teve início com o envio de um convite virtual aos sete participantes escolhidos das diferentes categorias profissionais (Enfermeiros, Técnico de enfermagem, Médico e Conductor-Socorrista), por meio de um aplicativo de conversa, WhatsApp, contendo um resumo sobre a pesquisa.

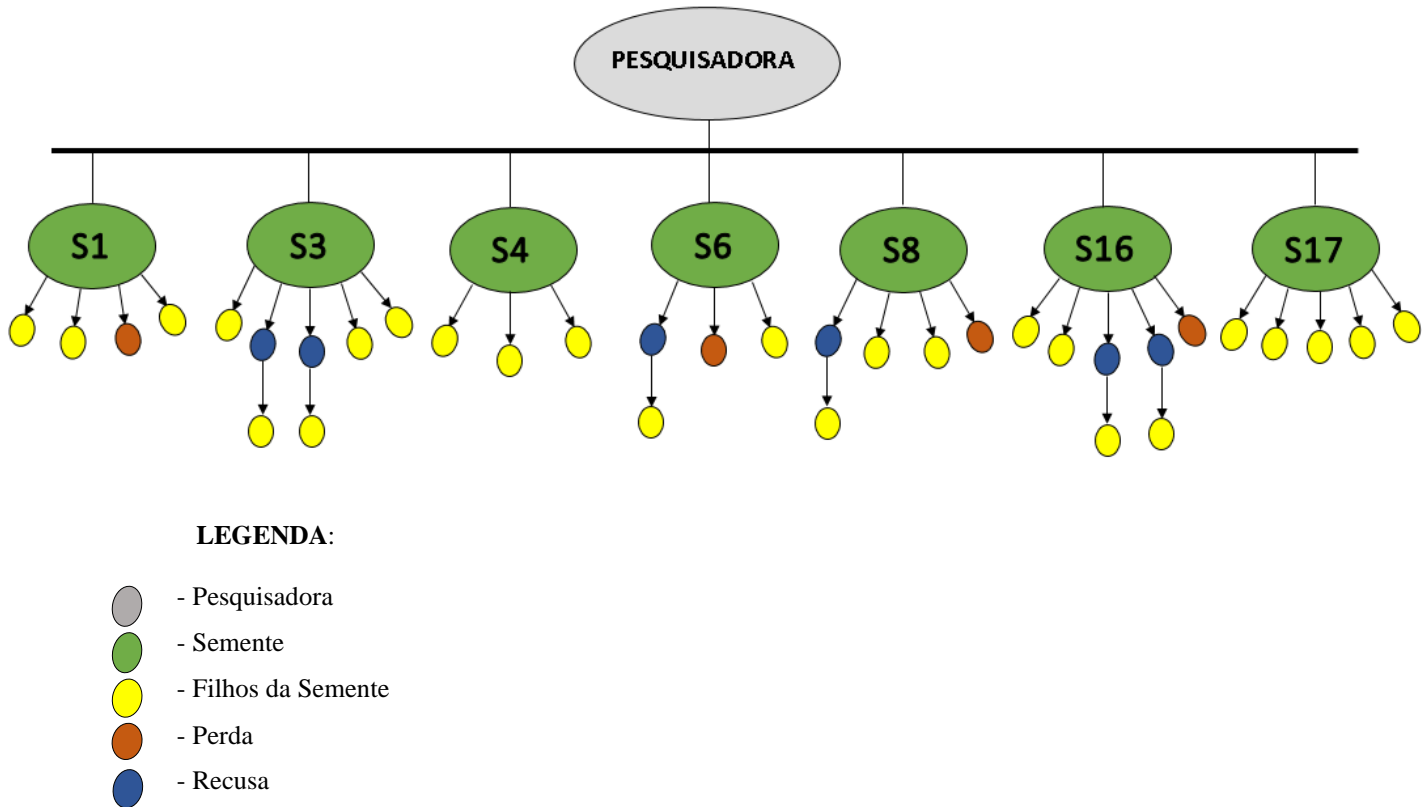
Na seleção das “sementes”, percebeu-se a necessidade de incluir a coordenadora de enfermagem do SAMU e a coordenadora do NEPE, por ambas apresentarem experiências tanto na assistência quanto na gerência do SAMU e ampla rede de contatos. Essa inclusão corrobora com Patton (2002), ao destacar que as indicações, inicialmente, podem divergir, resultando em muitas fontes possíveis recomendadas, mas, em seguida, alguns informantes-chave são mais recomendados. É importante observar que, a cada indicação, novos participantes são incluídos, formando uma rede de contatos com características comuns ao interesse da pesquisa. Nesse sentido, observou-se que, à medida que as indicações aumentavam, as conexões foram sendo formadas e novas informações acrescentadas.

As sete “sementes” foram organizadas de acordo com a ordem de realização das entrevistas pelo pesquisador (Figura 2).

Durante o processo de recrutamento, houve a recusa de 2 condutores, 2 médicos, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem que indicaram outros colegas, mantendo, assim, o rigor da técnica escolhida. Os participantes que recusaram participar declararam pouca familiaridade com a plataforma digital.

Quanto às perdas, obteve-se um total de 4 que foram consideradas após o envio de mensagem no aplicativo de conversa por três tentativas em dias alternados.

Figura 2 - Organização do fluxo dos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no fluxo de participantes.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista *online*, com interação simultânea (áudio e vídeo) por meio da plataforma virtual Google Meet utilizando um roteiro semiestruturado, no período de julho a outubro de 2020. Realizou-se, previamente, um teste piloto com 3 (três) profissionais do SAMU não selecionados para o estudo da tese, com o objetivo de, em condições reais, identificar possíveis fragilidades e lacunas no roteiro, que se mostrou adequado; houve apenas a inclusão de uma pergunta sobre a pandemia de Covid-19.

Para a realização das entrevistas, fez-se contato prévio com o diretor do SAMU, coordenação do NEP e de enfermagem, a fim de apresentar o estudo. As entrevistas ocorreram após aprovações dos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de

Minas Gerais (COEP/UFMG) e Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP/SMSA-BH) e Coordenação Geral do SAMU.

Os participantes iniciais e suas respectivas indicações receberam um texto padrão com informações referentes à pesquisa (tema, objetivo, entrevista) via aplicativo de conversa, WhatsApp. Após o aceite, solicitou-se ao participante que agendasse dia e horário, conforme sua disponibilidade, em seguida, encaminhou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o endereço eletrônico da plataforma virtual a ser acessada no momento da entrevista.

No sentido de organizar os dias e horários das entrevistas, para que não houvesse duplicidade de agendamento, elaborou-se uma planilha no *Microsoft Excel*® 2010. Acredita-se que a aceitação da maioria dos informantes para participar da pesquisa, provavelmente, ocorreu por terem sido indicados por outros profissionais da equipe.

A escolha pelo roteiro semiestruturado, segundo Minayo (2014), permite ao entrevistador liberdade para abordar o tema proposto, sem ficar preso a condições pré-fixadas, estabelecidas no roteiro, visto que os contextos são dinâmicos e não programados.

Para compreensão do objeto de estudo, formulou-se um roteiro semiestruturado, tendo como base a literatura, considerando os potenciais de risco no SAMU. Inicialmente coletaram-se dados referentes à caracterização dos participantes e, na sequência, perguntas embasadas na questão norteadora e objetivos do estudo.

As entrevistas foram gravadas de acordo com os horários pré-agendados, mediante declaração verbal de aceitação do TCLE que previa a gravação. Ao término de cada entrevista, que teve em média 30 minutos de duração, realizou-se a sua transcrição na íntegra a fim de manter a fidedignidade das informações. Ressalta-se que os locais para realização das entrevistas foram escolhidos pelos participantes, no local de trabalho ou em outro ambiente, visto ser uma coleta de dados *online*.

No início dos trabalhos, ocorreram algumas limitações para a marcação das entrevistas. Com seis profissionais, o contato foi de até cinco vezes para um agendamento, pois eles se encontravam ocupados, em virtude de outros vínculos empregatícios, do aumento no número de ocorrências por conta da Covid-19 nos dias de plantões, de viagens e demandas diárias, todavia, após algumas tentativas, as entrevistas foram realizadas.

Outra dificuldade relaciona-se às interrupções das entrevistas por ocasião dos empenhos de saídas para atendimento, quando os participantes estavam de plantão. Nas três

situações em que foram necessárias pausar a entrevista, assim que a ocorrência encerrou, retomamos o contato para concluir as entrevistas, sem prejuízo para a pesquisa.

Destaca-se que foi necessário fazer uma emenda no projeto, encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP/SMSA-BH), justificando a alteração na forma de coleta de dados da pesquisa que passou de presencial para *online* e na técnica de coleta, em virtude da pandemia. É importante ressaltar que as alterações realizadas não comprometeram os resultados do estudo.

Para garantir o anonimato dos participantes, as falas foram codificadas, considerando-se uma identificação com letras e números que explicitam respectivamente a categoria profissional e o número da realização da entrevista. Utilizou-se a seguinte codificação de letras: (E) Enfermeiro, (M) Médico, (T) Técnico de Enfermagem, (C) Conductor-socorrista. Encerraram-se as entrevistas atendendo o critério de saturação, à medida que as informações se repetiam, não acrescentando novos dados (MINAYO, 2014).

4.5 Análise dos dados

A partir das transcrições das entrevistas, foi possível iniciar o processo de análise de conteúdo temática. Este processo realizou-se por meio do ir e vir, permitindo que a temática fosse refletida através de cada questão, visando ao alcance dos objetivos, resultando assim, na produção das informações (BARDIN, 2016). Seguiram-se as etapas propostas pelo autor, ou seja, “as diferentes fases da análise de conteúdo serão organizadas em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2016). Inicialmente, transcreveram-se as entrevistas na íntegra e realizou-se a verificação da acurácia das transcrições, comparando-as com as gravações de áudio.

Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante, estabelecendo o primeiro contato com as entrevistas transcritas de maneira a conhecer o sentido do todo, captando impressões e orientações inerentes a ele, contemplando o corpus da pesquisa, composto de 32 entrevistas, a partir dos objetivos propostos (BARDIN, 2016). As entrevistas transcritas, no formato *Word*, foram organizadas por meio de um sistema de códigos, leitura e codificação das entrevistas, utilizando *Software* MAXQDA®, versão 20.2.

Realizou-se o processo de codificação das entrevistas por meio do uso de um conjunto de códigos criado pela pesquisadora, levando em consideração a literatura sobre o tema e o referencial teórico de Certeau. Após a criação dos códigos e suas definições, iniciou-se a análise das entrevistas transcritas e o destaque de falas do texto que apresentavam relação com os códigos pré-definidos, possibilitando explorar mais profundamente o referencial durante a análise. Durante a leitura e processo de codificação, foram feitos vários ajustes quanto à definição dos códigos.

A segunda fase corresponde à exploração do material: consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto. Transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Após a leitura globalizada, realizou-se um recorte do texto em unidades de registro, que foram reagrupadas para constituírem as categorias (BARDIN, 2016).

A categorização representa a classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento, segundo o gênero com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento efetuado em virtude das características comuns destes elementos. Neste estudo, o critério de categorização a ser adotado foi categorias temáticas (BARDIN, 2016).

A terceira fase representa o tratamento dos resultados e interpretação, na qual os resultados obtidos, nas etapas anteriores, permitem a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2016). Seguiu-se, pois, com o tratamento dos resultados e interpretação, sempre retornando aos objetivos do estudo e ao referencial teórico. Os resultados obtidos nas etapas anteriores permitem a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2016).

4.6 Considerações éticas

Desenvolveu-se a pesquisa atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). Para atender aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CEP/PBH). O Projeto foi aprovado pelos pareceres COEP UFMG n° 3.802.36 e PBH parecer n° 3.902.187. A coleta dos dados teve início após aprovação do projeto pelos referidos Comitês de Ética em Pesquisa (Anexos A; B).

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo, garantindo-se a eles a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhes trouxesse prejuízo ou penalidade. Aqueles que aceitaram participar não tiveram nenhum tipo de ganho financeiro ou prejuízos em sua vida funcional. Apresentaram-se aos participantes todas as informações e esclarecimentos a respeito da pesquisa. Os resultados advindos deste estudo serão socializados no serviço investigado e na comunidade científica.

Os participantes formalizaram a aceitação para participar da pesquisa mediante a declaração falada e gravada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início das entrevistas (Apêndice B). Assegurou-se o sigilo e a privacidade do sujeito quanto às informações obtidas na pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Os dados serão armazenados em um banco de dados, por um período de cinco anos após a publicação da tese, sob a guarda do pesquisador responsável e, após este período, serão destruídos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quatro categorias temáticas foram construídas e nomeadas para apresentação e discussão, como apresenta o Quadro 1:

Quadro1- Descrição de categorias e subcategorias.

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS	DESCRIÇÃO
Categoria 1	5.2 Organização da rotina de trabalho das equipes do SAMU.
Categoria 2	5.3 Situações adversas na assistência ao usuário.
Subcategoria 1	5.3.1 Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no ambiente laboral.
Subcategoria 2	5.3.2 Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no cuidado direto aos usuários.
Categoria 3	5.4 Potenciais de risco no trabalho cotidiano do SAMU.
Categoria 4	5.5 Mudanças no trabalho cotidiano de equipes do SAMU diante da Covid-19.

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A fim de revelar o trabalho cotidiano das equipes do SAMU, organizaram-se os resultados que foram analisados à luz da literatura correlata. Houve, inicialmente, a apresentação da caracterização dos profissionais entrevistados.

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 32 profissionais, sendo 21 mulheres (65,6%) e 11 homens (34,3%), com idade entre 30 e 65 anos, sendo a maioria na faixa de 31 a 40 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais de acordo com as características sociodemográficas, tempo de trabalho, nível de qualificação e vínculo empregatício.

No tocante à formação acadêmica, esta variou de nível médio completo até doutorado. A maior parte dos sujeitos possui especialização (46,8%). Quanto ao tempo de trabalho no SAMU, 56,2% dos profissionais possuíam entre 1 a 10 anos e 6,2% tempo superior a 20 anos. Em relação ao tempo de formação dos profissionais, a maioria possuía de 11 a 15 anos de formados (34,3%).

Relativamente à área de formação, a grande maioria dos participantes eram enfermeiros (40,6%), 25% médicos, 21,8% técnicos de enfermagem e 12,5% condutores socorristas.

Em relação ao vínculo empregatício, a maior parte dos profissionais é estatutário (59,8%) e 40,6% eram contratados no período da realização das entrevistas. Entre os participantes, 77,1% possuíam mais de um vínculo profissional (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil geral dos sujeitos do estudo. Belo Horizonte/MG, Brasil

Características	N	%
Sexo		
Masculino	11	34,3
Feminino	21	65,6
Idade (anos)		
20 a 30	2	6,2
31 a 40	14	43,5
41 a 50	11	34,3
51 a 60	4	12,5
> 60	1	3,1
Tempo de trabalho no SAMU (anos)		
1 a 10	18	56,2
11 a 20	12	37,5
21 a 30	2	6,2
Tempo de formado (anos)		
02 a 06	4	12,5
07 a 10	5	15,6
11 a 15	11	34,3
16 a 19	6	18,7
20 a 40	6	18,7
Área de formação		
Enfermeiro	13	40,5
Médico	8	25,0
Técnico de enfermagem	7	21,8
Conductor socorrista	4	12,5
Nível de qualificação		
Nível técnico	5	15,6
Graduação	5	15,6
Especialização	15	46,8
Mestrado	5	15,6
Doutorado	1	3,1
Residência	1	3,1
Vínculo empregatício		
Estatutário	19	59,3
Contrato	13	40,6
Outro Vínculo		
Sim	27	77,1
Não	8	22,8

Fonte: dados da pesquisa. Belo Horizonte, 2020

5.2 Organização da rotina de trabalho das equipes do SAMU

Nesta categoria, foi possível apreender aspectos do cotidiano laboral dos profissionais do SAMU quanto à organização e gestão do serviço por meio de normas, rotinas e protocolos que determinam e organizam as maneiras de fazer das equipes. Essas normatizações podem ser compreendidas como estratégias, pois delimitam um lugar próprio e ditam o fazer dos sujeitos. As estratégias estão explícitas na gestão, organização e manutenção dos insumos necessários ao processo assistencial. As estratégias são aqui colocadas como um fazer normatizado, em que as formas de comportamento e de agir são impostas em busca da manutenção de uma determinada ordem social (PEIXOTO, 2011).

No serviço pré-hospitalar, as regulamentações se substancializam pelas estratégias que direcionam as ações das equipes, no tocante à organização da ambulância, checagem de materiais e medicamentos, por meio de *checklist*, por outro lado, a assistência prestada *in loco* está sob o comando da Central de Regulação (CR) que orienta as condutas e encaminhamento da (s) vítima (s) para a unidade de saúde mais próxima de acordo com o quadro clínico apresentado. Os relatos dos participantes retratam a rotina de trabalho no SAMU.

Acabo de pegar o plantão, sento-me com a equipe para combinar como vai ser, se tiver alguma demanda a gente planeja se vai naquela hora ou depois, e dependemos da autorização da central de regulação para deslocar. (E01)

Toda vez que a gente chega no plantão, faz-se um *checklist* que é uma obrigação de todo profissional fazer [...] eu gosto de tirar todas as coisas do lugar porque se houver alguma ocorrência, você sabe direitinho onde estão, até porque a ambulância possui um espaço restrito e a organização é uma rotina do serviço. O plantão inicia com esse *checklist* e informação para a central da situação do veículo e da equipe. (E24)

Fazemos checagem de todo material que está na ambulância, medicamentos, condições de monitor, se está carregado, se está funcionando adequadamente, se temos o material necessário para o atendimento, seja ele clínico ou traumático, colar cervical para todas as idades, medicamentos para ressuscitação. Checa-se tudo, absolutamente tudo e ficamos à disposição da central de regulação. (M04)

[...] se eu não conferir a ambulância, eu posso pecar com o paciente que vai sair perdendo, porque de repente, eu esqueço a maleta de oxímetro, a maleta de pressão e até eu chegar no momento e ver que está sem o equipamento, pode ocasionar uma alteração no paciente. Eu confiro a ambulância sempre, validade do medicamento, Desfibrilador Externo Automático (DEA) se está com bateria, porque quando for empenhado de emergência, você tem que saber que você está com o básico e depois de tudo checado, avisamos a Central. (C20)

Percebe-se, nessas falas, o reconhecimento dos profissionais quanto a importância da realização do *checklist* como conduta normativa e obrigatória, no sentido de manter a

organização das ambulâncias, a testagem dos equipamentos, a reposição de materiais e medicamentos, tornando-as aptas para as ocorrências e, assim, cumprir o preconizado nos manuais do SAMU, evidenciando o que postulam as estratégias, como medida de organização do plantão sem sobressaltos.

Outra situação, em que foi possível identificar claramente o que postula a estratégia, refere-se à fala dos sujeitos ao relatar que nenhuma decisão pode ser tomada sem se comunicar à central de regulação que estabelece quando, como e o que deve ser feito. Assim, preconiza-se que todas as ações realizadas pelos profissionais que tripulam as ambulâncias precisam ser autorizadas pela CR. Evidenciando a subordinação da equipe ao prescrito nas normas.

As estratégias são materializadas em leis, resoluções, normas e protocolos produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização de um lugar próprio e um fazer a ser cumprido. A estratégia é como o reflexo da reprodução de uma ideologia dominante, que articula valores de poder e de lugar (DAROS, 2013). Contudo, nesse lugar próprio, delimitado pelas estratégias, as normatizações podem se tornar frágeis na prática cotidiana, exigindo dos profissionais que essas sejam ressignificadas pelo uso de táticas.

Em estudo realizado em um serviço de atendimento pré-hospitalar no Rio Grande do Sul, foram encontrados resultados semelhantes, sendo revelada a importância da organização tanto das ambulâncias quanto dos materiais, equipamentos e realização do *checklist* pela equipe (PERES *et al.*, 2018). Essa lógica na organização assegura a funcionalidade dos equipamentos e quantidade de materiais necessários visando a uma assistência segura ao paciente.

Da mesma forma, o estudo de Castro *et al.* (2018) aponta dificuldades relatadas pelos enfermeiros do serviço pré-hospitalar quanto ao acondicionamento de materiais e equipamentos no espaço restrito da ambulância. Por isso, é necessário que haja uma padronização na ordenação de equipamentos e materiais no sentido de facilitar o atendimento e contribuir para segurança da equipe e do paciente.

Ressalta-se que, devido às especificidades dos atendimentos prestados pela equipe do SAMU, é crucial que, ao chegar ao plantão, sejam conferidos todos os itens da ambulância e feita a reposição do que for necessário, bem como a verificação quanto ao acondicionamento desses no sentido de agilizar o atendimento (CASTRO *et al.*, 2018). A conferência e a organização facilitam o acesso aos itens, possibilitando a otimização da assistência, evitando risco.

Outro aspecto levantado pelos participantes do estudo é o uso de protocolos técnicos para situações que vão desde o chamado para ocorrência até a realização de procedimentos.

A assistência prestada, fundamentada em protocolos, propicia segurança ao profissional para tomar decisões acertadas. Seguir o que regem os Protocolos de Normas e Procedimentos é de grande relevância para os profissionais do SAMU, pois tais protocolos contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado, além da prevenção e redução de riscos de danos aos pacientes (AZEVEDO *et al.*, 2018).

A gente tem um protocolo no serviço que, a partir do momento que a gente recebe o chamado, temos 60 segundos para iniciar o deslocamento. Esse é o protocolo do serviço e a gente tenta sempre fazer o melhor, sempre chegar o mais rápido possível. (E06)

Eu tenho protocolo para tudo no SAMU, então, por exemplo, se vou sedar um paciente, eu tenho protocolo, eu tenho uma sequência de medicamentos que eu uso para sedar, fentanil, etomidato e quelicim. Eu já sei até a ordem e a quantidade. É uma exigência do SAMU, um rigor em seguir protocolos e rotinas que te amarram e evitam que se desvie e faça alguma técnica incorreta. (E01)

Destaca-se, a partir das falas, que as atividades realizadas pelos profissionais são embasadas em protocolos/diretrizes. Relatou-se como sendo uma prática rotineira a padronização e a normatização do fazer das equipes, desde a orientação para chegada ao local até a realização dos procedimentos, o que traz segurança. A entrevistada E01 menciona que, de tanto seguir o preconizado nos protocolos, como a sequência de medicamentos para sedação, já ficaram memorizadas a ordem e a quantidade dos medicamentos, e reforça que é uma exigência de o serviço seguir as condutas que funcionam como um saber legitimado com a potencialidade de assegurar decisões assertivas para se evitarem desvios de condutas pela equipe o que pode gerar um incidente. Entende-se que o cumprimento desse regimento é necessário para garantir a segurança do paciente e necessário para o fazer cotidiano.

Estudo realizado no SAMU de Salvador corrobora com os achados deste estudo ao afirmar que os enfermeiros reconhecem a importância da criação de protocolos para agilizar e direcionar o atendimento de acordo com a gravidade e a prioridade da ocorrência, estabelecendo critérios e normas (ANJOS; OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2016).

Esses protocolos podem ser considerados como “estratégias” que correspondem às práticas provenientes das regras formais de como fazer; representam um lugar circunscrito, controlado por um conjunto de condutas produzidas pelas estruturas de poder, visando a ordenação do espaço social (CERTEAU, 2014).

As atividades desenvolvidas pelos profissionais do SAMU exigem agilidade na tomada de decisão devido à gravidade dos pacientes e à natureza dinâmica, complexa e imprevisível do serviço (PEREIRA *et al.*, 2020). Assim, muitas vezes, o prescrito nas normas/protocolos não condiz com as condições existentes para determinado atendimento, sendo, portanto, necessário criar/recriar novos modos de fazer. Dessa forma, esses profissionais seguem construindo seu próprio cotidiano, à medida que ocorrem situações inesperadas, fazendo uso de artimanhas.

O trabalho cotidiano dos profissionais do SAMU é pautado em normas e rotinas que correspondem àquilo que é pré-definido, estático, instituído pelos protocolos para ser executado, o que corresponde ao trabalho prescrito, enquanto o trabalho real reverbera o dia a dia desses profissionais que acontece de forma dinâmica, imprevisível e, muitas vezes, transcende o que está prescrito (DEJOURS, 2018).

Em muitas situações inesperadas, o profissional extrapola o que está instituído nos protocolos e cria “novas maneiras de fazer” para dar conta de prestar assistência ao usuário em situações pouco favoráveis não previstas nos manuais. Assim, o trabalho prescrito corresponde às estratégias, enquanto o trabalho real corresponde às táticas.

Frente aos desafios e complexidades dos cenários de atendimento, os profissionais do SAMU, de forma astuciosa, adotam táticas efêmeras e silenciosas, criando maneiras de fazer nos atendimentos na tentativa de salvar vidas e/ou reduzir sequelas (CERTÉAU, 2014). Os relatos a seguir reforçam essa situação.

Dentro da ambulância a gente faz adaptações e amarrações para fixar por exemplo, um monitor, para ele não se soltar. Às vezes, numa curva, se tiver algum acidente, não se chocar contra um membro da equipe ou paciente, então a gente fixa, mas isso vem na ambulância e a gente faz uma adaptação para fixar, para reduzir o risco, a gente tem telas que protegem, que seguram os materiais para eles não se chocarem contra a equipe e o paciente. (E02)

A gente carregou o homem no ombro e saiu correndo com ele para dentro da ambulância no meio dos becos porque a ambulância não entrava nos becos. (E01)

Às vezes, você tem que carregar muito peso, tem que carregar o paciente no edredom, porque você não consegue tirar ele do domicílio. Às vezes, precisamos improvisar. (E06)

Conforme explicitado no depoimento, é necessário fazer adaptações no interior da ambulância para evitar que os equipamentos se soltem e caiam sobre o paciente ou profissional e ocorra um incidente. Esta é uma situação que pode ser pensada, tendo em vista

o potencial de risco existente. E, ainda, reinventar uma maca com edredom, carregar o usuário no ombro para retirá-lo do local e prestar o atendimento.

Essas situações são reinvenções das maneiras de fazer que se tornam necessárias nos cenários de atendimento que não têm como constar de protocolos, e, se os profissionais não lançarem mão de táticas, o princípio de atender à vítima no menor tempo possível fica inviabilizado ou prejudicado. O improvisado da maca e o carregar o paciente sem os equipamentos padronizados envolvem criatividade, comprometimento e capacitação para o trabalho.

Nesses contextos, é imprescindível que os profissionais usem “táticas”, ou seja, astúcias que permitem captar as possibilidades existentes naquele instante, naquele lugar, de forma invisível, criativa e sutil, uma prática inesperada para garantir a assistência ao usuário (BERNARDO, SHIMADA; ICHIKAWA, 2015). Assim, aproveitam-se as ocasiões para captar no voo as possibilidades concedidas por um instante (RATES *et al.*, 2019).

As táticas criam um fazer adaptado ao cenário e às intencionalidades dos sujeitos que vivenciam o cotidiano, possibilitando a ressignificação das práticas cotidianas, o que inclui novos modos de agir diante da realidade vivenciada (RATES, 2016; CERTEAU, 2014). As táticas são utilizadas de forma sutil, visível, outras vezes, invisíveis, concedendo ao profissional autonomia para reinventar frente a situações não programadas.

Assim, as ações praticadas pelos profissionais vão além do normatizado, além do que é estabelecido nos regimentos, e, muitas vezes, em curto espaço de tempo, a equipe se depara com realidades imprecisas que requerem uso de alternativas que não estão prescritas em normas, mas que são utilizadas para garantir os cuidados aos usuários. Dessa forma, estratégias e táticas se entrecruzam durante o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU. A tática não nega a estratégia, mas a complementa (CERTEAU, 2014).

Ainda, discutindo esse contexto de rotina de trabalho, outro aspecto apresentado pelos entrevistados é a passagem de plantão que apresenta uma dinâmica singular, condicionada por características próprias do serviço pré-hospitalar móvel. Essa passagem de plantão ocorre por meio de um resumo breve feito pelos profissionais no que se refere às ocorrências atendidas e ao gerenciamento dos materiais e equipamentos nas ambulâncias (BAPTISTA, 2018).

A passagem de plantão é bem diferente do hospital onde você passa paciente por paciente e no pré-hospitalar não tem isso. Geralmente, a gente chega na base, pergunta como foi o dia do colega, ele passa como está a ambulância se precisa repor medicação, algum equipamento, passa se está tudo ok. É assim a passagem de plantão é bem básica não tem nada muito específico a maior parte é verbal, só anotamos algo que seja específico para lembrar. (T22)

O enfermeiro me passa o plantão, geralmente passa um resumo de como foi o dia dele se tem alguma demanda de infraestrutura na ambulância, por exemplo, algum material para repor, para trocar, se a ambulância precisou de alguma desinfecção, coisas assim e aí eu agendo essa tarefa. (E01)

Nesta perspectiva, observa-se que as equipes do SAMU vivenciam a passagem de plantão de forma peculiar, tendo, como foco principal, as intercorrências, pendências e as situações referentes ao momento atual do plantão. Neste processo, geralmente, são adotadas as formas de comunicações verbais e escritas, com predomínio da comunicação verbal, pois utilizam o registro no prontuário com maior frequência (SILVA *et al.*, 2016).

Conforme o discurso dos participantes, a transferência das informações aos integrantes da equipe ocorre predominantemente de forma verbal, com isso corroboram Schorr *et al.* (2020). Independente da forma como transcorre a passagem de plantão, o mais importante é elencar e relatar as informações de maior importância com qualidade e responsabilidade, reduzindo a possibilidade de erros para o paciente.

A passagem de plantão é uma forma de comunicação que tem como finalidade informar de forma objetiva e clara à equipe que assume o plantão em relação às intercorrências durante um período de trabalho, tanto em relação aos cuidados prestados ao usuário, quanto aos fatores gerenciais (SILVA *et al.*, 2017a). De acordo com Schorr *et al.* (2020), deve ser realizada com qualidade interfere diretamente no cuidado seguro ao usuário. É uma ferramenta crucial para os profissionais no repasse de informações de forma objetiva para a continuidade da assistência (FOCHI; MIRANDA; GRAF, 2019).

No momento da passagem de plantão, ocorre muito mais que a troca de informações, há uma transferência de responsabilidades entre profissionais quanto à continuidade da assistência (ERNST; MCCOMB; LEY, 2018).

Estudo de Alves e Melo (2019) aponta a passagem de plantão como importante estratégia de transferência de cuidado, abrangendo tanto a troca de turnos de trabalho, quanto momentos em que passam responsabilidades para outros profissionais.

Diante de uma dinâmica de trabalho imprevisível, os profissionais do SAMU, tidos como “homem ordinário”, buscam formas melhores de realizarem os atendimentos por meio de astúcias anônimas, criando e recriando o cotidiano por meio das táticas (CERTEAU, 2014).

O trabalho cotidiano dos profissionais do SAMU apresenta situações peculiares que vão desde a organização da ambulância, *checklist*, atendimento, uso de protocolos específicos até a passagem de plantão. Esses profissionais, além de serem submetidos a constantes imprevistos, tensões e terem que lidar com as mais variadas e repentinas ocorrências que

exigem da equipe criatividade, reinventam, novas formas de fazer determinadas ações frente ao inesperado.

5.3 Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU

Esta categoria revela que, os profissionais são expostos a situações adversas, pois o trabalho cotidiano no SAMU é repleto de situações imprevisíveis, atendimentos em ambientes diversificados, situações extremas entre a vida e a morte, exposição a fatores ambientais (calor, frio, barulho, estresse) e risco de naturezas diversas.

O trabalho dos profissionais do SAMU possui uma dinâmica própria, permeada de singularidades quanto a diferentes lócus de atendimentos que o diferenciam de outros serviços de saúde, além das vítimas, na maioria das vezes, apresentarem uma variedade de sintomas, condições críticas, instáveis e risco de vida (MIORIN *et al.*, 2020). Para esses profissionais, o cotidiano de trabalho é mutável, variável e inconstante, incluindo situações que exige tomada de decisão rápida, exposição a riscos e o uso dos recursos disponíveis.

Os profissionais do APH são desafiados, diariamente, diante de situações inesperadas que exigem tomada de decisão imediata e eficaz. A categoria encontra-se organizada em duas subcategorias que tratam das situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no ambiente laboral e no cuidado direto aos usuários.

5.3.1 Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no ambiente laboral

A atividade laboral, realizada pela equipe do SAMU, é marcada por imprevisibilidade nos atendimentos, intempéries climáticas, contextos desafiadores e adversos (GOULART *et al.*, 2020). Rotineiramente, o trabalho no SAMU é algo desafiador, as equipes estão constantemente expostas a diversos riscos e, usualmente, são encaminhadas para as ocorrências sem conhecimento prévio do diagnóstico da vítima e sem saberem ao certo os locais de atendimento. A imprevisibilidade, o tempo não programado e não determinado são denominados por Certeau (2014) de *tempo acidentado*, o qual se encontra associado às situações indeterminadas e inesperadas que corroboram com as particularidades do trabalho no SAMU.

Os relatos dos participantes evidenciam o inesperado nas ocorrências, diante de situações e lugares diversificados, onde eles têm que atender sob a mira de armas ou seguir as

regras de traficantes locais e até mesmo de gangues rivais em confronto armado, ou seja, em áreas dominadas pelo crime. Os profissionais convivem com situações de risco, principalmente quando se deslocam para atender grupos mais vulneráveis em relação à renda, moradia em aglomerados e infraestrutura urbana inadequada, condições climáticas, entre outros fatores.

Tudo é imprevisível, você está sempre atento a situações que possam correr ali desde riscos operacionais até propriamente de conduta, eles são inesgotáveis porque é um ambiente multifacetado, toda hora você está em um lugar, toda hora você tem uma situação, um tipo de atendimento. (M09)

Você não sabe em qual ambiente vai entrar, você não sabe qual é exatamente a doença do solicitante, em que situação de risco você está, você pode entrar em uma favela e se deparar com traficantes armados como já aconteceu, ou mesmo atender sobre mira de armas ou sobre desabamentos, chuvas, sol, frio. Não existe uma rotina. (E02)

No SAMU você não tem rotina, a rotina é só na hora que você chega na ambulância e olhe lá, é imprevisível, a gente atente em todos os lugares [...] você tem sempre a questão do imprevisto a gente lida com vários imprevistos. (E05)

Estudo realizado sobre riscos enfrentados pela equipe do SAMU, durante os atendimentos, revelou exposição dos profissionais a riscos ocupacionais, principalmente nas situações inesperadas, o que caracteriza boa parte dos atendimentos de emergência. Os profissionais do APH móvel têm contato direto com doenças infecciosas, fluídos corporais (vômito, fezes, secreções e sangue), principalmente nas ocorrências em que não se tem um diagnóstico prévio da vítima (SOUSA *et al.*, 2018).

Ressalta-se que o trabalho dos profissionais do SAMU possui uma dinâmica própria, quanto a diferentes *lôcus* de atendimentos que os diferenciam dos outros serviços de saúde. O trabalho cotidiano desses profissionais é mutável, variável e inconstante, incluindo situações que exigem pensamento rápido, disposição a correr riscos e uso dos recursos disponíveis.

A gente atende, por exemplo, em vias públicas [...], às vezes, a gente atende em estradas, em anel rodoviário, em aglomerados, nunca sabemos onde iremos atender, é uma pressão constante. (E23)

SAMU realmente é uma adversidade muito grande, enorme, então você não sabe em que lugar você vai atender. Já fui atender pacientes que foram quedas de bike, por exemplo, e era em regiões ermas, na Serra da moeda, onde a ambulância não chegava e eu tive que ir na garupa do motoqueiro. São as situações adversas, a gente entra debaixo de um carro, sendo que o carro estava imprensado entre dois caminhões [...]. (E02)

Nota-se claramente, nas falas dos entrevistados, que existe uma tensão constante vivenciada pelos profissionais, além de terem que se deslocar sem saber o lugar exato onde

irão atender, ainda estão expostos a riscos de vida, devido a ambientes inseguros, alguns inóspitos em que situações de perigo estão presentes.

A situação dos atendimentos em ruas, rodovia e aglomerados expõe a equipe às mais diversas situações, desde violência das comunidades, agressões de pacientes, familiares e transeuntes até acidentes (SANTOS *et al.*, 2020). Diante desse contexto e das imprevisibilidades das ocorrências, os profissionais precisam estar preparados para agir de forma rápida e segura, com vistas à resolução das mais variadas situações cujas condições que envolvem o paciente são críticas e instáveis (BIJANI *et al.*, 2021).

Outro aspecto a ser considerado é o trânsito desordenado das grandes capitais, em que se observam veículos que trafegam em alta velocidade, falta de atenção de motoristas quanto à sinalização do local onde está sendo realizado o atendimento, o que podem gerar acidentes envolvendo a equipe do SAMU. Trabalhadores do APH móvel convivem cotidianamente com o inesperado nos atendimentos às vítimas, que pode desencadear riscos à saúde física e mental.

Eu quase fui atropelada em uma via expressa de Sabará o local estava todo fechado e o carro furou o bloqueio e eu estava agachada imobilizando o paciente. Eu só vi o carro vindo e foi o tempo de levantar e sair porque ele ia passar em cima das minhas pernas. (E12)

Uma via expressa, um anel rodoviário, a Avenida Amazonas, vias de grande movimento, onde tem moto e carro passando é sempre um risco. Mesmo a gente fechando. Quando a via está fechada parcialmente e a gente está abaixado fazendo procedimento, eu tenho que confiar no condutor, porque a gente sabe que é ele que está fazendo a nossa segurança e segurança da cena. (E02)

Nessa situação, os profissionais de saúde cuidam dos usuários e o condutor socorrista tem, como parte de seu trabalho, cuidar dos profissionais, tentando reduzir os riscos a que estes estão expostos, evitando que sofram algum tipo de incidente na cena, posicionando, estrategicamente a ambulância com pisca alerta e giroflex ligados, sinalizando a área com cones, a certa distância, visando à segurança do local. Além disso, a equipe usa roupas com refletores luminosos para facilitar sua identificação. Apesar dessa organização, os participantes estão sujeitos a serem atropelados durante o atendimento (BRASIL, 2016).

Percebe-se, nas falas dos participantes, que a exposição dos profissionais gera riscos ocupacionais que são, muitas vezes, desconhecidos ou ignorados pela equipe das unidades móveis. As ocorrências, em lugares que apresentam exposição a perigos externos, como rodovias, avenidas movimentadas e tráfego intenso, colocam esses trabalhadores em condições vulneráveis a diferentes tipos de riscos e acidentes de trabalho. Atenta-se que,

mesmo o local sendo sinalizado pelo condutor, o motorista desatento furou o bloqueio e quase causou um trauma no profissional que estava prestando um atendimento, gerando consequências para equipe que precisou retornar rapidamente para continuidade do cuidado.

Desse modo, entende-se por risco ocupacional situações de trabalho que dão origem a acidentes e doenças laborais, e que podem desencadear, nos trabalhadores, desequilíbrios de ordem mental, físico e social (VERAS *et al.*, 2020). Tais situações podem estar associadas tanto à natureza do trabalho laboral, realizado pelos profissionais, quanto a condições externas que elevam ainda mais a probabilidade de riscos potenciais para a ocorrência de incidentes.

Em um estudo realizado no SAMU de um município na Paraíba, foi observado que 90% dos entrevistados relataram se depararem com diversos tipos de riscos, biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, além de que classificaram o ambiente de trabalho como perigoso para a realização dos atendimentos (SOUSA *et al.*, 2018).

Da mesma forma, e em consonância com nossos resultados, um estudo realizado, no SAMU do Rio Grande do Sul, identificou que 52,5% dos entrevistados mencionaram terem sofrido algum tipo de acidente de trabalho durante a realização de suas atividades laborais no ambiente pré-hospitalar (GOULART *et al.*, 2020). No trabalho cotidiano do SAMU, a exposição aos riscos é constante, em decorrência das características inerentes ao serviço, logo, trabalhar no serviço pré-hospitalar já é um fator de risco.

Outro aspecto, citado pelos participantes do estudo, é a violência vivenciada pelas equipes no ambiente laboral. Eles relataram que enfrentam dificuldades, principalmente ao atenderem em comunidades e terem que lidar com uma clientela diversificada, composta por usuários psiquiátricos, infratores, dependentes químicos, além de que os familiares se tornam agressivos e estressados com os profissionais. É notório, nas falas dos entrevistados, que nem sempre a polícia se encontra presente, deixando a equipe ainda mais vulnerável diante de uma situação de risco.

A questão da própria violência, da exposição, da equipe a alguns cenários, não é um fato isolado a equipe ser ameaçada, - Ah! se vocês não o salvarem, vocês não saem daqui. (M10)

Fomos atender uma paciente alcoolizada no meio da comunidade. Quando a gente falou que ela estava desacordada, ela escutou a gente falando que ia levá-la para o UPA, acordou e jogou uma cadeira na gente. Levei um soco na costela e aí foi um tumulto, a gente saiu correndo todo mundo para ambulância e a mulher correndo atrás da gente com a faca, foi meio louco. (E12)

Agressão física? já teve vários episódios comigo mesmo. A gente vai atender um paciente em um aglomerado que foi agredido fisicamente por arma branca ou por arma de fogo, aí, você chega lá e é impedido de entrar no local da cena, porque o

traficante que fez aquilo ali não quer que socorra aquela vítima. A polícia foi acionada, mas não havia chegado ao local e precisávamos atender a vítima [...] em surtos psicóticos, você chega e o paciente em surto te pega, te agride, eu já fui mantida refém uma vez dentro da ambulância, porque o paciente estava drogado e me pegou dentro da ambulância. (TE22)

Os profissionais do SAMU, ao serem acionados para uma ocorrência, desconhecem o lugar e a situação em que estarão inseridos, podendo encontrar riscos velados em domicílios, estabelecimentos comerciais e comunidades, estando vulneráveis a todo tipo de violência. Esses relatos expressam eventos de violência física sofrida pela equipe ao prestarem atendimentos; muitas dessas agressões e ameaças são decorrentes de paciente psiquiátrico, alcoolizado, dependente químico e, traficantes que tendem a apresentarem comportamentos agressivos. De acordo com Cerqueira *et al.* (2020), a violência é um problema de saúde pública e os profissionais que lidam cotidianamente com esse tipo de exposição precisam ser capacitados para resolver essas situações no ambiente de trabalho.

Pesquisa realizada por Sento Sé *et al.* (2020), sobre violência sofrida pelos profissionais do SAMU do Rio de Janeiro, corrobora com a realidade encontrada neste estudo. Foi demonstrado que 49,3% e 86,6 dos profissionais relataram terem sofrido agressões físicas e verbais, respectivamente. O estudo evidenciou ainda que os principais agressores são pacientes, familiares dos pacientes e transeuntes. Ressalta-se que os profissionais do APH estão expostos a constantes episódios de violência e, acrescido a esse fato, quando precisam atender, em locais de alta periculosidade e acionam a polícia para intervir, muitas vezes, o policiamento não chega, o que causa temor.

As inúmeras formas de violência ocupacional devem ser reconhecidas como crimes punitivos e não considerados apenas como um ato de violência característico da profissão de saúde (SCARAMAL *et al.*, 2017). É preciso que os profissionais registrem boletim de ocorrência e notifiquem à chefia imediata do serviço sobre todos os episódios de agressões sofridas pelo trabalhador na prestação do cuidado. Haja vista que a não existência de caso notificado dificulta a tomada de decisão pela coordenação do serviço para melhorar a segurança. Estudo sobre violência identificou que 44% dos entrevistados não relataram o episódio de violência ao departamento superior (MAGUIRE *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado sobre violência contra os profissionais do serviço de emergência em treze (13) países (MAGUIRE *et al.* (2018), foram identificadas elevadas taxas de risco ocupacional, com destaque para violência física (65%), sendo algumas dessas agressões (10%) com uso de arma de fogo direcionada aos profissionais. Os usuários (90%) estavam entre os que mais agrediram os trabalhadores; tal assertiva se explica pelo fato de o

profissional estar mais próximo do usuário para realização do cuidado. A pesquisa revelou que essa agressividade pode estar relacionada ao uso de álcool e drogas pelos pacientes (MAGUIRE *et al.*, 2018).

Estudo realizado por Freitas *et al.* (2019) apontou que a violência contra os profissionais é praticada tanto pelos pacientes, quanto pelos transeuntes. Informou ainda que a equipe, ao prestar atendimento a pacientes psiquiátricos ou usuários com nível de consciência alterado, está mais exposta ao risco de sofrer algum tipo de agressão.

Percebe-se que os casos de violência ocupacional contra os profissionais do APH é uma realidade também na República Tcheca, sendo a maior parte das agressões perpetrada pelos próprios pacientes mediante empurrões, socos, tentativa de disparo de arma de fogo, que, conseqüentemente, podem gerar, no trabalhador, fraturas, amputações, quedas, além de crises psicológicas (KNOR *et al.*, 2020).

Os profissionais do SAMU lidam com situações de urgência/emergência todo o tempo. Por ser um serviço móvel, as demandas são incertas, além de que, no pré-hospitalar, o evento gerador da ocorrência, frequentemente, acabara de acontecer e as vítimas e/ou agressores ainda estão na cena, o que expõe as equipes a constantes riscos, como presença de arma de fogo que ameaça a integridade física; bem como a dor, o sofrimento, o medo e a morte das vítimas. Os profissionais vivenciam situações que causam angústia e medo.

Já teve equipe, que o paciente acabou de ser morto na frente da equipe por alguém que já o tinha atacado antes, a equipe chega para atender, o traficante vê que a vítima não morreu e acaba de matar a pessoa na frente da equipe. (E05)

A gente está exposto a qualquer tipo de situação do paciente, a gente não escolhe nem idade, nem raça, nem cor, nem condições financeiras, nem nada. Então já teve casos da gente estar atendendo o paciente que foi alvejado por arma de fogo e o pessoal abordar a gente porque vocês vão dar atendimento a ele, ele é um traficante. (E02)

Situações como essas são surreais, pois os profissionais foram acionados para prestar atendimento e assistem, imobilizados, à finalização de um assassinato. Situações em que só há uma escolha, assistir paralisado à situação, pois se houver insistência e enfrentamento, todos serão mortos. E, apesar de não aparecer nas falas, é notório que os profissionais são capacitados para atender situações clínicas e traumáticas geradas pela violência, mas não foram preparados para lidar com este tipo de impacto da violência nas ocorrências.

A questão da violência no APH é eminente, os profissionais lidam constantemente com situações limítrofes. Estudo conduzido com paramédicos de duas instituições da República Tcheca sobre violência no APH mostrou que todos os participantes relataram ter

vivenciado situações de violência tanto dentro da ambulância quanto nas vias públicas, sendo, em sua maior parte, praticadas por pessoas do sexo masculino e, desencadeadas por condições socioeconômicas e culturais desfavorecidas, usuários bêbados, viciados em drogas, estresse entre outros motivos (KNOR, *et al.*, 2020).

Cabe ressaltar que os profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar das diversas regiões do país prestam socorro às vítimas da desigualdade socioeconômica e cultural e, também, se encontram vulneráveis e sob o risco potencial de suas manobras violentas.

Entende-se que salvar vidas é essencial, entretanto, a instituição/serviço deve garantir a segurança dos profissionais do APH durante os atendimentos, por isso, é preciso um trabalho articulado com escolta das equipes de policiamento.

Ao contrário da instituição pré-hospitalar fixa, que possui uma estrutura de atendimento própria, o SAMU não dispõe de um lugar próprio destinado à realização dos atendimentos, de modo que eles ocorrem nos mais diversos cenários. Diante desse contexto atípico, os profissionais utilizam táticas para produzir novos espaços em meio a diferentes lugares. Como diz Certeau (2014), as táticas somente podem operar a partir de um lugar. Logo, os espaços apropriados pelas táticas, nos cenários de atendimentos do SAMU, são, ao mesmo tempo, desorganizados e reorganizados, à medida que os lugares vão se tornando espaços praticados pelas atividades desenvolvidas pelos profissionais.

Os profissionais aproveitam as possibilidades permitidas pelas configurações espaciais, disponíveis no território, e criam, nos lugares, oportunidades para a prestação da assistência às vítimas. Nesse sentido, as ruas, casas, rodovias, estradas, favelas, aglomerados, lugares que detêm uma finalidade delimitada e circunscrita, ao serem utilizados pelos profissionais para prestar assistência, são transformados em espaços (lugar praticado). Trata-se de formas de apropriação e realização espacial do lugar que correspondem a manipulações sobre os elementos de base de uma ordem construída (CERTEAU, 2014).

Assim, “lugar” e “espaço” se enlaçam todo o tempo na dinâmica do trabalho dos profissionais do SAMU. Certeau (2014) trata desta relação de movimento, de dinamismo entre lugar/espaço, onde lugares se transformam em espaços e espaços em lugares.

Fazendo um paralelo com as concepções de Certeau (2014) sobre espaço e lugar, há, no SAMU, uma parte estrutural constituída por uma base centralizada, onde funciona a central de regulação e outras bases descentralizadas, onde estão alocadas as ambulâncias; esses lugares são definidos para funções específicas, constituindo um “lugar próprio”, “uma

configuração instantânea de posições que implica uma indicação de estabilidade” (CERTEAU, 2014, p. 184). Lugar onde, segundo Certeau, acontecem as regras, disciplina e que faz parte do domínio do estratégico.

As operações táticas gravitam em torno da ideia de desorganizar e reorganizar os lugares que, ao serem praticados, são transformados em espaços. Assim, o conjunto de normas criadas nesses lugares próprios e impostas aos praticantes da cultura são, a todo o tempo, subvertidas pelos desvios produzidos com as práticas (FERRAÇO; SOARES; ALVES, 2017).

5.3.2 Situações adversas vivenciadas pela equipe do SAMU no cuidado direto aos usuários

Os entrevistados apontaram a existência de alguns entraves durante os atendimentos, incitando os profissionais a adotarem novas e criativas maneiras de fazer para responder às demandas do paciente. A partir dos relatos, entende-se que os profissionais do SAMU se deparam com pacientes graves, elevadores em que não cabem maca, escadas estreitas, terrenos íngremes e baixa luminosidade. Contudo, essas dificuldades não impedem os atendimentos, pois os profissionais adotam táticas até então impensáveis no trabalho cotidiano. Destaca-se a fala da enfermeira, profissional hábil em improvisar, quando diz: “*não é à toa que enfermeira é conhecida pelas gambiarras nessas horas*”. (E12)

Elevador de prédio não cabe paciente é um sufoco. Nossa!!! A gente já colocou paciente na prancha todo amarradinho, bonitinho, colocou um lençol no pé para segurar para ele não escorregar e levou a prancha em pé dentro do elevador que foi a situação que teve, porque nem a escada cabia. As improvisações, não é à toa que enfermeira é conhecida pelas gambiarras nessas horas. (E12)

A maioria dos elevadores não cabe prancha em pé, então a gente usa de técnicas tipo assim, técnicas improvisadas, você chega no prédio de três andares sem elevador, com escada curta e o paciente do 3º andar está inconsciente, a gente tem que descer com ele pela escada, então não dá para ser pranchado, não dá para descer na maca, então a gente, muitas vezes, enrola o paciente no edredom e sai carregando. (E05)

A gente atende em muitos lugares, às vezes, você tem que fazer os procedimentos em lugares que não é nem um pouco propício, tanto em questão de luminosidade, quanto em questão de segurança.[...] eu coloco junto com meu macacão aquelas lanternas que se encaixam em cabeça, igual de caverna e, às vezes, não é só para o plantão noturno, ocorre mesmo no diurno, A gente entra em alguns barracos, que eu preciso puncionar acesso e que não têm luminosidade nenhuma [...], eu tinha sempre que ficar pedindo alguém pra segurar a lanterna, às vezes, alguém mexia e eu não conseguia enxergar, aí eu arranjei uma de cabeça, agora tenho duas, uma na mão para quando a gente entra em vielas para iluminar e a de cabeça para procedimentos. (E05)

Nesse cenário desafiador, os profissionais do SAMU se valem de manobras improvisadas (táticas) no trabalho cotidiano para driblarem as adversidades dos atendimentos em ambientes inadequados, hostis, insalubres, com o propósito de garantir assistência com segurança à vítima. Nota-se que as táticas acontecem no instante preciso, transformando em situação favorável o que parecia desfavorável naquele momento (BERNARDO; SHIMADA; ICHIKAWA, 2015).

Os protocolos indicam uma estrutura com rotinas previsíveis, mas o trabalho real, frequentemente, foge das normas. Os profissionais do SAMU vivenciam diariamente essa duplicidade de situações em que é preciso seguir os protocolos para realização dos procedimentos, mas, pelas incertezas e adversidades dos atendimentos, é necessário improvisar o trabalho prescrito de acordo com a realidade, com criatividade e adaptações dos recursos disponíveis (MESQUITA, 2018).

De acordo com as concepções de Certeau (2014), ao vivenciarem situações inusitadas, os profissionais do SAMU instituem táticas de forma a adaptarem os atendimentos à realidade em sobreposição ao instituído como ideal pelas estratégias. Os profissionais criam movimentos próprios e são, portanto, protagonistas do lugar SAMU, assumindo suas táticas que ressignificam o cotidiano em busca da assistência aos usuários. Há uma adaptação das normas às diversas condições de atendimento, em que as estratégias, focalizadas no uso de macas ou pranchas para remoção dos pacientes requer o engendramento de táticas dos sujeitos, um “fazer” que constrói o cotidiano tal como ele acontece, desviando-se do instituído e instaurando um novo fazer.

É importante pontuar que a aquisição das lanternas de mão e de cabeça, no relato do profissional, foi interdependente e importante para o desempenho no trabalho e uma ação criativa adaptada para driblar as imprevisibilidades decorrentes do APHM. Isso reitera a contribuição do estudo no sentido de demonstrar outras possíveis maneiras de fazer os procedimentos com segurança e precisão, e, não necessariamente, ficar limitado ao instituído nas normas e rotinas que nem sempre condizem com a realidade laboral concreta. Os profissionais operam o escape das situações inesperadas e constroem o cotidiano diante da realidade que lhe é apresentada.

Assim, as táticas são realizadas de forma sutil, golpe a golpe, algumas vezes, visíveis, outras invisíveis, mas concebem autonomia ao sujeito, que inventa e (re)inventa o seu cotidiano, ativamente (CERTEAU, 2014; MELO, 2019). A tática pode ser assim considerada como uma forma de fazer perspicaz, objetiva e espontânea que acontece no breve momento,

não há previsibilidade para realizar as táticas, elas são criadas/reinventadas diante de situações emergenciais, dadas as possíveis adversidades (CERTEAU, 2014).

O cotidiano tenso e problemático dos profissionais do SAMU exige da equipe reinvenções, artimanhas para driblar as situações hostis com as quais se depara, exigindo dos profissionais atendimento rápido, coordenado e eficiente. É interessante ressaltar que, embora existam protocolos e normas para os atendimentos, verifica-se que, devido à natureza do serviço e à gravidade dos pacientes, os profissionais lançam mão de práticas que se materializam por meio de táticas próprias de cada sujeito e que ressignificam de acordo com suas necessidades e possibilidades, o que é proposto nas normas. Neste contexto, os trabalhadores se utilizam de códigos (táticas) sutis para se comunicarem sem que os familiares percebam tais alterações.

Outro dia mesmo, eu fui constatar um óbito, na hora que eu fui imprimir, tinha acabado a fita, a ambulância estava longe, a gente estava dentro do prédio, dentro do apartamento, olhei para a médica e falei acabou a fita. Ela, de forma despistada, falou tudo bem, a gente costuma deixar a fita com a família para confirmar a assistolia, a gente mostrou só na tela do monitor e falou o coração está parado. (E05)

No nosso trabalho, existem muitos imprevistos, até a maneira que a gente conversa entre eu e o médico, tipo sobre o procedimento que irá fazer ou não, a gente usa alguns termos, que é meio que código entre a gente, só para o outro entender. Exemplo, chegamos é um idoso em PCR, frágil, de 90 anos, acamado, você vê que a família está desesperada, que não está pronta para constatar o óbito, aí a gente fala suporte básico, ou seja já sabe que a gente só vai ambuzar e massagear levemente, não vamos puncionar, fazer adrenalina, então a gente tem algumas coisas assim, nada padrão. (E12)

A linguagem não verbal ou o uso de códigos compartilhados pela equipe são importantes ferramentas utilizadas entre os profissionais de saúde, durante os atendimentos em que as situações exigem discrição e celeridade, sem melindrar a família do paciente que já está amargurada com a situação de seu ente querido. Nesse sentido, um código (tática) pode otimizar e alavancar um atendimento por meio de uma linguagem não verbal que, em muitas situações desagradáveis, é a única alternativa para conseguir controlar determinada situação (FELIX; ARAÚJO; MAXIMO, 2019).

Outros sinais utilizados entre os profissionais para transmitir mensagens, são as expressões faciais, sobretudo no modo de agir e reagir durante o atendimento, repercutindo de forma positiva na organização, produzindo equilíbrio e eficiência na assistência da equipe (TIBÃES, 2017).

Estudo realizado sobre a psicodinâmica do trabalho dos profissionais que atuam no SAMU identificou que eles costumam usar códigos e combinações, por meio de técnica

operatória gestuais, como forma de prevenir contra possíveis agressões; observar o outro profissional da equipe pelo olhar, tom de voz, fisionomia e expressões, essa linguagem auxilia nas situações de atendimento e favorece a interação entre os profissionais (FELIZ; ARAÚJO; MÁXIMO, 2019). Os códigos utilizados entre a equipe do SAMU são adotados como uma alternativa para otimizar o atendimento de casos em situações delicadas, em casos graves, em que o paciente e ou familiar não está preparado para receber a notícia; em casos de suspeita de agressões, assassinatos, a equipe, ao perceber qualquer alteração, entrecruzam os olhares e direcionam sobre o processo a ser executado e os procedimentos a serem realizados diante do ocorrido.

Outra situação adversa, descrita pelos sujeitos, é a diversidade de ocorrência solicitada, requerendo o atendimento para o quadro clínico do usuário quanto aos sinais e sintomas, mas, os solicitantes não explicam, por exemplo, que se trata de um paciente obeso que, muitas vezes, não cabe na maca da ambulância ou que o local é de difícil acesso. Essa situação atrasa o atendimento que poderia ter sido agilizado em parceria com o corpo de bombeiros, por exemplo, que se encontra preparado para ações de resgate de vítimas em condições de risco elevado.

Tem paciente que é obeso e que mora dentro de um quartinho e que para tirar dali é uma luta, já teve casos da gente ter que acionar o bombeiro para tirar, inclusive pra conseguir entrar com essa paciente porque na maca ela não cabia, tirar a maca pra fora, colocar ela no chão da ambulância porque nem dentro da maca ela cabia de tão obesa que ela era. Então essas são situações que a gente se depara. (E08)

Em situações de resgate de vítimas, em locais de difícil acesso, além dos profissionais médico e enfermeiro, o bombeiro também é acionado para realizar ação conjunta, com segurança para o usuário e, se necessário, transportá-lo até o local de atendimento. Para que a assistência seja bem sucedida, é imprescindível que os profissionais estejam bem preparados, pois, do contrário, pode-se causar sequelas irreversíveis ao usuário (FREITAS *et al.*, 2019).

Há situações de elevado risco para os pacientes, nas quais é preciso improvisar para não agravar a condição do usuário. Os recursos são escassos para esses atendimentos. Os depoimentos, a seguir, retratam situações de risco que exigem profissionais devidamente treinados, habilitados, condicionados fisicamente e com raciocínio clínico rápido para atuar frente a situações impactantes.

Eu já fiz atendimento em altura, aquela pedreira bem atrás do Odilon Behrens. Uma vez uma pessoa caiu, lá deve ter uns 150 metros de altura, a pessoa caiu, mas não caiu totalmente ficou pelo meio ali, a gente teve que descer de rapel para fazer o

atendimento, mas eu fiz treinamento para atendimentos em alturas, precisa está bem treinado e ter condicionamento físico. (E01)

Antes não tinha um helicóptero específico para isso, então a gente chegava com o helicóptero da polícia que não era configurado aeromédico, então a gente ia de porta aberta, ajoelhada, a gente ia entre o passageiro e o comandante, são situações de alto risco. (E02)

O cotidiano dinâmico de atendimento do SAMU exige de seus profissionais habilidade técnica, conhecimento científico, aptidões, improvisos e preparo físico para agir com segurança e eficácia em um contexto de tensão (PEREIRA *et al.*, 2020). Essas competências são cruciais para o enfrentamento de situações limítrofes de vida e de intensa pressão, pois, em muitas ocorrências, é preciso que os profissionais permaneçam no local de atendimento, nem sempre seguros, até a estabilização da vítima. Em casos específicos de resgate de vítima de queda de altura, é imprescindível que o socorrista tenha experiência, seja capacitado e tenha materiais disponíveis, individual e coletivo para esse tipo de atendimento, com objetivo de salvaguardar vidas.

Tendo em vista as especificidades do serviço pré-hospitalar, é fundamental que os profissionais sejam qualificados e treinados para atenderem qualquer tipo de ocorrência em que serão requisitados; raciocínio clínico para a tomada de decisão rápida e acertada, habilidade física e psíquica em situações de estresse, capacidade de trabalhar em equipe e competência técnica para efetivar as intervenções prontamente, e ter uma visão holística do paciente (ANDERSSON *et al.*, 2019).

A Portaria MS/GM nº. 2.048/2002 especifica os requisitos que o profissional precisa apresentar para atuar no SAMU, entre eles, equilíbrio emocional e autocontrole para lidar com situações inesperadas; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física (condicionamento físico) para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação e também de recertificação periódica, além de conhecimento específico na sua área de atuação (BRASIL, 2002).

Neste complexo e desafiador cotidiano laboral, os profissionais precisam estar sempre atualizados com relação às condutas a seguir, bem como apresentar capacidade física, raciocínio rápido e criatividade para prestar assistência segura e com qualidade aos usuários.

5.4 Potenciais de risco no trabalho cotidiano do SAMU

O trabalho cotidiano no SAMU abarca situações instáveis e limítrofes, ocorrências em locais inóspitos, complexidade na assistência a pacientes críticos, soma-se a isso a exposição à violência, riscos e tensões emocionais. A junção desses fatores, no transcorrer do atendimento, contribui para potenciais situações de riscos para o paciente (CABRAL *et al.*, 2020).

Os relatos evidenciam que as características inerentes ao serviço, o despreparo da equipe e o não domínio dos protocolos tornam os atendimentos propensos a potenciais de risco para o paciente. A qualificação da equipe pré-hospitalar, na realização de procedimentos, é considerada como definidora de eficácia, segurança e consequente redução de incidentes à vítima.

Eu considero também que o preparo da equipe é um fator de risco, se você tem um médico inexperiente, que não domina procedimentos, que não domina protocolos, isso é fator de risco. Então você ter hoje na USA um médico que não é habilitado com manejo de vias aéreas é matar o paciente. (E01)

A cena mais uma vez é sempre uma questão de risco, às vezes, o estresse da equipe é algo que pode levar ao erro de julgamento e um profissional não habilitado pra executar alguns procedimentos na rua, isso aí também é algo que pode trazer graves consequências para o paciente. (M 09)

O despreparo dos profissionais é considerado um fator dificultador, visto que os atendimentos são complexos com risco iminente de morte, os procedimentos exigem habilidade técnica, destreza manual e tomada de decisões imediata e eficiente, baseada em rápida avaliação para estabilização do quadro clínico do paciente (SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020). A inexperiência e falta de capacitação desses profissionais podem aumentar os riscos de incidentes e até o óbito do paciente.

Os atendimentos, prestados pelas unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV), apresentam particularidades quanto à composição da equipe (médico, enfermeiro e condutor-socorrista), gravidade dos atendimentos e procedimentos específicos. No SAV, o médico intervencionista é responsável pelo diagnóstico, prescrição e tratamento, realização de manobras invasivas de maior complexidade e, por isso, precisa ter domínio das técnicas e protocolos na assistência direta ao paciente grave com risco de morte (FERREIRA *et al.*, 2017).

Os profissionais devem estar em conformidade com o descrito pela Portaria Ministerial MS/GM nº. 2.048 / 2002, define que os profissionais do APH móvel devem ser

capacitados para esse tipo de atendimento, bem como devem passar por treinamentos periodicamente, realizados pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU).

Assim, a assistência prestada pela equipe do SAMU, em situações traumáticas, é determinante para evolução do quadro de saúde do paciente, pois um atendimento primário, fundamentado no conhecimento teórico-prático, é imprescindível para minimizar sequelas às vítimas (PHTLS, 2017).

Estudo realizado no SAMU de Montes Claros também revelou dificuldades com profissionais médicos com pouca experiência no atendimento pré-hospitalar e deficiência em habilidades técnicas, situação que dificultava um atendimento efetivo ao paciente (TIBÃES *et al.*, 2017). A eficácia do APHM é essencial para diminuição de sequelas e do risco de morte no paciente.

Devido à singularidade do cotidiano laboral do serviço pré-hospitalar, é imprescindível que o profissional seja capacitado previamente, por meio de cursos, palestras, períodos de experiência com outras equipes para o desenvolvimento das habilidades e competências específicas exigidas aos profissionais para esse tipo de atendimento (SILVA *et al.*, 2018b). Destaca-se que a implementação e periodicidade de treinamentos otimizam e qualificam o serviço, possibilitando maior segurança e redução de incidentes aos usuários.

Outro fator potencializador de risco são os cenários de atendimento, envolvendo vias públicas, estradas e anel viário, quando da prestação de cuidados à vítima de trauma decorrentes de acidentes de trânsito. Esses cenários expõem profissionais e vítima(s) a risco de atropelamento e de novos acidentes por estarem em locais de grande fluxo de veículos. A sinalização do local do acidente pelo condutor é uma medida preventiva para evitar outras ocorrências, entretanto, muitas vezes, essa sinalização não é respeitada por outros motoristas que trafegam pela via.

A gente atende, por exemplo, em via pública, o risco para o paciente na via pública é, às vezes, causar mais danos por ser via pública, até para equipe mesmo risco de atropelamento, linchamento, às vezes, a gente atende em estradas, em anel rodoviário, avenidas movimentadas, essas questões, mas, para isso, a gente faz a sinalização correta, avalia a segurança da cena. (E23)

Risco tem o tempo todo, por exemplo, quando a gente atende numa via movimentada, assim, em uma via expressa, um anel rodoviário, na Avenida Amazonas, vias de grande movimento onde tem moto passando, carro passando, então, mesmo a gente fechando, quando a via está fechada parcialmente, que a gente está abaixado fazendo procedimento. (E05)

Estudo de Lima e Santana Neto (2021) identificou-se uma predominância de ocorrências causadas por acidentes de trânsito e a presença de pessoas no local foi aprontada como possível entrave, para prestação da assistência, que intensifica o risco acidental pelo desvio de atenção dos profissionais, estresse, insegurança e medo pela possibilidade de novos acidentes.

Ressalta-se que trabalhar no SAMU é viver o risco no cotidiano, mas, apesar da inerência do perigo, existem medidas, como a avaliação da cena, a sinalização da área, o reforço da polícia, o treinamento da equipe, e quando adotadas, podem contribuir para a redução dos riscos. O ambiente onde transcorre o atendimento precisa estar seguro tanto para o profissional poder realizar os procedimentos quanto para o próprio paciente.

Equipes não treinadas, ausência de protocolo operacional padrão (POP) e de um plano de contingência, para lidar com situações inesperadas e desafiadoras, constituem circunstâncias de risco para o paciente. Ao serem acionados para uma ocorrência, os profissionais devem estar preparados para lidar com o risco que pode estar presente no cenário de atendimento, como em casos em que existe uma quantidade de armas de fogo expostas sobre a mesa e pessoas armadas. Diante dessa realidade, a equipe precisa pôr em prática o que foi apreendido nos treinamentos e o que foi instituído pelo POP a fim de prestar assistência ao paciente com qualidade e segurança.

É evidente que existe o risco de algum profissional da equipe sofrer alguma lesão por arma de fogo, ser machucado, ser mantido refém, e, por isso, são fundamentais os treinamentos e o processo de capacitação contínuos realizados pelo núcleo de educação permanente, a fim de minimizar os números de sequelas potenciais decorrentes dos atendimentos.

Quando tem alguém armado em cena e que não seja polícia, é complicado. As vezes a gente vai atender na casa de alguém e vê as armas expostas, ou você vai atender vilas e comunidades e você vê que tem pessoas armadas. Então, isso oferece risco, porque você não sabe o que ele está esperando do atendimento, se ele vai sacar aquela arma contra você ou fazer a equipe como refém. (E05)

Um estudo com enfermeiros do SAMU de Belo Horizonte revelou que os trabalhadores criam um mecanismo de defesa para agir com normalidade diante de contextos súbitos e, assim, ter concentração para agir com destreza, agilidade e precisão. Outro fato declarado pelos profissionais foi o não estabelecimento de vínculo com o paciente, o que, segundo eles, possibilita maior controle e menor impacto emocional visando a uma assistência com qualidade e segurança (TAVARES *et al.*, 2017).

Pesquisa realizada com profissionais do SAMU, sobre adesão aos protocolos, revelou que 23% afirmaram que aderem 100% aos protocolos; 46.1% afirmaram que aderem 75%; 15.3% afirmaram que a adesão é de 50% e, aproximadamente, 23% afirmaram que não aderem aos protocolos por desconhecerem a sua existência na unidade (PINTO, 2019). Nota-se que apenas uma pequena quantidade de profissionais (23%) adere aos protocolos na sua totalidade (PINTO, 2019). O uso de protocolos, durante os atendimentos, orienta e direciona o profissional a uma tomada de decisão mais acertada e com redução de incidentes ao paciente.

Foram relatados entraves na comunicação da prescrição e orientação, via rádio, pelo médico regulador aos profissionais da USB que informam ausência de *feedback* na realização da conduta. A escuta de uma prescrição equivocada gera consequências graves ao paciente. Ressalta-se que a comunicação é uma ferramenta crucial de trabalho no SAMU, por facilitar a prescrição de medicamentos e orientação de condutas aos técnicos que tripulam as unidades básicas. Evidencia-se também que, entre os profissionais da USA, a comunicação também precisa ser efetiva como em alça fechada, conforme relatado pelo profissional.

Uma coisa que eu tenho muita preocupação é a questão da prescrição e como a prescrição é feita a distância, a gente precisa ter certeza de que o profissional que está na rua entendeu o que foi prescrito, preparou e administrou a medicação certa. Principalmente pela USB, porque a USB recebe a prescrição pelo rádio e quem prescreve fala e pressupõe que o outro entendeu. Aí é uma questão da comunicação. E quem está do outro lado recebe aquela informação e executa e pressupõe que entendeu certo, existem ainda os ruídos do rádio, das pessoas circulando e da rua. (E16)

Tem hora que a gente tenta falar com a CR e o rádio não funciona, mas você tenta pelo seu telefone, mas dependendo da localidade também não tem sinal, mas eu sempre ando com um carregador portátil, às vezes, demora a obter contato. (T18)

Estresse de medicamento, falha de comunicação, comunicação em alça fechada, então você pede ou você acha que falou ali minimamente compreensível, aquilo não traduz uma realidade, você acaba notando que tem alguma falha de comunicação, de medicação ou de algum tipo de procedimento que foi solicitado e isso atrasa o que acaba gerando de certa forma o risco ao paciente. (M09)

Evidencia-se, na fala dos entrevistados, a identificação de circunstâncias de risco através de falhas na comunicação, devido a problemas de origem técnica como ruídos do rádio, ausência de cobertura da rede de telefonia de celular, barulhos dos locais de atendimento, interferência de pessoas próximas, o que dificulta, muitas vezes, ouvir com nitidez o médico regulador quanto à medicação a ser administrada e/ou à conduta a ser feita; esses potenciais riscos podem gerar incidentes graves ao paciente, inclusive óbito.

A comunicação entre o médico regulador e a USB precisa ser efetiva, considerando que o cenário adverso, *per si*, constitui-se um risco ao paciente; portanto, é necessário

implementar alternativas (prescrição escrita via celular disponibilizado pelo serviço e com boa cobertura) que confirmem as instruções e favoreçam uma escuta/e ou resposta adequada. A adesão ao protocolo, que preconiza a comunicação em alça fechada, também precisa ser adotada por todos os profissionais, objetivando minimizar a ocorrência de incidentes/EA. A comunicação em alça fechada consiste em uma linguagem clara e objetiva, em que a mensagem deve ir do emissor ao receptor, o qual deve retorná-la indicando que ouviu e entendeu a tarefa solicitada. É imprescindível que o emissor informe que a atividade foi finalizada (KOCHHAN *et al.*, 2015).

Dessa maneira, deve haver consenso e atenção no momento das conversas telefônicas (prescrição verbal) para que todos os procedimentos sejam bem compreendidos. De acordo com o protocolo segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, quando o profissional recebe a ordem verbal, ele deve repetir o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento (BRASIL, 2013). Há um potencial de risco na prescrição verbal.

Ainda referente à comunicação, os profissionais que tripulam a USA, informam que também existem lacunas na comunicação durante os atendimentos, talvez o risco seja um pouco reduzido pelo fato de que a equipe se encontra no mesmo ambiente, geralmente, um profissional em frente ao outro, o que facilita a visualização e a confirmação verbal pelo médico intensivista, quando da condução dos procedimentos. É preconizado, pelo protocolo do SAV, que os profissionais devem utilizar, em todos os procedimentos, a comunicação em alça fechada, aderir a essa prática minimiza a ocorrência de eventos relacionados à circunstância de risco (BRASIL, 2016).

De acordo com os protocolos do SAMU, a assistência prestada pelos profissionais, nas ocorrências, consiste em avaliar o quadro do paciente e, em sequência, informar ao médico regulador através do rádio para que este oriente e estabeleça as diretrizes para o atendimento adequado para a vítima. Assim, os médicos reguladores são responsáveis pela triagem dos casos que chegam até eles por via telefônica, pelo gerenciamento do processo de atendimento, orientando a equipe móvel quanto aos procedimentos (FELIX; ARAÚJO, MÁXIMO, 2019).

A segurança durante a prestação do cuidado passa por uma comunicação efetiva, precisa e completa entre as equipes. Falhas de comunicação contribuem para a ocorrência de incidentes que culminam na diminuição da qualidade dos cuidados (PENA; MELLEIRO, 2018). Deficiência no processo de comunicação, entre os profissionais, pode resultar em

incidentes para o paciente. Reconhecer as falhas pode ser uma barreira para assegurar um cuidado efetivo e menos risco.

É importante destacar que a escuta incorreta de prescrições gera problemas graves ao paciente. Nesse sentido, para o alcance de um cuidado seguro com redução de riscos, foi lançada a segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente com o propósito de melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde, garantindo que as informações verbais prescritas para o paciente sejam precisas e completas, sem ambiguidades, com garantia da compreensão adequada por parte do receptor da informação, assegurando uma comunicação correta para garantia do cuidado (BRASIL, 2017).

Evidencia-se, na realização da entrevista, que, ao serem questionados sobre situações com potencial de dano para incidentes, os participantes mencionaram que a retirada de itens (oxímetro) da ambulância dos locais apropriados, o sucateamento das ambulâncias e a falta de periodicidade nas manutenções, monitores inadequados e dificuldade diagnóstica são situações que comprometem os atendimentos, além de serem consideradas circunstâncias de risco para o paciente.

Enfatiza-se que muitas dessas potenciais situações de risco são decorrentes das próprias condições de trabalho do SAMU que geram sobrecarga e estresse nos profissionais, haja vista que o próprio cenário de atendimento já se constitui um potencial para ocorrência de danos ao paciente. Diante da inerência do risco, os profissionais utilizam estratégia para prevenir e/ou reduzir os potenciais de dano por meio da aplicação de protocolos, manuais, *checklist* e capacitação atualizada que servem como barreira organizacionais de segurança a fim de evitar a ocorrência de erros que resultem em EA. No entanto, apesar de toda organização prévia e seguimento do instituído nos manuais, ainda ocorrem incidentes, visto que o trabalho real não está necessariamente descrito em normas ou descrito completamente; o que leva, muitas vezes, leva os profissionais a fazerem uso de novas condutas diante de uma condição não programada, conforme mostrado nos dizeres a seguir.

Entrou um atendimento na hora que eu ia pegar plantão, então eu não consegui pegar plantão da minha colega e tive que entrar na ambulância e ir atender, e quando eu fui procurar o oxímetro ele não estava no lugar, então não tive como usar o oxímetro, isso causou um transtorno naquele dia. Tive que utilizar o oxímetro do monitor que precisei desmontar na correria. Outra situação, uma porta não travaram comigo, eu estava indo pra Ribeiro de Abreu (cidade de Minas), e a porta abriu e não queria fechar. (E01)

Pode acontecer de na hora de receber o plantão, receber o plantão com falta de algum material, monitor descarregado, bomba descarregada e ser acionado para uma

ocorrência logo em seguida, então pode acontecer, isso é um risco que a gente tem. (E02)

Os nossos monitores não estão adequados, mas nossos desfibriladores funcionam, mas a vida útil deles já está ultrapassada, talvez se a gente tivesse outro melhor, talvez seria mais fácil para poder trabalhar, pra diminuir esses riscos, outra questão é que o paciente é colocado na maca, mas ele não é preso ao cinto da maca, às vezes, o paciente é imobilizado na prancha longa, preso no cinto da prancha longa, nos tirantes, mas a prancha longa não é presa na maca. (E06)

Nota-se, por meio da fala de um dos entrevistados que, devido a uma imprevisibilidade (ocorrência em curso), no serviço na hora de receber o plantão, não houve conferência dos materiais presentes na ambulância. E, no momento do atendimento, o equipamento não pôde ser utilizado, gerando, portanto, uma circunstância de risco que resultou em um transtorno. Foi necessário, pois, improvisar com o oxímetro portátil do monitor que, conforme relato de E06, “não estão adequados”. Naquele momento, houve falha no cumprimento do checklist, de comunicação, passagem de plantão que são procedimentos imprescindíveis na assistência, o que prejudicou a resolubilidade do cuidado e desencadeou um quase incidente ao paciente.

Foram identificadas ainda outras circunstâncias de risco: o não travamento da porta da ambulância, monitores inadequados, ausência de dispositivos para prender a prancha na maca e equipamentos soltos sobre o paciente; tais problemas desencadeiam sérios riscos de incidentes para o paciente. Essas situações decorrem de falta de recurso, Falha gerencial. A instituição não está seguindo os manuais, protocolos e procedimentos estabelecidos por lei.

A coordenação do SAMU junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte deve prover condições de trabalho adequadas para os profissionais, bem como os recursos necessários para assistir com segurança o usuário por meio de manutenção preventiva e periódica nas ambulâncias e equipamentos que são instrumentos essenciais para o adequado funcionamento do serviço, porque este tem como missão chegar precocemente à vítima, prestar atendimento pré-hospitalar de urgência e com excelência a toda a população, bem como atender o paciente de forma ágil e eficiente, com profissionais capacitados e recursos tecnológicos adequados (BRASIL, 2006).

As macas de ambulância, em geral, não são organizadas para carregar cilindros de oxigênio, monitores, enfim, os equipamentos que a gente precisa pra fazer um atendimento, então a gente acaba dando um jeitinho... põe em cima do paciente, pede para ele abrir a perna um pouquinho, põe um respirador na cabeceira, a gente se vira e dá um jeito, mas vejo como inadequado, tem um risco muito grande de um equipamento cair em cima do paciente. (E24)

O famoso “jeitinho”, relatado pela entrevistada, demonstra duas situações, a primeira como tática usada pelo profissional para transportar o paciente com todos os recursos necessários para manutenção dos sinais vitais, e a segunda, uma improvisação realizada pelo profissional que representa uma circunstância de risco que pode resultar em um incidente grave ao paciente, caso alguns daqueles equipamentos caiam sobre ele.

Diante das situações não programadas, as equipes reinventam cotidianamente formas criativas e perspicazes no momento oportuno, escapando ao prescrito pelos padrões institucionais (CERTEAU, 2014). Os profissionais, de forma sutil e baseados em astúcias, realizam técnicas inventivas para transportar o paciente com os equipamentos imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde deste, mesmo cientes dos riscos. O protocolo de SAV aponta que os objetos não devem ficar soltos próximos ao paciente dentro da ambulância, mas a realidade vivenciada é a ausência de locais de suporte para a disposição de equipamentos vitais para o paciente.

Ratificamos assim com Felix, Araújo e Maximo (2019) quando declaram que os trabalhadores criam seu próprio modo de fazer a partir dos imprevistos, de seus saberes inventivos com o objetivo de buscar formas mais adequadas a partir da diversidade de cenários em que se encontram.

A assistência prestada pelo APH precisa ser imediata e ágil, estabilizando o quadro e transportando o paciente para a unidade de saúde, além de estar sujeita às incertezas da natureza e do trânsito. Devido à pressão no tempo resposta de atendimento, os profissionais ficam mais susceptíveis ao erro e há maior predisposição para risco de queda dos pacientes.

Já teve situações comigo que a maca deu problema no meio do transporte, ela desarmou e foi de uma altura de 01 metro pro chão, então se o paciente tivesse sem o cinto fixado, ele teria caído da maca, então ele não caiu, mas teve uma repercussão desse movimento. Era um paciente com IAM com supra, ele teve uma PCR em seguida, porque ele assustou e fez uma taquicardia de 180bpm que a gente conseguiu reverter, mas poderia ter sido pior, porque ele poderia ter ido literalmente ao solo. (E15)

Devido à urgência para levar o paciente para o hospital, o condutor não fechou o cinto, ele fez uma curva brusca e o paciente caiu da maca, então a gente agiu a tempo e conseguiu segurar ele no ar, então a gente tem que prestar atenção. (M27)

Entende-se que essa situação é ainda mais complexa quando as falhas resultam em eventos adversos para o paciente, como relatado pelo entrevistado, quando houve uma parada cardíaca decorrente da maca ter desarmado, esse incidente poderia ter levado o paciente a óbito, caso a Parada Cardio Respiratória (PCR) não fosse revertida. Na outra situação, a falha

estava relacionada ao lapso de não se ter fechado o cinto de segurança, o que decorreu na quase queda do paciente e, conseqüentemente, um evento adverso sem dano.

Estudo realizado no SAMU do Rio Grande do Norte relatou dificuldades no acondicionamento de equipamentos e materiais; risco de infecção, traumas, quedas e na administração de medicamentos. Os profissionais do SAMU informaram que o risco de quedas era uma das maiores preocupações, pois estava diretamente relacionado às condições atuais das macas do serviço (CASTRO *et al.*, 2018).

Entende-se que o atendimento pré-hospitalar é vital para o paciente, especialmente no primeiro momento de estabilização do estado de saúde e minimização das complicações. É importante também transportar a vítima com segurança até a entrega na unidade de saúde, portanto, o condutor deve dirigir com atenção e segurança para o não agravamento do quadro de saúde da vítima (CASTRO *et al.*, 2018).

É importante considerar a identificação de fatores que culminaram em falhas na assistência ao paciente, vítima de queda de maca, pois os riscos existem, eles são peculiares ao serviço; no entanto, a equipe precisa aprender a gerenciar as potenciais causas por meio de rotinas de conferência de equipamentos existentes, com vistas a propiciar um transporte seguro à vítima sem danos, corroborando com Silva *et al.* (2020b) que enfatizam que os pacientes não devem sofrer danos decorrentes da assistência em saúde.

Um plano de segurança do paciente no SAMU de Teresina foi implementado por Oliveira *et al.* (2017) em que foram articuladas as seis (6) metas de segurança propostas pela OMS, com readequação para a realidade do serviço pré-hospitalar. Destaca-se aqui a meta, redução de lesões decorrentes de quedas que foi reelaborada com a inclusão de medidas adotadas no momento de atendimento ao paciente. Entre as normas estabelecidas estão: garantia do uso do cinto de segurança por todos os ocupantes da viatura, elaboração e implantação do protocolo para o transporte seguro e elaboração e implantação dos protocolos de atuação nos casos de queda para reduzir as conseqüências e danos aos pacientes. A adoção de práticas preventivas funciona como barreira de segurança evitando a propagação de eventos adversos.

A ambulância funciona como um instrumento de trabalho no SAMU; sem ela, os profissionais não conseguem sequer serem deslocados para as ocorrências. A parte interna desses veículos funciona como uma UTI móvel composta de insumos e equipamentos necessários para garantir a estabilização da vítima no local. Assim, é fundamental que haja manutenção preventiva das ambulâncias, conforme preconizado em portaria, visto que tanto o

profissional quanto o paciente estão sujeitos a incidentes, como estouro de pneus, colisão, tombamento e outros.

A identificação precoce dos riscos mecânicos possibilita avaliar, monitorar, gerenciar e instituir medidas para diminuir a probabilidade de incidentes durante a execução das atividades laborais dos profissionais do APH (NASCIMENTO; ARAUJO, 2017). Foi possível inferir, nas falas dos entrevistados, que eles reconhecem os riscos aos quais estão expostos em seu cotidiano de trabalho:

Eu inclusive já sofri um acidente de ambulância, a ambulância tomou com a nossa equipe na BR, a gente não estava em alta velocidade, mas chovia muito e tinha muito barro na pista e aí ambulância tomou, estavam todos de cintos, ninguém teve nenhum ferimento grave, mas um problema que eu percebi que poderia ter causado lesão na equipe foram os equipamentos que voaram, tinha equipamento para todo lado, trabalhar no SAMU é estar exposto ao risco. (E03)

Batida com a ambulância já aconteceu, ambulância estragou com a gente já aconteceu, principalmente quando a gente começou, não era nem SAMU, era Resgate. A ambulância era uma ambulância antiga e que estragava com constância. Eu já tive oportunidade de ficar horas parada esperando consertar. (E02)

Inclusive comigo aconteceu, a gente indo para Ribeirão das Neves. Na época a gente atendia lá. Estorou o pneu, a recapagem soltaram, só que nós ainda não estávamos com o paciente. (C08)

Acidentes automobilísticos também podem acontecer mesmo seguindo todas as regras de trânsito. Quando a gente está se deslocando para atender ou quando a gente já está com a vítima, tem um risco também nesse trajeto. Então, no SAMU verdadeiramente, a gente tem risco de todas as formas durante o atendimento. (C14)

Entende-se por risco mecânico a probabilidade de acontecer acidentes de transporte devido à falta de manutenção ou manutenção inadequada dos veículos; acidentes decorrentes do excesso de velocidade; más condições das estradas; animais na pista; ao espaço limitado dentro das ambulâncias, ventilação restrita que dificulta a recirculação do ar; ruas esburacadas e desniveladas, movimento do tráfego com trepidações e curvas acentuadas (OLIVEIRA; MACHADO; GAMA, 2014).

Nossos resultados corroboram com estudo realizado no SAMU do Piauí que aponta alguns fatores que influenciam nos acidentes, entre os quais estão: o sucateamento da frota de ambulâncias, em decorrência da falta de renovação sistemática, as “gambiarras” feitas pelas oficinas mecânicas, a qualificação inadequada dos condutores em direção defensiva. Os autores ressaltam também, o desrespeito da população, o que dificulta o tráfego das ambulâncias, eventualmente ocasionando acidentes (LEITE *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Sousa *et al.* (2018) aponta que as ambulâncias do SAMU devem realizar manutenção periódica de pneus, amortecedores, freios, entre outros itens de segurança

para evitar falhas mecânicas que podem desencadear acidentes à equipe e pacientes. Vale salientar que, no período das entrevistas, os profissionais do SAMU-BH informaram que a prefeitura comprara 26 novas ambulâncias, renovando assim a frota defasada.

A fala de CO8 revela a falta de manutenção preventiva da frota e afirma ser este um problema habitual que ocorre em quase todos os SAMUs. O não cumprimento das revisões corretivas e preventivas expõe a equipe e pacientes a riscos que podem resultar em eventos adversos.

Para ser sincero com você, neste tempo todo de sistema, a preventiva é muito difícil, a gente não tem qualidade nisso, não tem. Eu desafio qualquer sistema a provar que tem, não é só aqui em Belo Horizonte. O sistema é crônico em qualquer lugar. (C08)

Assim como neste estudo, pesquisa realizada sobre o processo de implantação da urgência pré-hospitalar móvel no Brasil identificou dificuldades estruturais que incluíam a ausência e retardo na manutenção das ambulâncias, e a existência de apenas uma oficina habilitada para realizar o conserto, gerando um tempo de espera que chega a dois meses. Ademais, a escassez de recursos municipais para custear a manutenção da frota acentuou esse problema (O'DWYER *et al.*, 2017).

A agilidade para a garantia do atendimento e o fator tempo resposta, preconizado pela PNAU, muitas vezes, não acontecem em decorrência do sucateamento das ambulâncias pelo não comprometimento das instituições responsáveis.

Os cenários imprevisíveis e complexos, a atenção redobrada com os equipamentos e uso de práticas inventivas para prevenir a queda dos itens presentes nas ambulâncias, são fatores presentes no trabalho cotidiano do SAMU e constituem potenciais de risco que podem resultar em danos para os pacientes.

São locais de difícil acesso, às vezes, para sair com a vítima do local, tem um risco, às vezes, é um barranco, é uma escada mais íngreme, é uma laje, às vezes, o paciente tá preso nas ferragens do carro. Geralmente todo o material, o cilindro de O₂, tudo fica do mesmo lado da ambulância, assim o peso de todo esse material fica do mesmo lado, então para quem vai conduzir, no momento de uma manobra mais brusca ou talvez uma curva, tem um risco maior por causa dessa má distribuição do peso, os materiais não são fixados, então, às vezes, o desfibrilador está solto, o ventilador mecânico está solto, tudo isso tem potencial de risco, são fatores que podem levar a danos tanto para o paciente, quanto para equipe. (E03)

Então a gente tem que estar sempre atento, sempre atento, sempre vendo se as amarrações estão direitas, se as redes não estão desgastadas, porque realmente é um dos maiores riscos de queda, um exemplo, um monitor pode provocar um trauma grave em um paciente que já está convalido. (M09)

As adversidades, vivenciadas no cotidiano do SAMU, exigem do profissional técnicas improvisadas, como as amarrações das redes para que os equipamentos não caiam nos pacientes, revelando situações que caracterizam a realidade do trabalho que se difere muito do que é prescrito, na busca por manter a eficácia do serviço (TIBÃES, 2017).

A identificação de potenciais situações de risco pelas equipes do SAMU é fundamental para prevenção de incidentes/EA no paciente, além de contribuir para qualificação e segurança da assistência prestada.

5.5 Mudanças no trabalho cotidiano de equipes do SAMU diante da Covid-19

A doença por coronavírus (Covid-19) impactou substancialmente o serviço pré-hospitalar móvel no Brasil. Desde o anúncio dos primeiros casos na cidade de Belo Horizonte, houve um aumento no número de atendimentos, o que gerou maior demanda para os serviços, sobretudo o SAMU. Os profissionais do Atendimento pré-hospitalar (APH) estão expostos diariamente ao vírus e tiveram que se adaptar rapidamente ao “novo normal” no seu trabalho cotidiano.

Vale ressaltar que o cotidiano é compreendido como um cenário de trabalho não rotineiro, dinâmico, mas reinventado dia a dia diante de situações em que os profissionais são colocados e pressionados (CERTEAU, 2014).

Em virtude da pandemia, foi necessária uma reorganização do serviço e a inclusão de novos EPIs, como: máscaras com filtros, óculos de proteção, *face shield*, capote e macacão branco, itens que se tornaram obrigatórios em todos os atendimentos, uma vez que todo paciente atendido pelo serviço pré-hospitalar é considerado como potencialmente infectado pela Covid-19, o que vem se tornando um desafio para os profissionais (SMEREKA; SZARPAK, 2020; SABERIAN *et al.*, 2020).

O que mudou é que a gente antes não tinha muito hábito de usar máscara cirúrgica. Dependendo do atendimento, a gente usava quando ia fazer algum procedimento intubação ou quando tinha suspeita do paciente ter uma doença transmitida por gotículas, por aerossol. Hoje em dia, a gente usa em todos e também o uso de capote, de óculos. Atualmente está sendo orientado, aqui no SAMU, que esse EPI seja utilizado em qualquer tipo de atendimento. Então essa tornou-se uma obrigação. (M28)

A gente não tinha o costume, como profissional de saúde, de sempre estar usando o EPI, de máscara, então o COVID trouxe essa obrigação, todo atendimento a gente tem que usar máscara e a gente agora tem um protocolo novo aqui no SAMU, que, todos os atendimentos, temos que paramentar, colocar capote, então o que mudou foi o acréscimo de mais uso de EPIs. (T25)

Mudou muito, principalmente o cuidado com o uso de EPI pelo fato da gente trabalhar no pré-hospitalar. Muitas vezes, a própria situação fazia com que nós não usássemos todos os EPI necessários. A gente, às vezes, não usava uma máscara, a luva sempre, mas a gente não usava uma máscara, um óculo de proteção. Agora é obrigatório. (C14)

Antes da pandemia, o único EPI que a gente utilizava era a luva, a gente não tinha a rotina de utilizar máscara, capote, essas coisas, acaba que o nosso macacão também é um EPI, o nosso macacão e a bota, agora a gente está utilizando máscara em todos os atendimentos, gorro, capote. (T22)

Mudou nosso cuidado com a paramentação e EPI. A gente não usava máscara pra tudo, não usava protetor pra tudo e hoje está assim, mesmo quando não é Covid-19, a gente usa todos os EPIs, a limpeza de mãos. (M26)

Durante os atendimentos, os profissionais de saúde do APH são expostos diretamente aos pacientes, suspeitos ou infectados, apresentando um risco maior de contaminação. Tal contexto de trabalho aponta especificidades tanto em relação à imprevisibilidade da ocorrência, quanto às características das ambulâncias, onde acontece o cuidado. Tais particularidades podem expor a equipe a maior risco diante da pandemia (GHAZALI *et al.*, 2020).

Com vistas a garantir a saúde laboral e mitigar os riscos de exposição e transmissão da Covid-19, os profissionais do serviço pré-hospitalar devem, obrigatoriamente, fazer uso de máscara cirúrgica, macacão descartável, luvas, óculos, touca, avental, respirador do tipo *Filtering facepiece P2 (FFP2)*, *face shield* e protetores de pé durante a assistência aos pacientes. Preconiza-se, ainda, a lavagem das mãos ou aplicação de solução hidroalcoólica (GHAZALI *et al.*, 2020; ECDP 2020).

Em decorrência de ambulâncias não disporem de pias para lavagem das mãos e, em muitos locais de atendimento, os profissionais também não terem disponível esse recurso, recomenda-se que cada profissional carregue consigo um frasco de álcool em gel 70% de fácil acesso e que um dispenser deve ser afixado no interior da unidade móvel (BRASIL, 2020).

Os profissionais devem fazer uso constante de máscaras durante os atendimentos, visto ser uma medida preventiva da Covid-19. Pelo fato de o vírus ser disseminado, predominantemente, por gotículas, e a transmissão dessas gotículas ocorrer por meio de partículas respiratórias, a máscara cirúrgica, tem a capacidade de ser resistente a fluidos, portanto deve ser usada para proteger pacientes e profissionais de saúde (AĞALAR; ÖZTÜRK ENGIN, 2020).

De acordo com o relato dos entrevistados, mesmo tendo conhecimento sobre a importância do uso dos EPIs, como máscara, luva, óculos, como medidas de proteção nem todos os profissionais os utilizavam, mas, vale lembrar que a equipe realiza procedimentos na

vítima, cujo diagnóstico é desconhecido, só sendo revelado horas de o paciente ser admitido na instituição, e quando são avisados de que a vítima apresentava uma doença infectocontagiosa, era necessário direcionar as medidas cabíveis que poderiam ter sido evitadas caso estivessem utilizando os EPIs. No entanto, com a pandemia, houve também o acréscimo de outros equipamentos que se tornaram obrigatórios.

De acordo com o documento da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), em parceria com demais instituições, toda a equipe deve usar os EPIs específicos para atendimentos a pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19. De forma específica, a utilização de macacão com proteção da cabeça, punhos e tornozelos, tendo em vista ampliar a proteção desses profissionais durante os atendimentos (BRASIL, 2020).

O uso correto dos EPIs garante uma proteção adicional em contato com pacientes suspeitos e/ou contaminados pelo Covid-19, portanto, é imprescindível treinar esses profissionais quanto ao uso adequado desses equipamentos (HOLLAND; ZALOGA; FRIDERICI, 2020). Outra maneira de se evitar a contaminação é a paramentação e desparamentação correta dos profissionais (BRASIL, 2020a).

De acordo com estudo realizado com profissionais do serviço de emergência do Teerã, Irã, houve um aumento na disponibilidade de EPIs na pandemia da Covid-19 e instruções quanto ao uso dos equipamentos nos atendimentos e transferências de pacientes, havendo à obrigatoriedade do uso de EPI por toda a equipe (SABERIAN, PEYMAN *et al.*, 2020).

Os resultados de um estudo com profissionais de saúde da China mostraram que, ao fazer uso de EPIs apropriados para SARS-COV-2, como máscaras, *face shield*, luvas, roupas, óculos e botas de proteção, reduziu-se o risco de infecção da equipe ao estar em contato com o paciente contaminado (RAN *et al.*, 2019).

Da mesma forma e corroborando com os resultados deste estudo, em estudo realizado em Teresina/PI, com profissionais do SAMU, foi observado que o macacão era o único EPI utilizado por todos da equipe e que apenas uma minoria fazia uso de todos os EPIs, apesar de terem conhecimento da importância destes para a redução de riscos ocupacionais (LEITE *et al.*, 2016).

Outra mudança ocorrida no período pandêmico está relacionada à inserção de novos protocolos devido ao desconhecimento do comportamento transmissível da Covid-19 e peculiaridades em relação aos atendimentos pré-hospitalares em casos de manejo de vias aéreas.

Em cumprimento às orientações provisórias da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *American Heart Association* (AHA) para atendimentos no serviço pré-hospitalar a pacientes suspeitos e/ou contaminados pela Covid-19, em particular, aos procedimentos de geração de aerossol, como gerenciamento das vias aéreas ou parada cardiorrespiratória, recomenda-se que a equipe deve estar paramentada com os EPIs preconizados: óculos, máscaras N95, gorro, avental, luvas e viseiras (RUETZLER *et al.*, 2020; AHA, 2019; OMS, 2020). Ressalta-se que se deve evitar procedimentos geradores de aerossóis, no entanto, caso seja necessário, os profissionais devem realizar as intervenções com a paramentação recomendada.

Vieram dezenas de protocolos que a gente não estava acostumado, aliás até hoje é difícil, como era tudo novo, era tudo diferente, cada hora vinha um protocolo diferente, então a gente teve que se adaptar a esse negócio para conseguir dar um atendimento adequado ao paciente, especialmente em situações de parada cardíaca. (E12)

Você vai intubar o paciente, aí você pensa, você intubou o paciente, usa o laringo, vai que o paciente é suspeito, uma nova prática de não ambuzar, mudou tudo, onde eu ia imaginar que quando eu chegasse para atender um paciente de PCR, a primeira coisa que eu iria fazer era tampar a boca do paciente, antes eu já descia com o monitor, agora eu desço com o monitor e uma compressa na mão, porque quando eu chego e vejo que é PCR, eu tampo a boca do paciente com uma compressa pra monitorizar e aí a gente começa a atender o paciente com a boca tampada, além do uso do filtro de ar. (E05)

Nesse contexto de pandemia, mudou detalhes em relação ao atendimento em si, como dispositivos, nós não estamos usando, porque gera mais aerossóis. Tem entrado outros dispositivos, pensando em minimizar o risco para a equipe. Alguns procedimentos são feitos pensando em minimizar os riscos, e eles têm muitos detalhes relacionados à segurança, os cuidados com aquele paciente, alguns pontos positivos para o paciente e teve aquisição de alguns materiais e outros dispositivos. (E03)

Os resultados do presente estudo encontram-se em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde acerca do que é preconizado para realização da intubação orotraqueal por meio de dispositivo bolsa-válvula-máscara conectado a um filtro de ar com alta eficiência na separação de partículas (HEPA); fazer uso de equipamento de videolaringoscopia, caso esteja disponível, por possibilitar maior distância entre o profissional e o paciente; pausar as compressões torácicas durante a intubação; e, minimizar as desconexões do ventilador após obtenção do circuito fechado (BRASIL, 2020b).

Entre outras medidas instituídas, encontra-se o uso da cânula nasal ou máscara de reservatório na pré-oxigenação, averiguando se a cânula nasal se encontra no lugar após a tentativa de intubação. Recomenda-se também, que, ao utilizar dispositivos supraglóticos

como a máscara laríngea, ela deve estar acoplada ao filtro *High Efficiency Particulate Air* (HEPA) preferencialmente pré-montado para gerenciamento rápido, fácil e seguro das vias aéreas. E, sugere-se suspender, temporariamente, a ressuscitação cardiopulmonar durante a colocação do dispositivo (YANG, *et al.*, 2020).

Estudo realizado em Paris, sobre parada cardíaca, no ambiente pré-hospitalar, apontou, como precaução, a utilização do compressor torácico mecânico em substituição as compressões torácicas manuais e realizar a intubação orotraqueal com uso de avental com capuz, máscara e videolaringoscopia, tendo em vista que as equipes de Suporte Básico de Vida apresentam dificuldade em diferenciar pacientes com ou sem Covid-19 em parada cardíaca (JOST *et al.*, 2020). No Brasil, esse tipo de recurso ainda não se encontra disponível para os atendimentos pré-hospitalares, sendo realizadas as recomendações de acordo com o *American Heart Association*.

Importante destacar que as reanimações, aspiração de secreções, oxigenoterapia e intubações orotraqueais têm exposto os profissionais a riscos maiores de infecção, além de serem desafios para a equipe, tendo em vista o espaço restrito da ambulância e a proximidade física entre os profissionais ao realizarem tais procedimentos, aumentando o risco de transmissibilidade de vírus (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Nesse atual contexto desafiador e de incertezas agravado pela pandemia, é imprescindível que toda a equipe do APH esteja orientada e capacitada quanto às mudanças para realização dos procedimentos visando à proteção da equipe e à otimização dos desfechos do paciente.

Outra alteração modificada com a pandemia foi a rotina de higienização das ambulâncias de transporte de pacientes com confirmação ou suspeita de Covid-19. Houve uma reestruturação quanto ao processo de limpeza e desinfecção das ambulâncias que deve ocorrer em todas as superfícies internas do veículo com uso de álcool 70% ou produto desinfetante específico, indicado nos serviços, e, lavagem terminal após cada atendimento a pacientes suspeitos ou contaminados (BRASIL, 2020a).

Em caso de não serem realizados procedimentos geradores de aerossóis, deve-se realizar limpeza concorrente, utilizando álcool 70%, hipoclorito ou outro produto indicado para esta finalidade. Os profissionais devem estar paramentados durante os procedimentos de limpeza (ABRAMEDE, 2020).

Agora intensificou mais a limpeza do carro, a preocupação mais ao redor da equipe, tem que limpar os equipamentos se o paciente tem sinais e sintomas gripais. No

início, quem estava limpando era a equipe de enfermagem, aí agora contratou pessoas para fazer a limpeza do veículo. (C20)

A outra coisa é que ela redirecionou os nossos pensamentos, por exemplo, nós tínhamos uma rotina de desinfecção e limpeza das ambulâncias. Nós tivemos que repensar a rotina, porque anteriormente não atendia à necessidade, de novo dizendo assim, a pandemia virou prioridade. (E16)

Outra mudança que ocorreu foi a limpeza da ambulância a cada atendimento de paciente com suspeita de Covid ou com sintomas a gente tem que estar fazendo a higienização da ambulância, então assim mudou demais. (T22)

O que mudou foram os cuidados de higienização da ambulância aumentaram? Aumentaram sim, hoje você faz higienização na ambulância com mais frequência do que você fazia antigamente, também mudou muito em relação a isso, porque hoje você faz tanto uma higienização concorrente como terminal na ambulância, antigamente pra fazer uma limpeza terminal era superdifícil, porque o médico regulador que ficava na central não permitia que se fizesse porque tirava uma ambulância de circulação, então era uma briga constante, deveria ter higienizado antes. (E02)

A higienização dos materiais e equipamentos reutilizáveis, usados no atendimento, devem ser rigorosas após cada uso, de acordo com as melhores práticas, protocolos e realidades locais (BRASIL, 2020a).

Materiais que a gente usa aparelho de pressão oxímetro, o estetoscópio, isso a gente tem que limpar, a enfermagem que limpa e coloca no recipiente de local limpo, então mudou tudo, a cada atendimento a gente tem de fazer essa desinfecção e a cada 6 horas uma desinfecção terminal, então você tem que levar para empresa que passa o produto específico espera um tempo para agir, então mudou toda a rotina. (T30)

Corroborando com os relatos, estudos orientam que toda vez que houver atendimento à paciente suspeito ou contaminado de Covid-19, o processo de desinfecção da ambulância deve ser realizado por meio do uso de desinfetante, hipoclorito ou álcool 70%, de forma sistemática, a partir do teto e terminando no chão da ambulância, com especial atenção aos assentos. Os profissionais devem estar utilizando os EPIs durante a limpeza concorrente e o descarte dos panos utilizados deve ser feito em lixo infectante (INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN (IETSI), 2020; AĞALAR; ÖZTÜRK ENGIN, 2020). Além disso, houve a contratação de uma empresa para realizar a higienização das ambulâncias, materiais e equipamentos em casos de limpeza terminal.

O cenário pandêmico trouxe alterações e mudanças de práticas em todos os serviços de saúde, reformulando normas, protocolos e reorganizando ambientes, com a finalidade de proteger os profissionais e garantir uma assistência adequada às vítimas. Nesse sentido,

mudanças foram instituídas em relação à organização dos materiais nas ambulâncias, quanto à redução na quantidade de materiais e proteção de medicamentos e itens impermeáveis.

Então a própria disposição dos materiais da ambulância reduziu muito, a gente reduziu os materiais em mais de 50%, a gente trabalha com o mínimo de materiais necessário para não contaminar esses materiais. (E05)

Hoje os materiais são todos embalados, plastificados com plástico filme ou embalados em saquinhos plásticos para evitar contaminação. A gente reduziu muito o número de materiais dentro da ambulância justamente para evitar contaminação, tinha muito mais materiais antes da pandemia dentro da ambulância do que tem agora, deu uma reduzida. (E02)

Mudou muita coisa, primeiro que as ambulâncias ficaram muito mais enxutas, os equipamentos estão sendo retirados, limpeza dos materiais como monitores, está tendo um processo todo específico. (M09)

Essas ações corroboram com as medidas e recomendações preconizadas pelo Grupo de prevenção e controle de infecção (IPC) e demais instituições quanto à organização da ambulância, devendo permanecer no interior da ambulância somente os itens essenciais para o atendimento, bem como o invólucro dos materiais e medicamentos com filme PVC para facilitar a limpeza e evitar contaminação (IETSI, 2020; ABRAMEDE, 2020; GOV, 2020). Outros materiais que não são essenciais devem ficar em compartimentos superiores fechados, a fim de prevenir a contaminação.

Estudo realizado na Itália trata da higienização dos monitores, ventilador mecânico e demais equipamentos que se encontrem na ambulância, assim como do reprocessar ou descartar os equipamentos de oxigenoterapia após transporte de paciente Covid-19 (CAVICCHIOLO *et al.*, 2020).

O serviço pré-hospitalar, em parceria com outros órgãos e instituições, vem buscando medidas preventivas visando à segurança dos profissionais e pacientes, no entanto, alguns entrevistados relataram que determinadas normas técnicas dificultam a assistência e demandam tempo, visto ser um serviço complexo que requer dos profissionais agilidade e destreza.

Todos os nossos materiais e medicações agora são plastificadas, isso dificulta até a visualização. Quando eu vou conferir a ambulância, eu gasto mais tempo, porque antes só de olhar para a ampola de fentanil, eu sabia que era fentanil, agora eu tenho que pegar a ampola e olhar de perto, para ter certeza que é fentanil mesmo, porque como tá tudo com o plástico filme, e, às vezes, pode ser confundido fentanil com outra ampola e guardado junto, tanto que está difícil de abrir, para fazer procedimento. Às vezes, eu demoro mais, porque está difícil abrir todas as coisas plastificadas. Você gasta mais tempo abrindo, tem que repor a ambulância mais vezes, a gente higieniza a ambulância várias vezes durante o plantão. (E05)

A inclusão de novos EPIs ao trabalho cotidiano dos profissionais do SAMU, no período pandêmico, tornou-se um desafio, uma vez que a quantidade de vestimentas, a sobrecarga de trabalho e as condições climáticas têm levado ao esgotamento físico e psicológico. A realização de procedimentos como a paramentação e desparamentação é exaustiva e estressante, no relato dos profissionais.

Nas atuais circunstâncias de pandemia, os profissionais de saúde, atuantes na linha de frente, têm trabalhado de forma exaustiva e prolongada, gerando estresse ocupacional ao trabalhador (SANTOS *et al.*, 2017). Esse estresse reflete em sintomas físicos ou mentais, em consequência de acontecimentos do ambiente de trabalho e/ou suas atividades.

Você usar os EPIs no calor de BH, durante o dia, no calor de 30 graus, uma roupa impermeável, a ambulância no protocolo institucional você tem que andar com os vidros abertos, não pode ligar o ar-condicionado, você desidrata muito mais, além do seu cansaço ao final de um plantão. (M10)

Eu acho que a nossa preocupação aumentou exponencialmente, a gente já passa muito calor com a roupa normal e agora tem além do nosso macacão mais proteção que deixa a gente ainda mais tenso tanto psicologicamente como fisicamente. (E12)

Em consonância com nossos resultados, estudo realizado com profissionais de saúde na China mostrou que trabalhar usando EPI, por longos períodos, tornou-se um grande desafio, levando ao desgaste físico pela demanda de atendimentos. Os profissionais relataram anóxia e desconforto respiratório ao permanecerem com os EPIs por longos períodos (XIONG; PENG, 2020; MAZZOLI *et al.*, 2020). Da mesma forma, profissionais de saúde relataram dificuldade e extremo desconforto físico causado pelos EPIs por períodos prolongados (EFTEKHAR *et al.*, 2021). A sobrecarga e a intensidade de trabalho desgastam física e emocionalmente os profissionais que trabalham diretamente na linha de frente dos serviços de saúde.

O uso de EPI por profissionais de saúde reduz o risco de contaminação durante os atendimentos, no entanto, também gera angústia, estresse fisiológico e psicológico, devido às limitações advindas do uso desses equipamentos como respiração reduzida, temperatura corporal aumentada, calor excessivo e diminuição da visão (MARTÍN *et al.*, 2018).

É notório que, devido a elevadas temperaturas em determinadas regiões, o uso de vestimenta padrão (macacão e bota) pelos profissionais do SAMU gera desconforto durante os atendimentos, muitos deles demorados, com exposição ao sol, a residências sem nenhuma ventilação, o que pode desencadear, nesses profissionais, situações de fadiga, insolação, câimbra e desidratação. Essa situação torna-se ainda mais agravante nesse período da pandemia, com a o acréscimo de EPIs, aumento da tensão e maior tempo nos atendimentos.

Dessa forma, é constante o adoecimento dos profissionais vinculados à exposição desse risco (SOUSA *et al.*, 2018).

Outra recomendação instituída pela ANVISA (2020a), durante a pandemia, foi evitar o uso de ar-condicionado na ambulância com a presença ou não de pacientes e manter as janelas abertas e o exaustor das ambulâncias ligados, para melhorar a ventilação interna do veículo.

O serviço pré-hospitalar apresenta peculiaridades que o diferem de outros serviços, alguns atendimentos são em locais de difícil acesso, em situações adversas, e, portanto, as vestimentas precisam ser adequadas para este tipo de atendimento. Um dos relatos revela que o material disponível não era adequado.

Nós tivemos que bater o pé e conseguimos ter, pelo menos nos transporte dos pacientes com suspeita inicialmente ou sabidamente de COVID, o equipamento de proteção mais adequado, a gente teve que batalhar pelos capotes que antes eram fininhos, eram de uma gramatura inadequada, aí a gente conseguiu de melhor qualidade mais longo que vai até embaixo, cobre a bota. (M29)

Os materiais, especificamente o avental disponibilizado pelo Ministério da Saúde, têm gerado sensações de insegurança no contexto pré-hospitalar, pois não permite a cobertura de toda a extensão corporal, deixando exposta partes do macacão, pois o avental é fixado pela parte posterior à região cervical e amarrado pela cintura (MARQUES *et al.*, 2020).

O presente Estudo mostrou que a maioria dos profissionais, antes da pandemia, ainda se encontravam resistentes e negligentes quanto ao uso de alguns EPIs, mesmo sabendo da importância do uso dos equipamentos como medida de segurança, além de ser preconizado pelas normativas e cobrado pela instituição, o que pode denotar um contra-uso pelos profissionais do APH, conforme relatado nos depoimentos a seguir:

Mudou tudo, porque antes a gente ia para o atendimento, usando uma máscara cirúrgica, às vezes, não se usava, apesar da coordenação cobrar, os óculos de proteção sempre existiram desde que eu entrei. A gente sempre recebeu treinamento para uso de EPI, mas a enfermagem em geral não via isso como algo necessário e não usávamos. (T30)

Era muito comum você chegar em uma ocorrência e ver colegas atendendo sem máscaras, atendendo só com luvas, apesar dos treinamentos e orientações. (M10)

Assim, apesar de a preconização do uso de EPIs, elemento de estratégia no serviço de APH, há uma intencionalidade dos sujeitos que optam ou não pelo seu uso. Essa prática, realizada pelos profissionais do SAMU, corrobora com o estudo de Mendes *et al.* (2019) que identificou a não adesão ao uso de EPIs por profissionais que alegam diversos motivos para isso, entre os quais, desconforto, autoconfiança, esquecimento, falta de hábito, de tempo e de conscientização. O não uso dos equipamentos pode ser visto como uma subversão às normas

estabelecidas. Os profissionais valem-se de uma liberdade de escolha para driblar o uso de EPIs preconizado, o que revela a ideia de Daros (2013) de que os sujeitos, por meio de subversão, astúcia e antidisciplina, ressignificam seu cotidiano.

Em um contexto multifacetado, vivenciado pelos profissionais do SAMU, faz-se necessária uma rotina de medidas educativas, em que os próprios trabalhadores abordem situações experienciadas nas ocorrências e identifiquem os EPIs necessários para evitar a exposição a determinado fator de risco. Discussões baseadas em realidades experimentadas pela própria equipe tornam os protocolos sistematizados mais fluidos, sem ressaltar tanto o caráter impositivo, a fim de melhorar a adesão aos EPIs e para que os trabalhadores se sintam responsáveis pelo processo. Evidencia-se a importância do uso dos EPIs como proteção ao profissional, reduzido os riscos de contaminação e prevenção de infecções e sequelas ao paciente.

Assim, o uso de EPIs é uma necessidade de proteção, além de ser de uso obrigatório pelos profissionais de saúde, por estarem em contato direto com o paciente. A Portaria nº. 2048, a NR6 e NR32 trazem, em seu arcabouço legal, tais recomendações quanto ao tipo de EPIs que devem ser utilizados no trabalho cotidiano, diretrizes para implementar instalações para saúde e segurança dos profissionais (BRASIL, 2002; 2015; 2005).

O contexto da pandemia impôs uma reestruturação no arcabouço do SAMU, com a inserção de novos protocolos, a obrigatoriedade do uso de EPIs pelos profissionais em todas as ocorrências, além do aumento e exaustão dos atendimentos. Acredita-se que essa pandemia apresentou uma importante lição, a adesão dos EPIs como ferramenta de proteção contra doenças invisíveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, fundamentada no cotidiano de Michel de Certeau, possibilitou adentrar no universo de situações vivenciadas pelos profissionais do SAMU, rompendo com a ideia de uma rotina previsível, habitual e delimitada por protocolos.

Os resultados mostram um trabalho cotidiano inusitado que assume diferentes nuances diante de situações adversas, eles criam e recriam novas maneiras de salvar a vida dos usuários e reduzir sequelas. Nessa perspectiva, os profissionais que tripulam as ambulâncias tornam-se os protagonistas do cuidado, no sentido de ressignificar o cotidiano ao subverter o estabelecido, criando seu próprio modo de fazer de forma sutil e pontual diante de situações inesperadas, ou seja, a realidade que não está escrita nos manuais.

Com a realização deste estudo, foi possível identificar particularidades cotidianas dos profissionais do SAMU, que expõem os usuários a uma diversidade de riscos, muitos deles inerentes ao próprio serviço e a outros decorrentes de um contexto socioeconômico, cultural, vulnerável: moradias em aglomerados e infraestrutura urbana inadequada.

O estudo identificou potenciais de risco para os usuários, em uma diversidade de situações e contextos de atendimento, decorrentes do tipo de preparo de membros da equipe, da dificuldade de comunicação com a Central de Regulação (CR), de ambulâncias sem manutenção, de macas com defeitos e de moradias com dificuldade de acesso. A identificação dos potenciais de risco deve fazer parte da rotina antes e durante os atendimentos, e a implementação de medidas preventivas reduz os riscos de incidentes ao paciente.

Outra questão abordada refere-se às intempéries climáticas e sociais que resultam em risco para assistência ao usuário. Tendo em vista que as constantes variações climáticas, nas quais são realizados os atendimentos, ou seja, exposição à chuva, sol e calor intenso, dentre outros fatores naturais podem dificultar a realização de procedimentos pelos profissionais e culminar em eventos adversos (EA).

Um potencial fator de risco, também encontrado no estudo, está relacionado à prestação do cuidado ao paciente em situações de violência, quando o profissional presta atendimento em aglomerados, nos quais ainda está ocorrendo troca de tiros e, até mesmo, em rodovias; nesses locais, pode ocorrer evento adverso ao usuário, tendo em vista que a equipe pode desviar a atenção e realizar um procedimento errado ou administrar um medicamento trocado pela tensão do atendimento.

Além disso, há a pressão exercida por traficantes, familiares e transeuntes que exigem a agilidade do atendimento e, muitas vezes, querem ordenar o que deve ser feito. Essas situações são potenciais de riscos aos usuários, mesmo seguindo o prescrito nos protocolos para situações de violência e acidentes em rodovias, pois a realidade não condiz com os manuais. Dessa forma, mais uma vez, o profissional usa de criatividade para prestar o cuidado e escapar a lógica do instituído. Disso, depreende-se que trabalhar no SAMU é ser desafiado cotidianamente.

Foi constatado que o despreparo dos profissionais, ao adentrarem o serviço, é um potencial de risco para o paciente, visto que a inexperiência pode desencadear um incidente devido à administração errada de medicamento, a não realização de determinado procedimento como intubação, parto, acesso intraósseo. É imprescindível que todo profissional, que trabalha no serviço pré-hospitalar, tenha pré-requisitos fundamentais, como, conhecimento técnico científico, postura profissional e atitude de busca para aprimorar sua prática profissional por meio de cursos e educação continuada, além de controle emocional para atender a situações inesperadas em ambientes hostis.

Em relação à comunicação, foram identificados entraves com a Central de Regulação; esse fator é considerado como potencial de risco, visto que o médico regulador ou intervencionista direciona as condutas e a melhor terapêutica a serem realizadas pelas equipes ao usuário. Essa situação se torna ainda mais agravante com a equipe da USB, que depende diretamente das prescrições do médico regulador e, muitas vezes, não consegue entrar em contato devido a ruídos do rádio, pessoas próximas conversando, trânsito ou ausência de sinal de celular. O processo de comunicação entre a CR e as equipes precisa ser efetivo.

A ausência de manutenção de ambulâncias e macas gerou diversos eventos adversos nos usuários atendidos, resultando até em parada cardíaca, devido uma maca desarmar. A não realização de manutenção preventiva *per si* constitui um potencial de risco para o usuário. Sabe-se que essas manutenções de equipamentos e de ambulância perpassam por contratos da prefeitura com os estabelecimentos responsáveis. Infelizmente, as manutenções só ocorrem de modo corretivo, após o problema se instalar.

Aponta-se, como limitação do estudo, a não realização da observação; bem como ter sido realizado em um único Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o que pode dificultar a generalização dos potenciais de risco, devido à particularidade de cada serviço.

Diante dos resultados advindos deste estudo, sugere-se a implementação de protocolos sobre segurança do paciente e a identificação de potenciais situações de risco na rotina de

atendimento; realização de treinamentos práticos aos profissionais iniciantes para adquirirem experiência na realização dos procedimentos; criação de um sistema específico para notificação de incidentes como prevenção na mitigação do risco para os pacientes; realização de capacitação mensal, abordando os temas que apresentarem maior número de notificações e/ou sugestões da própria equipe.

E a organização, a responsabilidade em criar melhores condições laborais como garantir o aporte de materiais, equipamentos e demais recursos às ambulâncias, ouvir os profissionais que por meio de sua experiência no cotidiano podem apresentar ideias criativas que se implantadas, poderão diminuir as incertezas, os riscos, incidentes e eventos adversos ao paciente, e proteger a saúde física e mental dos profissionais.

Para além da contribuição com a identificação de potenciais situações desencadeadoras de risco no SAMU e implementação de medidas preventivas, os achados desta pesquisa possibilitarão várias publicações em saúde no meio científico.

A magnitude dos resultados reforça a necessidade de novas pesquisas sobre potenciais de risco no SAMU em outros cenários. É necessário discutir com profissionais e gestores a implementação de protocolos com foco na identificação de riscos, o que aumenta a probabilidade de interceptar o incidente, evitando que se atinja o usuário e prestar uma assistência com qualidade e segurança e que, de fato, gere resultados no cotidiano adverso de trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- AĞALAR, C.; ÖZTÜRK ENGIN, D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. **Turk J Med Sci**, v. 50, n. 3, p. 578-84, 2020. DOI 10.3906/sag-2004-132. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195977/>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- ALBINO, R.M.; RIGGENBACH, V. Medicina de Urgência – Passado, presente, futuro. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.33, n.3, p.15-17, 2004. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/178.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- ALBUQUERQUE, E.M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondentdriven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP, Rio de Janeiro, 2009.
- ALIOUANE, M.; MILOJEVIC, K. **Appels au SAMU pour patients supposés inconscients: Enquêtes prospectives**. 2005. 100f. Doutorado (Thèse Médecine). Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine site Xavier-Bichat, 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10068/770983>. Acesso em: 12 set. 2019.
- ALMEIDA, A.C. de. **Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar**. 2007. 204 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- ALMEIDA, G.A.F. de. Retórica do caminhar, uma geografia poética. **Aletria: Revista de Estudos de Literatura**, v. 28, n. 3, p. 135-148, 2018. DOI 10.17851/2317-2096.28.3.135-148. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/aletria/article/view/18816>. Acesso em: 15 out. 2020.
- ALVES, M.; MELO, C.L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. **REME – Rev Min Enferm**, v. 23, e-1194, 2019. DOI 10.5935/1415-2762.20190042. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1337>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- ALVES, M. *et al.* Specificities of the nursing work in the mobile emergency care service of Belo Horizonte. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 208-215, 2013. DOI 10.1590/s0104-07072013000100025. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_25.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.
- ALVES, M.; SILVA, A.F.; NEIVA, L.C.F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev Min Enferm**, v. 14, n. 2, p. 181-187, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/104>. Acesso em: 18 set. 2020.
- JHA. A, K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013. DOI

10.1136/bmjqs-2012-001748. Disponível em: <file:///C:/Users/ameom/Downloads/2013BMJ--GlobalBurdenofUnsafeMedicalCare.pdf>. Acesso em: 12 maio. 2019.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaques das atualizações direcionadas nas diretrizes de 2019 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência**. Dallas: American Heart Association, 2019. Disponível em: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf » https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANDERSSON, U. *et al.* Clinical reasoning in the emergency medical services: an integrative review. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 27, n.76, 2019. DOI 10.1186/s13049-019-0646-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6700770/>. Acesso em: 12 ago. 2020.

ANJOS, M.S.; OLIVEIRA, S.S.; SANTA ROSA, D.O. Perspectivas de enfermeiras no cuidado em atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 375-381, 2016. DOI 10.18471/rbe.v1i1.14442. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/14442_53888-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/14442_53888-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: 12 nov. 2020.

ARAUJO, A.F. *et al.* Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. Suppl 1, e20200657, 2021. DOI 10.1590/0034-7167-2020-0657. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800403. Acesso em: 23 nov. 2021.

ARAUJO, M.T. **Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel de urgência**. Orientadora: Marília Alves 2013. 105 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS99BG9D/1/tese_doutorado_2013.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

ARAUJO, M.T.; VELLOSO, I.S.C.; ALVES, M. Everyday practices of professional in the mobile emergency service. **REME – Rev Min Enferm**, v. 21, p. 1-8, 2017. DOI 10.5935/1415-2762.20170052. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1042.pdf. Acesso em: 19 maio. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (ABRAMEDE). **Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) pelas equipes de atendimento pré-hospitalar móvel – abril 2020**. Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-APH-220420.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

AZEVEDO, C.S. *et al.* Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. **Cad Saude Publica**, v. 34, n.6, e00043817, 2018. DOI 10.1590/0102-331X00043817. Acesso em: 20 mar. 2019.

AZEVEDO, T.M.V.E. Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentadas na

promoção da saúde. 2002. 98f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

BAKER, G.R. *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Med Assoc J**, v. 170, n.11, p. 1678-1686, 2004. DOI 10.1503/cmaj.1040498. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC408508/>. Acesso em: 20 maio. 2020.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E.M. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *In: X CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO-EDUCERE*, 2011, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUCPR, 2011. p. 329-341.

BAPTISTA, V.J. Segurança do paciente no SAMU: diagnóstico para propor projeto para promover ações de saúde. 56 f. Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279p.

BATISTA, L. Cotidiano de uma experiência urbana informe: dilaceramentos, trajetórias e políticas do comum. **Psicol. Soc**, v. 31, p. 1-8, 2019. DOI 10.1590/1807-0310/2019v31216914. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822019000100206&lng=en&nrm=iso. Acesso: 14 maio 2020.

BAU, L.M. Todo cuidado é pouco. **Revista Emergência**, n.3, p. 56-61, 2007.

BELO HORIZONTE. Ministério público do Estado de Minas Gerais. **Nota Técnica nº 17, de 31 de maio de 2019**. Transporte Sanitário de Urgência e Emergência. Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Belo Horizonte, MG: MPMG, 2019. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA96B458D9F06B48742E970F6E>. Acesso em: 10 maio. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Notícias**, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-de-belo-horizonte-renova-frota-de-ambulancias-do-samu>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%2020182021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico e Assistencial COVID-19 Nº 84/2020**. 17/8/2020a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/boletim-epidemiologico-assistencial-84-covid-19-17-08-2020.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico e Assistencial 2020b**. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura->

de-governo/saude/2020/boletim_epidemiologico_assistencial_130_covid-19_22-10-2020.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2018a**. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/relatorio-de-gestao>. Acesso em: 10 maio. 2019.

BENAVIDES, A. C. P. Estelas de trayectorias esparcidas: las tácticas indígenas en el contexto de las misiones. Colombia, 1880-1930. **Memoria y Sociedad**, v. 20, n. 41, p. 45-53, 2016. DOI 10.11144/javeriana.mys20-41.etet. Disponível em: file:///C:/Users/ameom/Downloads/17721 Texto%20del%20art%C3%ADculo-63689-4-10-20161209.pdf. Acesso em: 18 maio. 2019.

BENNECK, J. C.; BREMER, A. Registered nurses' experiences of near misses in ambulance care – A critical incident technique study. **International Emergency Nursing**, v. 47, e100776, 2019. DOI 10.1016/j.ienj.2019.05.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X19300540?via%3Dihub>. Acesso em: 2 jun. 2018.

BERNARDO, P.; SHIMADA, N.E.; ICHIKAWA, E.Y. O formalismo e o “jeitinho” a partir da visão de estratégias e táticas de Michel de Certeau: apontamentos iniciais. **Gestão e Conexões**, v. 4, n. 1, p. 45-67, 2015. DOI 10.13071/regec.2317-5087.2014.4.1.8006.45-67. Disponível em: file:///C:/Users/ameom/Downloads/8006 Texto%20do%20artigo-25875-1-10-20150622.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BIJANI, M. *et al.* Major challenges and barriers in clinical decision-making as perceived by emergency medical services personnel: a qualitative content analysis. **BMC Emerg Med**, v. 11, 2021. DOI 10.1186/s12873-021-00408-4. Disponível em: <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-021-00408-4.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BLACK, J.J.; DAVIES, G.D. International EMS systems: United Kingdom. **Resuscitation**, v.64, n.1, p. 21-29, 2005. DOI 10.1016/j.resuscitation.2004.10.004. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(04\)00406-X/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(04)00406-X/fulltext). Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Critérios para credenciamento das instituições na rede sentinela**. v.1, n. 1, p. 3-15. Brasília-DF: ANVISA, 2011a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nota Técnica GVIM/GGTES/ANVISA N° 04/2020 (atualizada em 08 de maio de 2020a). **Orientações para os serviços de saúde**: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária– ANVISA. Boletim informativo. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Ano VI nº 10 Dezembro de 2015. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/boletim_seguranca_paciente_10.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Minas Gerais, setembro de 2019 a agosto de 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/relatorios-dos-estados-eventos-adversos>. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Relatório dos Estados. Eventos Adversos**. Brasília: Anvisa, 2019. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-os-estados>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013c**. Instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. EPI, 2015. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 194 de 22 de dezembro de 2006**. NR6 – Equipamentos de Proteção Individual. Brasília, DF, [citado em 2008 Ago 25]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 5 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Anvisa cria hospitais sentinela para aprimorar vigilância sanitária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 05 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial 5.055 de 27 de abril de 2004**: Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Municípios e regiões do território

nacional, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 256. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.010 de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 3 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013** - Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1473_18_07_2013.html. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864, 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, 2003a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863 GM/MS, de 29 de setembro 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001**. Aprova Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 4 out. 2018.

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, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. **Portaria n. 219, de 16 nov. 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora NR 32 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. SAMU. **Ministério da Saúde antecipa renovação de frota de 2019**. Governo do Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/12/ministerio-da-saude-antecipa-renovacao-de-frota-de-2020>. Acesso em: 28 dez. 2019.

BRAUN, F. Organisation of emergency medicine in France. **La Revue du Praticien**, v. 65, n. 34, p. 39-40, 2015.

BRENNAN, T. A. *et al.* Incidence of adverse and negligence in hospitalized patients. Resulto f the Harvad Medical pratice Study I. **N Engl J Med**, v. 324, p. 370-376, 1991. DOI 10.1056/NEJM199102073240604. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199102073240604>. Acesso em: 2 abr. 2018.

CABRAL, C.C.O. *et al.* Qualidade de vida de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgências. **Texto Contexto Enferm.** v. 29, e20180100, 2020. DOI 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0100. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/xWtgXCDZMpxYQTzDWB8HxDn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CASTRO, G.L.T. *et al.* Proposal for steps towards patient safety in mobile emergency care. **Texto Contexto Enferm.** v. 27, n.3, e3810016, 2018. DOI 10.1590/0104-070720180003810016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/SK6knGY8ZP56n4kxYfsYVqm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CAVICCHIOLO, M.E. *et al.* Neonatal emergency transport system during COVID-19 pandemic in the Veneto Region: proposal for standard operating procedures [correspondence]. **Pediatr Res.** v. 89, p. 399 - 401, 2020. Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/s41390-020-0937-z>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* Atlas da violência, 2020. Brasília: Ipea; 2020. DOI: [10.38116.riatlasdaviolencia2020](https://doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020). Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10214>. Acesso em: 20 maio. 2020.

CERTEAU, M. de. **Invenção do cotidiano**: artes de fazer. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CERTEAU, M. de; GIARD, L; MAYOL, P. **Invenção do cotidiano**: 2. morar, cozinhar. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

CEZAR, T. O que fabrica o historiador quando faz história, hoje? Ensaio sobre a crença na história (Brasil séculos XIX-XXI) **Rev. Antropol.** v. 61 n. 2, p.78-95, 2018. DOI 10.11606/2179-0892.ra.2018.148933. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/148933-Texto%20do%20artigo-309054-1-10 20180831.pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/148933-Texto%20do%20artigo-309054-1-10%20180831.pdf). Acesso em: 10 set. 2018.

CRIVELARO, L. R. **Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violência**: dificuldades e dilemas éticos. 2011. 105 f. Dissertação (Mestrado profissional em enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

CUNHA, A.P.; SANTOS, M.S.S. A origem dos serviços de assistência pré-hospitalar. **Revista Enfermagem no Brasil**, v.2, n.2, p. 110-115, 2003.

CUNHA, R. SAMU de BH tem aumento de 529% no número de atendimentos a pacientes desde o início da pandemia. **Hoje em dia**, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/samu-de-bh-tem-aumento-de-529-no-n%C3%BAmero-de-atendimentos-a-pacientes-desde-o-in%C3%ADcio-da-pandemia-1.796605>. Acesso em: 17 set. 2020.

DAROS, L. D. **Currículo vs narrativas ordinárias**. 2013. 130 p. Mestrado (Dissertação em Ciências Humanas) - Universidade Tutiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

DEWES, J. O. **Amostragem em bola de neve Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53p. Trabalho de conclusão de curso (Monografia em estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2013.

DONALDSON, L.J.; FLETCHER, M.G. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. **Medical Journal of Australia**, v. 184, n. 10, p. S69-72, mai.2006. DOI 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00367.x. Disponível em: file:///C:/Users/ameom/Downloads/TheWHOWorldAllianceforPatientSafetyTowardstheyearsoflivinglessdangerously.pdf. Acesso em: 15 maio. 2019.

DURAN, M.C.G. Ensaio sobre a contribuição de Michel de Certeau a pesquisa em formação de professores e o trabalho docente. **Educação e Linguagem**, v.10, n.15, p. 117-137, 2007. DOI 10.15603/2176-1043/el.v10n15p117-137. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/160/170>. Acesso em: 22 maio. 2018.

EFTEKHAR, M. *et al.* Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Jornal americano de controle de infecção**, v. 495, n.5, p. 547-554, 2021. DOI 10.1016 / j.ajic.2020.10.00. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536124/pdf/main.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ELRAHMAN, A.S. Tactical Urbanism “A Pop-up Local Change for Cairo's Built Environment”. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, Cairo, v. 216, p. 224-235, jan. 2016. **Elsevier BV**. DOI 10.1016/j.sbspro.2015.12.032. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1877042815062126?token=56AC0B14DE28D9CBA1C3A70310DF782963AF0160B167AB367020C0D85BCAFE359B27C7C9610C3BC794F044A1874A2>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ERNST, K. M.; MCCOMB, S.A.; LEY, C. Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: a process within the flow of nursing care. **J Clin Nurs**. [S. l.], v. 27, p. 5-6, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29314328>. Acesso em: 18 ago. 2018.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - ECDCP. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings – third update [Internet]. 2020 [cited Jan 02, 2021]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FARIA, A. M.; SILVA, A. R. L. da. Estudos organizacionais baseados em Michel de Certeau: a produção internacional entre 2006 e 2015. **Revista Alcance**, v.24, n.2, p. 209-226, abr./jun. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/ameom/Downloads/9624-30066-1-PB.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

FELIX, Y. T. M.; ARAÚJO, A. J. S.; MÁXIMO, T. A.C.O. A concepção de cooperação das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), **Laboreal [Online]**, v. 15 n.1, 2019. DOI 10.4000/laboreal.1269. Disponível em: file:///C:/Users/ameom/Downloads/laboreal-1269%20(1).pdf. Acesso em: 15 maio. 2020.

FERRAÇO, C. E.; SOARES, M.C.S.; ALVES, N. Michel de Certeau e as pesquisas nos/dos/com os cotidianos em educação no Brasil. **Pedagogia y Saberes**, n. 46, p. 7-17, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/pys/n46/n46a02.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

FERRARI, D. História da ambulância. **Revista Intensiva**, v.4, n.132, 2006. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/transporteaeromedico.htm>. Acesso em: 12 maio. 2019.

FERREIRA, A.M. *et al.* Serviço de atendimento móvel de urgência: satisfação de usuários. **Rev enferm UFPE on line**. v.11, n.10, p.3718-24, 2017. DOI 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201703. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/22489-69565-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/22489-69565-1-PB%20(4).pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

FERREIRA, A.P. *et al.* Literature review on working environment hazards relative to the working conditions and impact on workers' health. **Rev Bras Med Trab**, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2018. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/en_v16n3a14.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

FOCHI, V.; MIRANDA, A.V.S.; GRAF, M.M.T. A passagem de plantão como instrumento de uma assistência de enfermagem qualificada. **Revista Gespevida**, v. 5, n.1, 2019-2. Disponível em: <file:///C:/Users/ameom/Downloads/347-980-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FREITAS, K.O, *et al.* Atendimento à Saúde por Bombeiros: Dificuldades Encontradas Que Implicam na Assistência a População. **Rev Fund Care Online**, v. 11(n. esp), p.317-323, 2019. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969510>. Acesso em: 23 ago. 2020.

GHAZALI, D.A. *et al.* Feedback top EMS teams to manage infected patients with COVID-19: a case series. **Prehosp Disaster Med**, v.35, n. 4, p. 451-3, 2020. DOI 10.1017/S1049023X20000783. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298088/>. Acesso em: 14 mar.2021.

GONZALEZ-SANZ, J.D.; NOREÑA-PENA, A.; AMEZCUA, M. New ways for nursing inspired by the works of Michel de Certeau. **Nursing Philos**, v.19, n. 2, p.1-9, 2017. DOI 10.1111/nup.12183. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12183>. Acesso em: 19 mar. 2019.

GOULART, L.S. *et al.* Work accidents and occupational risks identified in the Mobile Emergency Service. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, e03603, 2020. DOI 10.1590/S1980-220X2018056903603 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/FZ3cyLsJ5JRNxc859qhYQcv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GOV UK. **Guidance COVID-19**: guidance for Ambulance Trusts Updated 13 March 2020. [Internet]. [cited 2020 Maio 03]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-ambulance-trusts/covid-19-guidance-for-ambulance-trusts>. Acesso em:10 fev. 2021.

GUERRA, S.D. *et al.* **Manual de Emergências**. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2001.

HAGIWARA, M.A. *et al.* Adverse events in prehospital emergency care: a trigger tool study. **BMC Emergency Medicine**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 24 jan. 2019. DOI 10.1186/s12873-019-0228-3. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345067/#_ffn_sectitle. Acesso: 10 dez. 2019.

HAGIWARA, M. A. *et al.* Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, Scandinavian, v. 24, n. 1, p. 1-8, 12 fev. 2016. DOI 10.1186/s13049-016-0206-7. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-016-0206-7>. Acesso em: 10 dez. 2019.

HARGREAVES, L.H.H. Sociedade Brasileira de Medicina de Desastre e EPH: da Importância da Participação. **Revista Brasileira de Desastres**, v.2, n.1, p.40-41, 1995.

HOLLAND, M.; ZALOGA, D.J.; FRIDERICI, C.S. COVID-19: Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. **Vis J Emerg Med**, v.19, p. 100740, 2020. DOI 10.1016/j.visj.2020.100740. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7143707/pdf/main.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

HOWARD, I. L. *et al.* Development of a trigger tool to identify adverse events and harm in Emergency Medical Services. **Emergency Medicine Journal**, [S.L.], v. 34, n. 6, p. 391- 397, 2 fev. 2017. DOI 10.1136/emmermed-2016-205746. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/34/6/391.long>. Acesso em: 20 abr. 2020.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Patient safety: approaching an old issue. **Cienc Cuid Saúde**, v. 12, n. 2, p. 208-209, 2013. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23880/pdf_317. Acesso em: 13 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades, síntese do município- Dados gerais**. Indicadores 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 20 nov. 2019.

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN (IETSI). **Recomendaciones clínicas para el traslado de pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad por coronavirus (COVID-19)**. Lima: IETSI. EsSalud, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1095418>. Acesso em: 10 mar. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). ISO Guide 73:2009. Risk management–Vocabulary. Geneva, 2009. Disponível: https://estrategia2020-2030.mctic.gov.br/arquivos/Gestao_vocabulario_ABNT%20ISO%20GUIA%2073%20%202009.pdf. Acesso: 10 fev. 2019.

JOSGRILBERG, F.B. **Cotidiano e invenção**. Escrituras Editora, 2005.

JOST, D. *et al.* The need to adapt the rescue chain for out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic: Experience from the Paris Fire Brigade Basic Life Support and Advanced Life Support teams. **Resuscitation [Internet]**. 2020 [cited 2020 Nov 22]. DOI

10.1016/j.resuscitation.2020.06.005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-597253>. Acesso em: 19 mar. 2020.

JUNQUILHO, G. S.; ALMEIDA, R. A. de.; SILVA, A. R. L.da. As 'artes do fazer' gestão na escola pública: uma proposta de estudo. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 10, n. 2, p. 329- 356, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/wTcCSbNC8NCqL6vzwFjPrJz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

KNOR, J. *et al.* Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. **The western journal of emergency medicine**, v. 21, n. 2, p. 463-468, 2020. DOI 10.5811/westjem.2019.10.43919. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7081846/pdf/wjem-21-463.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

KOCHHAN, S. I. *et al.* Parada cardiorrespiratória e manobras de ressuscitação na ótica de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, v. 4, n.1, p. 54-60, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3hW4fJg>. Acesso em: 10 jul. 2020.

KOHN, L.T. *et al.* **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LANGONE, J.; GAMBA JUNIOR, N. G.; COUTINHO, D. S. **A criação de produtos locais em parceria com o museu de favela no Rio de Janeiro através da metodologia de percurso**. Rio de Janeiro, p. 1-6, mar. 2016. Editora Edgard Blücher. DOI 10.5151/despro-sbds15-1st703a. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/1174-4027-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/1174-4027-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 14 abr. 2019.

LAPERRIÈRI, A. Os critérios de científicidades dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4.d. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.p. 410-435.

LEITE, H.D.C.S. *et al.* O Risco ocupacional entre profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. **Enferm Foco**, v.7, n.3/4, p.31-5, 2016. DOI 10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.912. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/912-2473-1-SM%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/ameom/Downloads/912-2473-1-SM%20(1).PDF). Acesso em: 23 maio. 2020.

LEITE, R. P. A. inversão do cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **Dados: revista de ciências sociais**, v. 53, n. 3, p. 737-756, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/218/21817696007.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

LEVIGARD, Y. E.; BARBOSA, R.M. Incertezas e cotidiano: uma breve reflexão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 84-89, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n1/v62n1a09.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

LIMA, C.T.; SANTANA NETO, C.M. Challenges in the performance of nurses in the mobile emergency care service (SAMU) in the city of Surubim-PE. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.4, p. 35893-35911 apr 2021. DOI:10.34117/bjdv7n4-177. Disponível em: <file:///C:/Users/ameom/Downloads/27841-71477-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2021.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, n.32, p. 381-387, out-dez. 1999. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v32i4p381-387. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7740/9278>. Acesso em: 15 jan. 2018.

LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. São Paulo: E.P.U, 2013.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011. DOI 10.1590/s0034 89102011005000022. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MAGUIRE, B.J. *et al.* Pesquisa internacional sobre a violência contra o pessoal do SME: relatório de violência física. **Prehosp Disaster Med**, v. 33, n. 5, p. 526-531, 2018. DOI 10.1017/S1049023X18000870. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30379125/>. Acesso em: 14 jun.2019.

MAIA, C.S.*et al.* Navegantes de. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018. DOI 10.5123/s1679 49742018000200004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n2/2237-9622-ess-27-02-e2017320.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

MAIA, M.A. *et al.* O cotidiano de trabalho na enfermagem: uma reflexão sobre práticas profissionais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.18, n. 4, 2019. DOI 10.4025/ciencucidsaude.v18i4.43349. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43349/751375140217>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARQUES, A. M.A. **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/ana_maria_almeida_marques.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

MARQUES, L.C. *et al.* COVID-19: nursing care for safety in the mobile pre-hospital service. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 29, e20200119, 2020. DOI 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TsWF5LWQStRtzYJCnP9jvvK/?format=pdf&lang=pt>Acesso em: 12 abr. 2021.

MARTÍN, R.F. *et al.* Does level D personal protective equipment guard against hazardous biologic agents during cardiopulmonary resuscitation? **Emergências**, v.30, n. 2, p. 119-122, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29547235/>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MARTINS, P. P.S.; PRADO, M. L.do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 1, p. 71-75, fev. 2003. DOI 10.1590/s0034-71672003000100015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a15v56n1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MAZZOLI, C.A. *et al.* Pre-Hospital Trauma Care in the COVID-19 era. **Air medical journal**, v.39, n. 6, p. 434–435, 2020. DOI 10.1016/j.amj.2020.07.009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7381915/> Acesso em: 20 dez. 2021.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. 2007. 158 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90401/247982.pdf?sequence=1&isAllowed=>. Acesso em: 29 out. 2019.

MELO, C. L. **Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência**. 2019.181 f. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, 2019. versão impressa e eletrônica. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007509>. Acesso em: 22 abr. 2020.

MENDES, A.M.V. *et al.* Adherence to standard precaution measures between pre-and in-hospital emergency nursing professionals in a northeast county. **Rev Bras Med**, v.17, n. 4, p. 573-581, 2019. DOI 10.5327/Z1679443520190390. Disponível: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/en_v17n4a16.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

MENEZES, F.V. Um diálogo entre Norbert Elias e Michel de Certeau: análise das “práticas figuradas” em produções acadêmicas como produtoras de um discurso historiográfico sobre o ensino secundário. **InterMeio: revista do Programa de Pós-Graduação em Educação**, v. 24, n. 48, p. 135-156, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/intm/article/view/7494/5284>. Acesso em: 15 maio. 2019.

MESQUITA, S. M. M. **Serviço de atendimento móvel de urgência – 192: uma leitura da psicodinâmica do trabalho**. Orientadora: Katia Barbosa Macêdo. 2018. 294f. Tese (Doutorado em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2018. Versão impressa e eletrônica. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3943/2/Simone%20Maria%20Moura%20Mesquita.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MIKOS, M. *et al.* Occurrence of adverse events in the activity of hospital wards in the opinions of doctors and nursing management staff. **Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM**, v. 27, n.2, p. 306–309. 2020. DOI 10.26444/aaem/106234. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/Occurrence%20of%20adverse%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/Occurrence%20of%20adverse%20(1).pdf). Acesso em: 10 mar. 2021.

MILLS, D.H. Medical Insurance Feasibility Study: A Technical Summary. **West J Med**, v. 128, n. 4, p.360-65, abr. 1978. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/>. Acesso em: 19 jan. 2018.

MINAS GERAIS (Estado). **Secretaria de Estado de Saúde**. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10815-cobertura-do-samu-regional-em-minas-quase-dobrou-nos-ultimos-4-anos>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 5 fev. 2020.

MINAS GERAIS. (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MG_Plano-Estadual-de-Sade-2016-2019-Final-aprovado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIORIN, J.D *et al.* Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, e20190073, 2020. DOI 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0073. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZCSBMjVYZvZ9Q4ZzkG4jhjv/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 03 maio. 2021.

NASCIMENTO, M.O.; ARAÚJO, G.F. Riscos Ocupacionais dos Profissionais de Enfermagem atuantes no SAMU 192. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n.33, p.212-223, 2017. DOI 10.14295/idonline.v10i33.614. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/614>. Acesso em: 26 mar. 2019.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS: **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 8. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2017.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Saf Health Care**. v.12, n.4, p. 317, 2003. DOI 10.1136/qhc.12.4.317. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743730/pdf/v012p00317.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

NOVARETTI, M.C.Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm**, v. 67, n. 5, 2014. DOI 10.1590/0034-7167.2014670504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9nbqvZDkZCrfGxMnYPbD7r/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 23 set. 2018.

OGEL, V.; DUQUESNE, J. M. **Historique de l'aide médicale urgente**. *Soins*, n. 593, fév.1995.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad.Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-14, 2017. DOI 10.1590/0102-311X00043716. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

OLIVEIRA, A.C.; MACHADO, B.C.A.; GAMA, C.S. Occupational accident involving biological material Among the Fire fighters military of Minas Gerais. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 13, n. 2, p. 343-349, 2014. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v13i2.15131. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=Acidente+ocupacional+envolvendo+material+biol%C3%B3gico+entre+bombeiros+militares+de+minas+gerais&btnG= . Acesso em: 05 out. 2018.

OLIVEIRA, A.D.S. da. *et al.* Segurança do paciente: experiência do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, p. 61-68, 23 fev. 2017. DOI 10.26694/repis.v4i0.6868. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6823>. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, M. B. de.; FERNANDEZ, B. P. M. Hempel Semmelweis e a verdadeira tragédia da febre puerperal. **Sci. stud**, v. 5, n. 1, p. 49-79, 2007. DOI 10.1590/S1678-31662007000100004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167831662007000100004&lng=e&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2019.

OLIVEIRA, M. C. de. **Redesign da Viatura de Suporte Avançado do Utilizada pelo Grupo de Resgate e Atenção às Urgências** – GRAU (Dissertação) 2016. 79f. IED - Instituto Europeu di design, São Paulo, 2016.

ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Glossário e Termos Técnicos**. Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations**. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendation> » <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> . Acesso em: 26 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde / Ministério da Saúde / Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 08 mar. 2020.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina**. 2014. 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129116/331864.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 abr. 2019.

PARANAGUÁ, T. T. Brito. **Análise dos incidentes ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário da região centro-oeste**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso

de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em:
https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/127/o/Thatianny_Tanferri_de_Brito_Paranagu%C3%A1.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods: integrating theory and practice**. 3. ed. Nova Iorque: Sage Publications, 2002.

PEIXOTO, D. L. **Estratégias e táticas cotidianas: um estudo sobre os sentidos das práticas sociais e suas influências no fazer estratégia de uma barraca em feiras-livres**. 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2835/1/tese_4077_.pdf. Acesso em 12 maio. 2019.

PEIXOTO, F. A.; DI GIOVANI, J. R. Dossiê Michel de Certeau [em uso]. **Rev. antropol**, v. 61 n. 2, p. 7-10, 2018. DOI 10.11606/2179-0892.ra.2018.148929. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/ra/issue/view/10772/1429>. Acesso: 30 nov. 2020.

PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**, v.8, n.3, p.616-25, 2018. DOI 10.5902/2179769225432. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432/pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

PEREIRA, A.B. *et al.* Work weaknesses and potentials: perception of mobile emergency service nurses. **Rev. bras. enferm**, v.73, n. 5, p. 1-8, 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0926. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n5/pt_0034-7167-reben-73-05-e20180926.pdf. Acesso em: 12 nov.2020.

PERES, P.S.Q. *et al.* Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. **Rev Fund Care Online**, v.10, n.2, p. 413-422, abr/jun. 2018. DOI 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.413-422. Disponível em:
file:///C:/Users/ameom/Downloads/Atuacao_do_enfermeiro_em_um_servico_de_atendimento.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

PINTO, M.J.S. **Segurança do paciente: as estratégias de um serviço de atendimento móvel de urgência**. 2019. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Maria Milza, 2019.

POZNER, C. N. *et al.* International EMS Systems: the united states. **Resuscitation**, [S.L.], v. 60, n. 3, p. 239-244, 2004. DOI 10.1016/j.resuscitation.2003.11.004. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(03\)00408-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(03)00408-8/fulltext). Acesso em: 3 fev. 2019.

RAMIREZ, O. J. Riesgos de origen tecnológico: apuntes conceptuales para una definición, caracterización y reconocimiento de las perspectivas de estudio del riesgo tecnológico. **Luna Azul**, n.29, p.82-94, julio/diciembre, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n29/n29a08.pdf>. Acesso em: 6 maio 2019.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais, **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 3, p. 355-360, 2005. DOI

10.1590/S0034-71672005000300020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>. Acesso em: 5 out. 2018.

RAN, L. *et al.* Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clin Infect Dis**, v.71, n. 16, p. 2218-2221, 2020. DOI 10.1093/cid/ciaa287. Disponível:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184482/>. Acesso: 10 maio. 2021.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R.B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016. DOI: 10.21675/2357707X.2016.v7.n2.795. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795>. Acesso em: 21 dez. 2019.

RATES, H. F. *et al.* O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, p. 1-8, 2018. DOI 10.5216/re.v20.48608. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/48608/26739>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RATES, H. F. *et al.* Cotidiano de trabalho em enfermagem sob a ótica de Michel de Certeau. **Rev. Bras. Enferm**, v. 72, supl. 1, p. 341-345, 2019. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0361. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000700341&lng=p&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2019.

REAY, G. *et al.* Creative adapting in a fluid environment: an explanatory model of paramedic decision making in the pre-hospital setting. **BMC Emerg Med**. v.18, n. 42, 2018. DOI 10.1186/s12873-018-0194-1 Disponível em:
<https://bmccemergmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12873-018-0194-1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

RIBEIRO, K.P. **O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado**. In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, v. 1, p. 499-508, 2000.

RIBEIRO, R.R.; GOMES, D.C.A. O imaginário e o cotidiano em contextos midiáticos: um diálogo com a obra de Michel Maffesoli. **Revista Mídia e Cotidiano**, v.13, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/midiaecotidiano/article/view/Editorial/20033>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIBEIRO, R.P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-6, 2018. DOI 10.1590/1983-1447.2018.65127. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100421&script=sci_arttext. Acesso em: 9 mar. 2019.

ROCHA, P. K. *et al.* Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Rev. bras. enferm**, v. 56, n. 6, p. 695-698, 2003. DOI 10.1590/S0034-71672003000600022. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2019.

ROESSLER, M.; ZUZAN, O. EMS systems in Germany. **Resuscitation**, v. 68, n.1, p. 45-9, 2006. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(05\)00330-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(05)00330-8/fulltext). Acesso em: 28 set. 2019.

RUETZLER, K. *et al.* Respiratory protection among healthcare workers during cardiopulmonary resuscitation in COVID-19 patients. **Am J Emerg Med**, v. 39, n. 233, 2020. DOI 10.1016/j.ajem.2020.05.014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7211648/pdf/main.pdf>. Acesso em: 10 maio. 2021.

RUPPENTHAL, J. E. **Gerenciamento de riscos** / Janis Elisa Ruppenthal. – Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Técnico Industrial de Santa Maria; Rede e Tec Brasil, 2013. 120 p.

SABERIAN, P. *et al.* “How the COVID-19 Epidemic Affected Prehospital Emergency Medical Services in Tehran, Iran.” **The western journal of emergency medicine**. v. 21, n.6, p. 110 – 116, 2020. DOI 10.5811/westjem.2020.8.48679. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673868/>. Acesso em: 18 maio. 2021.

SAGAWA, M.R. *et al.* Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. **Cogitare enferm**, v.24, 2019. DOI 10.5380/ce.v24i0.61984. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61984/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p.95-102, 2009. DOI 10.1590/S0104-12902009000100010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Qx3kDs5xpbGc6vdzjFmwtBm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 de maio. 2019.

SANTOS, A. P. dos. *et al.* Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3598, 2020. DOI 10.25248/reas.e3598.2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3598/2254>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SANTOS, D.S. **O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores**. 2015. 96 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/715D.PDF>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SANTOS, N.A.R. *et al.* Occupational stress in palliative care in oncology. **Cogitare Enferm**, v.22, n.4, e50686, 2017. DOI 10.5380/ce.v22i4.50686. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876588/50686-219741-1-pb.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SCARAMAL, D.A. *et al.* Violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de Enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 21, e-1024, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170034. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1024.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 40, n. 3, p. 315-328, 30 set. 2007. DOI 10.11606/issn.2176-7262.v40i3p315-320. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/328/329>. Acesso em 8 set. 2019.

SCHMIDT, M. L.S. Produções táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental: estudo etnográfico num centro de saúde escola da zona oeste de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1084-1093, 2013. DOI10.1590/S0104-12902013000400011. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2013.v22n4/1084-1093/pt/>. Acesso em: 14 ago. 2019.

SCHORR, V. *et al.* Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e190119, 2020. DOI 10.1590/Interface.190119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kjQFKPxCMzDqrsMgpqHw8Zm/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SCHWENDIMANN, R. *et al.* The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Services Research**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI 10.1186/s12913-018-3335-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6032777/>. Acesso em: 2 mar. 2020.

SENTO SÉ, A. *et al.* Violência física, abuso verbal e assédio sexual sofridos por enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. **Enferm. Foco**, v.11, n.6, p.135-42, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4087/1066>. Acesso em: 25 maio. 2021.

SILVA, M.R. *et al.* Passagem de plantão em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. **Cuid Arte Enferm**, v. 11, n. 1, p. 122-30, 2017a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31634>. Acesso em 18 maio. 2020.

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, 2018b. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/31266-120189-2-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/31266-120189-2-PB%20(3).pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

SILVA, D.M. **O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso**. 2018a. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, D. M. da. *et al.* Cotidiano de agentes comunitários de saúde com idosos segundo o referencial de Certeau. **Cogitare Enferm**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1-6, 2017b. DOI 10.5380/ce.v22i4.50436. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50436/pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

SILVA, D.M. da. *et al.* The daily life of family health teams in elderly care. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-7. 2020a. DOI 10.5935/1415-2762.20200054. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1317.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

- SILVA, M. F.da. **A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Centro de Ciências da Saúde, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106763/317487.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 abr. 2018.
- SILVA, M. F.da. *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto Contexto Enferm**. v. 24, n. 3, e3600015, 2016. DOI 10.1590/0104-07072016003600015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3600015.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.
- SILVA, N.C.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento Móvel de urgência. **Cogitare Enferm**. v.17, n.3, p. 471-477, 2012. DOI 10.5380/ce.v17i3.29287. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29287/19037>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- SILVA, W. M. da. *et al.* Eventos adversos e segurança do paciente no atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e4057, 2020b. DOI 10.25248/reas.e4057.2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/issue/view/157>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- SMEREKA, J.; SZARPAK, L. The use of personal protective equipment in the COVID-19 pandemic era. **Am J Emerg Med**. v.38, n. 7, p. 1529–1530, 2020. DOI 10.1016/j.ajem.2020.04.028. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156949/pdf/main.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- SOOP, M. *et al.* The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 4, p. 285-291, 2009. DOI 10.1093/intqhc/mzp025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712321/>. Acesso em: Acesso em: 4 fev. 2018.
- SOUSA, B.V.N.; TELES, J.F.; OLIVEIRA, E.F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **REVENF**, n. 38, 2020. DOI 10.15517/revenf.v0i38.36082. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-245.pdf>. Acesso em: 12 nov.2020.
- SOUSA, C.L. *et al.* Riscos enfrentados pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência no exercício profissional. Temas em saúde – edição especial. **Faculdade Integrada de Patos**, p. 40-58, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/10/fip201803.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021
- SOUSA, J.V.T.; FARIAS, M.S. A Gestão de qualidade em saúde em relação à segurança do paciente: revisão de literatura. **SANARE (Sobral, Online)**, v. 18, n. 2, p. 96-105, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/ameom/Downloads/1379-3740-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SOUZA, A. S. dos.; SILVA, C.L. da. O cotidiano de professores e alunos nas Aulas de educação física: revisão teórica. **Comunicações Piracicaba**, v. 27, n. 2, p. 141-159, 2020. DOI 10.15600/2238-121X. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comunicacoes/article/view/4611/2435>. Acesso em: 12 nov. 2018.

STEPHENSON, C.E. The possessions at Loudun: tracking the discourse of dissociation. **Journal of Analytical Psychology**, v.62, n.4, p. 544-566, 2017. DOI 10.1111/1468-5922.12336. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1468-5922.12336>. Acesso em: 12 nov. 2019.

TAVARES, T.Y. *et al.* O Cotidiano dos Enfermeiros que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v.7, e1466, 2017. DOI 10.19175/recom.v7i0.1466. Disponível em: [file:///C:/Users/ameom/Downloads/1466-7654-1-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ameom/Downloads/1466-7654-1-PB%20(6).pdf). Acesso em: 12 mar. 2019.

THIRLWAY, F. Everyday tactics in local moral worlds: E-cigarette practices in a practices in a working-class area of the UK. **Social Science & Medicine**, v.170, n.1, p. 106-113, 2016. DOI 10.1016/j.socscimed.2016.10.012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616305809>. Acesso em: 10 mar. 2018.

TIBÃES, H. B.B. **O trabalho cotidiano de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência**. 2017. 226f. (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AP7P5T/1/hanna_beatriz_bacelar_tib_es.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

TIBÃES, H.B.B. *et al.* A construção histórica de um serviço de atendimento móvel de urgência: da concepção à regionalização. **Rev enferm UFPE on line**, v.11(Supl. 9), p. 3596-606, 2017. DOI 10.5205/reuol.10620-94529-1 SM.1109sup201713. Disponível em: <file:///C:/Users/ameom/Downloads/234491-103767-1 PB.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VELLOSO, I.S.C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-8FWNJ3/1/isabela_silva_c_ncio_velloso.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

VERAS, S.M.J. *et al.* Riscos ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.14, n. 52, p. 590-605, 2020. DOI 10.14295/idonline.v14i52.2727. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 14 abr. 2021.

VIEIRA, A.B. **Currículo e educação especial: as ações da escola a partir dos diálogos cotidianos**. 2012. 326 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Espírito

Santo, Vitória, 2012. Disponível em:

<https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1817/1/Tese%20Alexandro%20Braga%20Vieira.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMed J**, v.7285, n. 322, p.517–519, 2001. DOI 10.1136/bmj.322.7285.517. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26554/>. Acesso em: 12 mar. 2019.

VITORINO, M.; AGUIAR, P.; SOUSA, P. In-hospital adverse drug events: analysis of trend in Portuguese public hospitals. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n. 3, e00056519, 2020. DOI 10.1590/0102-311X00056519. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/xvmvHJLGdxLMC33fF3tnnkL/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

WILSON, R.M. *et al.* The quality in Australian health care study. **Med J Aust**, v.163, n.9, p. 451-471, 1995. DOI 10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>. Acesso em: 6 ago. 2018.

WOO, A.S. *et al.* Preventable adverse drug events: Descriptive epidemiology. **Br J Clin Pharmacol**, v. 86, n.2, p. 291–302, 2020 DOI 10.1111/bcp.14139. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015751/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. 16 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care**. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em:

https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1. Acesso em: 12 maio. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007**. Geneva: WHO Press, 2006. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 maio. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2007-2008: Safe surgery saves lives**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em:

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. Acesso em: 12 maio. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Geneva; 2009.

XIONG, Y.; PENG, L. Focusing on healthcare providers' experiences in the COVID-19 crisis. **Lancet Glob Health**, v. 8, n. 6, e740-e741, 2020. DOI 10.1016/S2214-109X(20)30214-X. Disponível: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30214-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30214-X/fulltext). Acesso em: 10 mar. 2021.

YANG, W.S. *et al.* Taipei Azalea–Supraglottic airways (SGA) preassembled with high-efficiency particulate air (HEPA) filters to simplify prehospital airway management for patients with out-of-hospital cardiac arrests (OHCA) during Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. **Resuscitation**, v.151, p. 3-5, 2020. DOI 10.1016/j.resuscitation.2020.03.021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194990/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de entrevista

Data: ___/___/___

Entrevista nº: _____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

Unidade do SAMU _____

Dados sociodemográficos

Idade: ___ Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de trabalho no SAMU: _____

Formação acadêmica

Tempo de formação: _____

Área de formação: _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

() Nível técnico _____

() Graduação _____

() Especialização _____

() Mestrado _____

() Doutorado _____

() outros (especificar) _____

Função que exerce no SAMU: _____

Vínculo empregatício: () concurso () processo seletivo () contrato

Possui outro vínculo empregatício? () Sim Quais? _____ () Não

Já fez alguma capacitação específica na área de emergência ou Segurança do paciente?

Sim ___ Não ___

Qual? _____

O SAMU em que o senhor/senhora trabalha possui um programa/atividades de educação continuada/ atualização voltados para segurança do paciente e melhora da prática profissional? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

Questões Norteadoras

1. Gostaria que o senhor (a) me falasse sobre o seu dia a dia de trabalho no SAMU, considerando sua experiência, locais, situações e condições de atendimento.
2. O que senhor (a) considera risco para a assistência nos atendimentos do SAMU, mesmo não causando danos ao paciente?
3. O que o senhor (a) considera como sendo risco para a assistência nos atendimentos do SAMU, mesmo não causando dano (comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico) ao paciente?

4. O senhor (a) reconhece situações com potencial de risco para ocorrência de incidentes (eventos ou circunstância que poderiam resultar ou resultaram em dano desnecessário ao paciente) no trabalho do SAMU? Se sim, quais?
5. O serviço possui alguma medida para prevenção e de incidentes? Se sim, quais?
6. Já presenciou/vivenciou incidentes no atendimento de urgência aos pacientes? Se sim, quais?
7. O senhor (a) identifica situações que podem ser fatores de risco em sua rotina de trabalho? Se sim, quais?
8. No seu cotidiano de trabalho existe a adoção de medidas preventivas para evitar incidentes? Se sim, quais as facilidades e dificuldades encontradas?
9. No SAMU em que o senhor (a) trabalha, existe registro de notificações de incidentes e eventos adversos? Se sim, de que modo é feito este registro?
10. O que mudou no seu cotidiano de trabalho com o COVID-19?
11. Deseja acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “Circunstância de risco no cotidiano de trabalho de equipes do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência” para a tese de doutorado de Moema Santos Souza, sob a minha coordenação, Prof^a Dr^a Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O estudo tem como objetivo: analisar circunstância de risco no cotidiano de trabalho de equipes do SAMU.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, que lhe será apresentado, contendo perguntas abertas sobre circunstância de risco (situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente) e o cotidiano de trabalho dos profissionais do SAMU na prestação do atendimentos aos usuários. O sr(a) responderá perguntas envolvendo os principais tópicos: cotidiano de trabalho de equipes no SAMU; medidas preventivas usadas pelos profissionais durante a assistência ao paciente; identificação pela equipe da presença de fatores de risco nos atendimentos e relato de vivências com relação a incidentes. As entrevistas serão realizadas no SAMU em horário e dia marcados de acordo com a sua conveniência. A duração da entrevista estará condicionada ao alcance das respostas às perguntas realizadas pelo pesquisador, tendo em vista os objetivos do estudo. A entrevista será gravada para assegurar a fidedignidade de suas respostas, estando à sua disposição para leitura ou escuta se assim o desejar. Também será realizada observação simples do cotidiano de trabalho dos profissionais no SAMU, registradas em um caderno, chamado diário de campo. O objetivo das observações é possibilitar o acompanhamento do trabalho de equipes durante o seu cotidiano de trabalho no SAMU. A duração das observações estará condicionada ao alcance da compreensão do trabalho das equipes no SAMU. Será realizada também, análise documental, quando será coletada informações de documentos como atas de reuniões, ficha de atendimento do usuário, ficha de notificações e relatórios do trabalho executado nestas áreas, após autorização do gerente do SAMU.

A pesquisa oferece ao sr(a) apenas o risco de desconforto ou constrangimento na realização da entrevista, que será minimizado com a garantia do *direito* de recusar-se a *responder às perguntas* que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Sua colaboração é voluntária e o anonimato será

garantido. Em caso de eventuais danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, será garantido a você o direito à indenização.

Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde, e as gravações de áudio e o diário de campo ficarão arquivadas em meio digital, sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos e depois desse prazo serão destruídos. O sr(a) não será remunerado nem terá gastos financeiros com a pesquisa. Seu consentimento é pessoal e o sr(a) poderá solicitar informações à equipe de pesquisa a qualquer momento, caso tenha dúvida, e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. O sr(a) poderá contactar também o Comitê de Ética e Pesquisa para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Eu, _____ CI _____ declaro que fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e que será garantido o meu anonimato, sigilo das informações e utilização somente para fins científicos. Sei que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, se o desejar. Concordo espontaneamente em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante: _____ Pesquisador:

_____ Data: ___/___/___

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CEP -Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - SMSA de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG. Telefone: 3277-5309/ Email: coep@pbh.gov.br

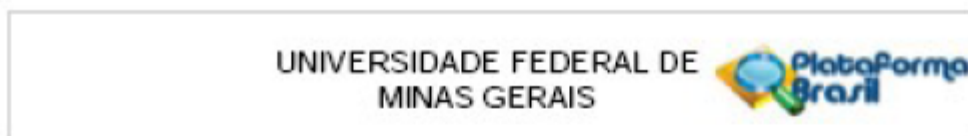
Pesquisadoras: Prof^ª. Dr^ª Marília Alves, telefone (31) 34099849, e-mail: marilix@enf.ufmg.br

Moema Santos Souza, telefone: (73) 98801-7023, e-mail: ameonsouza2@hotmail.com

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Sta Efigênia. Belo Horizonte, MG / Escola de Enfermagem da UFMG

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP – UFMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CIRCUNSTANCIAS DE RISCO NO COTIDIANO DE TRABALHO DE EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23085119.7.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.802.368

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa acerca do Cotidiano dos profissionais que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. Observa-se que o estudo é relevante a apresentação. Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso único. Serão participantes do estudo profissionais do SAMU – BH, que trabalham direta ou indiretamente na assistência e os coordenadores médico, de enfermagem e de frota. Para a coleta de dados serão utilizados entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação não participante. As entrevistas serão agendadas previamente. Os dados serão tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática e utilizará como recurso para organização dos dados, o software MAXQDA®. Será utilizado o critério de saturação de dados para encerramento da coleta de dados. Os aspectos éticos da pesquisa estarão em conformidade com as Resoluções nº 466, de 2012, 518 de 2016 e 580 de 2018.*

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos contidos no projeto são os seguintes:

Objetivo Primário: Analisar circunstâncias de risco no cotidiano de trabalho do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência, sob a ótica dos profissionais.

Objetivo Secundário: Compreender o cotidiano de trabalho de equipes do SAMU; Conhecer a

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Ad Sd 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3406-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.602.359

concepção de equipes do SAMU sobre circunstâncias de risco; Identificar circunstâncias de risco no cotidiano de trabalho de equipes do SAMU; Evidenciar fatores de risco que contribuem para os incidentes no SAMU. Elaborar a partir da visão de equipes do SAMU um fluxograma com medidas de prevenção de incidentes

assistenciais.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Abaixo os riscos e benefícios elencados pela pesquisadora:

***Riscos:** Desconforto ou incomodo durante a entrevista, caso isso ocorra, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir.

Benefícios: Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a tomada de decisão de profissionais e gestores, com vistas a detecção, prevenção e redução de riscos no cotidiano de trabalho das equipes do SAMU, a partir da identificação de possíveis fatores de risco no serviço e na assistência prestada ao paciente. O reconhecimento do risco possibilita o planejamento e a organização de ações com vistas à prevenção e/ou redução do incidente, contribuindo para melhoria na qualidade do cuidado prestado e segurança do paciente.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de uma aluna de doutorado. O estudo apresenta relevância para a área. Para executar a pesquisa, o cenário do estudo é o SAMU-BH e a pesquisa terá metodologia qualitativa. Os profissionais do local serão entrevistados acerca de eventos adversos. Os custos do estudo serão de responsabilidade da doutoranda e o cronograma apresentado é compatível com os objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatoria:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Carta ao COEP com a resposta à diligência apresentada por este colegiado;
- TCLE com as modificações sugeridas;
- Documento de autorização do gerente do SAMU/BH para uso dos dados de fichas de registro/prontuário.

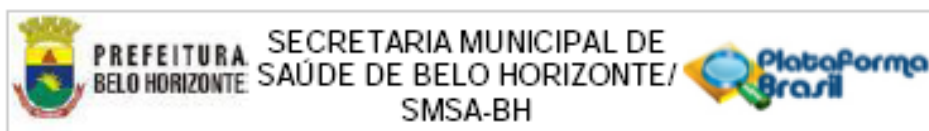
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como todas as solicitações feitas por este órgão colegiado foram atendidas, sou, S.M.J., favorável à aprovação.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte- PBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CIRCUNSTANCIAS DE RISCO NO COTIDIANO DE TRABALHO DE EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23085119.7.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

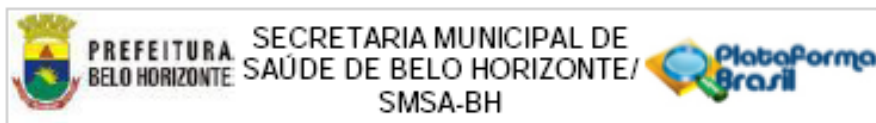
Numero do Parecer: 3.902.187

Apresentação do Projeto:

Os agravos por causas externas, o aumento da violência urbana, as doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas são situações que podem requerer um atendimento emergencial, nas quais vidas podem ser salvas ainda no ambiente Pré-Hospitalar Móvel (APH) – SAMU, e transportada a um local onde o cuidado seja continuado. O atendimento nas áreas de urgência e emergência têm crescido e se tornado cada vez mais expressivo na sociedade brasileira e mundial. Neste sentido, faz-se necessário a expansão e organização dos serviços de saúde, em especial, os de urgência e emergência, com destaque para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, pela possibilidade de atendimento precoce, rápido e eficaz às vítimas de agravos de naturezas diversas e também ordenar o fluxo de atendimento. Para desenvolver o projeto, a pesquisadora partiu do pressuposto de que existem circunstâncias de risco no cotidiano de trabalho do SAMU e que muitas vezes não são reconhecidos pela equipe. A justificativa apresentada para a realização do estudo é a de que a ocorrência de incidentes e eventos adversos tem sido crescente nos diversos serviços de saúde, com destaque para as instituições hospitalares, mas existe lacuna relacionada a ausência de dados que demonstrem as estimativas de incidentes evitáveis decorrentes do cuidado pré-hospitalar móvel e relacionada a escassez de estudos com ênfase na prevenção de incidentes, por meio da identificação de potenciais fatores de risco denominados circunstâncias de risco.

Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados serão utilizados entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e observação não

Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 108/3ª andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** ccep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.902.197

Evidenciar fatores de risco que contribuem para os incidentes no SAMU.

Elaborar a partir da visão de equipes do SAMU um fluxograma com medidas de prevenção de incidentes assistenciais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possibilidade de desconforto ou constrangimento na realização da entrevista, que será minimizado com a garantia do direito de recusar-se a responder a algum questionamento e de se retirar do estudo a qualquer momento; risco de quebra de confidencialidade: será assegurado o sigilo e privacidade do sujeito quanto às informações obtidas na pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Benefícios: Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a tomada de decisão de profissionais e gestores, com vistas a detecção, prevenção e redução de riscos no cotidiano de trabalho das equipes do SAMU, a partir da identificação de possíveis fatores de risco no serviço e na assistência prestada ao paciente. O reconhecimento do risco possibilita o planejamento e a organização de ações com vistas à prevenção e/ou redução do incidente, contribuindo para melhoria na qualidade do cuidado prestado e segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra muito relevante por envolver o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, o qual apresenta fundamental importância na assistência à saúde da população, e por tratar de temática ainda pouco estudada nesse tipo de atendimento, que é a segurança do paciente. Seus resultados tem o potencial de contribuir para melhoria na qualidade do cuidado prestado, pois poderão subsidiar o planejamento e a organização de ações com vistas à prevenção e/ou redução do incidente.

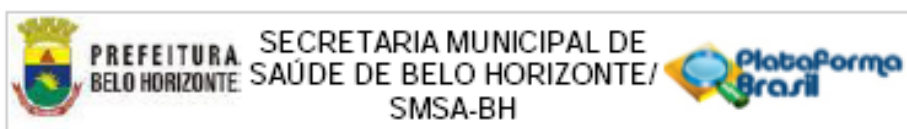
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatoria:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) MARILIA ALVES, pelo representante da Instituição proponente e pelo patrocinador foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

Após o atendimento ao diligenciado por meio dos Pareceres Consubstanciados nºs 3.834.144 e 3.837.052, o TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e dos CEPs envolvidos em sua revisão ética.

Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 109/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.602.107

participante. As entrevistas serão agendadas previamente. Os participantes do estudo serão profissionais de equipes do SAMU de BH, compreendendo, despachantes, teledigifonistas, médicos reguladores e assistenciais, condutor socorrista, técnico ou auxiliar de enfermagem e enfermeiro, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: pertencer às equipes do SAMU, aceitarem participar do estudo e estar exercendo a função em seu local de lotação por um período superior a 6 meses. Serão excluídos os trabalhadores que tiverem menos de 6 meses no serviço e que estiverem afastados de suas atividades durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados será realizada por meio de 03 (três) fontes de evidências, sendo estas, entrevista com roteiro semiestruturado, observação registrada no diário de campo, análise de dados secundários (documentos), configurando triangulação de dados. As entrevistas serão realizadas individualmente, em local e horário pré-agendados pelos participantes e, com permissão prévia, serão gravadas e transcritas na íntegra e entregues aos entrevistados para que procedam a leitura, validando-as e autorizando sua utilização.

Os dados serão tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática e utilizará como recurso para organização dos dados, o software MAXQDA®. Será utilizado o critério de saturação de dados para encerramento da coleta de dados. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a tomada de decisão de profissionais e gestores, com vistas a detecção, prevenção e redução de riscos no cotidiano de trabalho das equipes do

SAMU, a partir da identificação de possíveis fatores de risco no serviço e na assistência prestada ao paciente. O reconhecimento do risco possibilita o planejamento e a organização de ações com vistas à prevenção e/ou redução do incidente, contribuindo para melhoria na qualidade do cuidado prestado e segurança do paciente.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar circunstâncias de risco no cotidiano de trabalho do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência, sob a ótica dos profissionais.

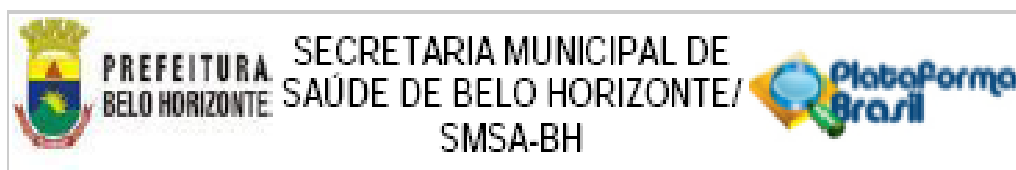
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender o cotidiano de trabalho de equipes do SAMU;

Conhecer a concepção de equipes do SAMU sobre circunstâncias de risco;

Identificar circunstâncias de risco no cotidiano de trabalho de equipes do SAMU;

Endereço: Rua Frederico Bracher Junior, 103/3ª andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: ccep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.832.187

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando o atendimento ao diligenciado por meio dos Pareceres Consubstanciados nºs 3.834.144 e 3.837.052, cumprindo os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera APROVADO o projeto CIRCUNSTANCIAS DE RISCO NO COTIDIANO DE TRABALHO DE EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.