



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Marina Amazildes Rocha

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: vigilância auditiva e visual na ótica dos
profissionais**

Belo Horizonte
2015

Marina Amazildes Rocha

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de mestre.

Area 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

Coorientadora: Prof^a Dr^a Meiriele Tavares Araujo

Belo Horizonte
2015

Rocha, Marina Amazildes.
R672s Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [manuscrito]: vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais. / Marina Amazildes Rocha. - - Belo Horizonte: 2015.
89f.: il.
Orientador: Marília Alves.
Coorientador: Meiriele Tavares Araújo.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Vigilância. 3. Comunicação. 4. Ambulâncias. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Araújo, Meiriele Tavares. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.
NLM: WX 215

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

**Dissertação de Mestrado intitulada “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:
vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais”, aprovado pela Banca
examinadora constituída pelas professoras:**

Profa. Dra. Marília Alves– Orientadora

Profa. Dra. Meiriele Tavares Araujo– Coorientadora

Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna– EEUFMG

Profa. Dra. Isabela Silva Cancio Velloso– EEUFMG

Belo Horizonte, 14 de dezembro de 2015

Dedico este estudo a todos os profissionais do SAMU que, assim como eu, possuem um sentimento indescritível pelo que fazem. O nosso trabalho permite entender e praticar, ainda mais, o amor pelos outros e pela vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir alcançar mais um degrau no caminho do conhecimento.

Aos meus pais, responsáveis por minha formação, que mesmo tomados diariamente pela saudade, nunca deixaram de me incentivar a realizar meus objetivos profissionais.

Ao meu esposo, Leonardo, que é presença intrínseca em todos os momentos de minha vida, um “nato pesquisador do SAMU”. Agradeço também a minha linda filha Yasmim, que mesmo tão nova, conseguiu entender o porquê daquelas tardes longe dela, recebendo-me de volta em casa sempre com aquele sorriso largo.

Aos meus irmãos queridos, que expressam sempre a mim uma palavra de incentivo e admiração.

À Prof^a Marília Alves, que com grande empatia abraçou minha causa; à Prof^a Meiriele Tavares Araujo e demais professores da Escola de Enfermagem da UFMG, pelos conhecimentos que me ajudaram a buscar; aos meus colegas de mestrado por compartilharem dos seus aprendizados; e a todos os profissionais e Coordenação do SAMU-Contagem, que foram grandes anfitriões e extremamente cooperativos para a realização do meu estudo.

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de urgência (SAMU) é lócus privilegiado de visibilidade permitindo assim vigilância contínua sob o trabalho realizado e a movimentação dos profissionais e ambulâncias. A utilização de equipamentos como telefone, rádio, sistemas de localização tipo GPS permitem o contato permanente da Central de Regulação com as equipes em atendimento e acesso de todos às informações veiculadas entre esses. A população, por sua vez, acompanha a circulação das ambulâncias e dos profissionais, bem como os atendimentos realizados. Esta vigilância explícita ou implícita, ao passo que cerceia a liberdade dos profissionais do SAMU também viabiliza a manutenção dos efeitos do poder disciplinar sob os mesmos e suas condutas. O estudo teve como objetivo analisar a configuração da vigilância na perspectiva dos profissionais do SAMU e sua interferência no cotidiano do trabalho. Foi realizado um estudo de caso qualitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com 13 profissionais do SAMU do município de Contagem, sendo atendidos os preceitos éticos. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Os resultados mostraram que os profissionais do SAMU percebem-se observados todo o tempo, principalmente pela população, em vias públicas, que acompanha os atendimentos e utiliza da tecnologia mais acessível dos celulares para fotografar e filmar as cenas de atendimento, ora por curiosidade, ora como forma de vigilância. A utilização de rádio, telefone e GPS, pelo sistema, no contato da Central de Regulação com as equipes foram relatados como fator que transmite segurança, não sendo compreendido como uma vigilância pelos profissionais. Nesse sentido, a vigilância interna do sistema não causa desconforto para os profissionais, entretanto, a vigilância externa em cenas de atendimento pela população e pela mídia gera nos profissionais maior tensão durante os procedimentos, maior preocupação com o julgamento sobre sua atuação e até mesmo a necessidade de atualização e aperfeiçoamento do trabalho realizado. A exposição na mídia explora aspectos negativos que, verdadeiros ou não, dificultam o esclarecimento da função do serviço para a população. Em síntese, considera-se que os profissionais reconhecem a vigilância interna do SAMU como positiva já que lhe garantem maior segurança, mas se aflagem da vigilância externa ao serviço, principalmente, em cenas de atendimento de rua por considerar que dificultam o trabalho e as críticas nem sempre são verdadeiras por desconhecerem o trabalho técnico realizado.

Palavras- chave: Serviço Médico de Emergência. Vigilância. Comunicação. Ambulância.

ABSTRACT

The Mobile Emergency Care Service (SAMU) is privileged locus of visibility allowing surveillance continues in the work and the movement of professionals and ambulances. The use of equipment such as telephone, radio, GPS type tracking systems allow the permanent contact of Regulation Center with teams in attendance and access all the information conveyed between. The population, in turn, follows the movement of ambulances and professionals, as well as the services rendered. This explicit or implicit surveillance, while curtails freedom for SAMU crews also enables the maintenance of the effects of disciplinary power on them and their behavior. The study aimed to analyze the configuration of surveillance in view of the SAMU professionals and interference in daily work. A qualitative case study was conducted. Data were collected through semi-structured interviews with 13 professionals from SAMU municipality of Contagem, the ethical principles being met. The interviews were subjected to content analysis. The results showed that the professionals of the SAMU perceive themselves observed all the time, especially by the population on public roads, accompanying the care and use of technology more accessible from mobile phones to photograph and film the scenes of care, either out of curiosity, why as a way of monitoring. The use of radio, telephone and GPS, the system at the touch of Regulation Center with the teams have been reported as a factor that conveys security, not being understood as a surveillance by the professionals. In this sense, the internal surveillance system does not cause discomfort to the professionals, however, external surveillance service for the population and the media scenes creates in professional higher voltage during procedures, greater concern for the judgment on its activities and even need for updating and improvement of the work done. The media exposure explores negative aspects that, true or not, hinder clarification of the service function for the population. In short, it is considered that professionals recognize the internal monitoring of SAMU as positive as they provide greater security to him, but grieve the external surveillance service, mainly in street answering scenes considering that hinder the work and criticism they are not always true for not knowing the technical work done.

Key words: Emergency Medical Service. Surveillance. Communication. Ambulance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Portarias Referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil.....	18
Figura 1- Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte, com os municípios da microrregião III (Contagem, Sarzedo, Ibirité).....	34
Tabela 1- Composição das Equipes do SAMU- Contagem Microrregião III.....	35

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré- Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
BBM	Batalhão de Bombeiro Militar
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Central de Regulação Médica
GPS	Global Positioning System
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PCR	Parada cardiorrespiratória
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UAI	Unidade de Atendimento Intermediário
UBS	Unidade Básica de Saúde
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Organização do Serviço de Atendimento Móvel de urgência	17
2.2 O atendimento em Vitrine e a ideia do Panóptico	23
2.3 A vigilância auditiva entre os pares e pelo sistema: sua relação com o poder disciplinar	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de Estudo	30
3.2 Cenário do estudo	31
3.3 Sujeitos do Estudo e a Coleta dos Dados	37
3.4 Análise dos dados	39
3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	40
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1 Ambiência da pesquisa e perfil dos sujeitos entrevistados.....	42
4.2 A percepção da população sobre o SAMU influenciada pelo seu trabalho na vitrine	44
4.2.1 SAMU: conhecer para compreender.....	51
4.3 A rotina de trabalho das equipes e mecanismos de controle que geram autodisciplina	56
4.3.1 A rotina de trabalho das equipes	56
4.3.2 O check- list, os manuais e os Protocolos de atendimento: o trabalho prescrito	63
4.4 A vigilância através dos meios de comunicação no atendimento do SAMU e as relações de poder.....	64
4.4.1 A vigilância entre pares nas relações profissionais	64
4.4.2 A vigilância pelos diferentes atores presentes no local de atendimento.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A- Roteiro de entrevista	80
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81

APÊNDICE C- Carta de Apresentação da Pesquisa e Solicitação de Autorização para o Estudo	82
APÊNDICE D - Termo de Autorização da Pesquisa	83

APRESENTAÇÃO

O interesse por esse tema surgiu em meu cotidiano de trabalho no SAMU do município de Contagem, onde exerço a função de enfermeira há mais de nove anos.

Várias inquietações surgiam ao conversar com os colegas após os atendimentos do SAMU que expressavam muitos sentimentos ao relatarem as reações das pessoas presentes nos locais de atendimento.

Ora relatavam alegria ao serem elogiados e aplaudidos pelos espectadores, ora expressavam tristeza ao serem questionados.

Relatavam, também, que muitas vezes sofriam agressões verbais e, em algumas ocasiões, físicas.

Inquietou-me, também, a vigilância constante da imprensa e a utilização de celulares pelos curiosos nas cenas de atendimento e como isso influenciava nas ocorrências e no íntimo dos colegas.

Essa experiência de trabalho no SAMU permitiu que eu vivenciasse, cotidianamente, situações diversas de Vigilância dos pares e da Central de Regulação, na qual todas as equipes estão interligadas e tomam conhecimento da comunicação com a central.

Além disso, há também, a vigilância da sociedade diante da exposição permanente das ambulâncias e profissionais em todos os seus movimentos.

Isso tudo me levou a uma preocupação sobre como essa constante vigilância a que os profissionais estão expostos na realização de suas funções pode interferir no cotidiano de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de urgência ampliou-se no cenário brasileiro a partir da Portaria 2.048/02 que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como normas e critérios de seu funcionamento (BRASIL, 2002). Posteriormente, a Portaria N.º 1.863, de 29 de setembro de 2003 instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a). Na mesma data, a Portaria N.º 1.864 (BRASIL, 2003b) cria o serviço pré-hospitalar móvel, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que, inserido na rede de atenção às urgências, desloca profissionais e ambulâncias até o usuário em domicílios, locais de trabalho ou vias públicas, para atendimento ou transferências para um nível de maior complexidade.

Nesse cotidiano de trabalho, os profissionais do SAMU vivenciam uma organização do serviço que nem sempre é conhecida por outros integrantes da rede de atenção à saúde ou pelo usuário, pois realizam o atendimento no mesmo local onde acontecem as intercorrências, expostos todo tipo de interferências que não estão presentes em um ambiente hospitalar circunscrito.

O SAMU, pelo próprio perfil organizacional, pode ser considerado um locus privilegiado de visibilidade. Por um lado, está a visibilidade que o permite ser comparado a uma vitrine. Por outro, contraditoriamente, essa mesma visibilidade pode ser considerada uma armadilha do próprio sistema, tendo em vista que, provoca, em algumas situações, o desapontamento e indignação por parte da população quando suas solicitações não são atendidas conforme esperado. Além disso, pode gerar tensão e desconforto no dia-a-dia dos profissionais, uma vez que possibilita uma inspeção constante do trabalho das equipes pela comunidade, através da observação direta do atendimento executado “in loco”. (VELLOSO, 2011).

Os profissionais estão constantemente sujeitos aos diversos tipos de vigilância. Esta não é somente sobre o trabalho realizado, mas, também, sobre qualquer outra movimentação dos profissionais e das ambulâncias, como parar para comprar água, ir ao banheiro e outros, tolindo dos mesmos o direito de ir e vir como cidadãos. Além disso, estão expostos a todo tipo de análise e reação por parte da população. As manifestações envolvem desde a admiração até às críticas, por diferentes “avaliadores” e em todo momento, o que podem gerar desconforto e prejuízos ao trabalho executado.

A Vigilância pelo sistema acontece por meio da utilização dos equipamentos como telefone, rádio, sistemas de localização (Global Positioning System - GPS) que permitem o contato direto da Central de Regulação com a equipe que se encontra em atendimento. Esses equipamentos auxiliam a manter o domínio sob as equipes, a manutenção do trabalho prescrito, bem como o controle de todo o trabalho, independente de onde ele está ocorrendo em termos de território. Estes equipamentos funcionam como os “olhos” do sistema sobre os profissionais do SAMU (ARAÚJO, 2013).

Todas as ambulâncias e a Central de regulação são interligadas por um mesmo canal de rádio, por meio do qual todas as equipes ouvem a comunicação uma das outras com a central e vice-versa, permitindo, assim, a vigilância dos pares. As ambulâncias recebem, via rádio, a determinação das condutas da central para as outras, o que proporciona um vigiar constante entre as equipes. Isto nos remete à ideia do panóptico de Foucault (2002), que é o dispositivo que automatiza o poder ao infundir naquele que é observado, uma sensação consciente de estar sob uma vigilância permanente. Em outras palavras, aquele que “está submetido a um campo de visibilidade, e que por saber disso, retoma por sua conta as limitações do poder; fazendo-as funcionar espontaneamente sobre si mesmo; torna-se o princípio de sua própria sujeição” (FOUCAULT, 2011 p. 192).

O monitoramento das ambulâncias por meio do rádio permite com que todos os profissionais e a Central de Regulação consigam se localizar no contexto do trabalho, identificando pela voz qual a ambulância o profissional que transmite a informação pertence.

Outras circunstâncias de vigilância pela população devem ser descritas, tais como as filmagens e fotos dos atendimentos realizados, na maioria das vezes realizadas por celulares, gravações das ligações de solicitação do SAMU e o uso dessas mídias nas redes sociais. Todas essas formas de vigilância contribuem para um controle contínuo do profissional do SAMU em seu cotidiano de trabalho.

Além disso, deve-se mencionar que o conteúdo das notícias relacionadas ao SAMU veiculadas nos meios de comunicação, também promove a exposição dos profissionais envolvidos (VELLOSO, 2011 p.74-75). Esse fato pode ser evidenciado, por exemplo, em uma reportagem apresentada por um Telejornal local exibindo uma situação em que um cliente de um restaurante realizou várias filmagens, em diferentes ocasiões, de uma equipe do SAMU, em horário de almoço, comprando refeição. O caso exprime a exposição a que o profissional do SAMU está susceptível, mesmo em situações em que não está prestando assistência ao paciente (ARAUJO; FREITAS, 2014).

Araújo (2013) afirma que a visibilidade e o reconhecimento do SAMU apresentam grande ambivalência no cotidiano da cidade, pois ao mesmo tempo em que os profissionais são reconhecidos e valorizados, também estão sujeitos a grande exposição e são constantemente vigiados, o que pode interferir na organização e na realização do trabalho dos mesmos, pois lidam com a vigilância auditiva dos pares e a visual da sociedade. Ressalta-se que “os usuários fazem de forma polarizada o julgamento da qualidade do atendimento prestado pelo serviço, ora vendo-o como positivo ora como negativo, julgamento esse condicionado à resposta da regulação médica recebida durante a solicitação” (ALVES; et. al., 2010, p.547).

A visão idealizada que a sociedade tem do SAMU, ou seja, de ser um trabalho heróico, permite a ela imaginar que o serviço deve ser perfeito, sem a possibilidade de erros e desvios de conduta, o que gera, também, constante vigilância visual pela sociedade (VELLOSO; ARAUJO, ALVES, 2012).

Assim, depara-se com a necessidade de se aprofundar a questão da percepção dos profissionais do SAMU sobre a vigilância a que estão expostos, considerando-a um fator de relevância para o desfecho de um atendimento. A realização deste estudo teve como foco a compreensão dos profissionais sobre a vigilância do sistema e da população no seu cotidiano de trabalho. Além disso, esta pesquisa se justifica pelo fato dessa temática apresentar relevância no contexto da saúde pública, no que tange o gerenciamento e organização dos serviços, visando ampliar o entendimento das formas de vigilâncias e suas consequências para a qualidade da assistência prestada.

O melhor entendimento sobre as vigilâncias e o controle que elas impõem sobre os profissionais podem corroborar estratégias de gestão que permitam aos profissionais expressar suas inquietações e lidar com tais questões. Para melhor compreensão da percepção dos profissionais quanto à vigilância em seu cotidiano, buscou-se responder as seguintes questões: qual a configuração das vigilâncias auditiva e visual na ótica dos profissionais do SAMU e como elas interferem no seu trabalho?

Este estudo parte do pressuposto de que a constante vigilância auditiva e visual podem gerar tensão e desconforto emocional no trabalho cotidiano do profissional do SAMU. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a configuração das vigilâncias supracitadas na perspectiva dos profissionais do SAMU e sua interferência no cotidiano do trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Organização do Serviço de Atendimento Móvel de urgência

O SAMU/192 é um programa lançado no Brasil, pelo Governo Federal, como principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Para tanto, o SAMU/192 funciona 24 horas, com equipes multiprofissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos/ auxiliares de enfermagem e condutores socorristas (BRASIL, 2006).

A Política de Atendimento às Urgências implantado no Brasil, um país de dimensões continentais, é um desafio ao poder público. Uma política deste porte e complexidade constitui um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois envolve o próprio sistema de saúde, profissionais e demais atores sociais envolvidos no contexto da assistência, bem como seu corpo e concretude se dão através das centrais de regulação médica de urgência (VELLOSO; ALVES; SENA, 2008).

A Portaria nº 2.048 de 2002 estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas e critérios de seu funcionamento (BRASIL, 2002). Além desta Portaria, outros instrumentos legais de aperfeiçoamento da atenção às urgências foram adotados.

A Portaria nº 1.863/GM/MS de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, no Brasil foi substituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, a qual reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Esta Rede de atenção às urgências é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2003a).

A seguir, o Quadro 1 apresenta os documentos legais que regulamentam a atenção às urgências e o SAMU, ou seja, as principais Portarias e Decretos referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil.

Quadro1 - Portarias referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil.

Portarias e Decretos	Conteúdo
Portaria 824, de 24 de junho de 1999.	Normatização do Atendimento Pré-Hospitalar.
Portaria nº 814/GM em 01 de junho de 2001.	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País.
Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.	Normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Ela estabelece regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias.
Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências de três esferas de gestão.
Portaria GM 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.
Portaria GM nº 2.072, de 30 de outubro de 2003.	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Decreto nº 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.
Portaria GM nº 1.828, de 2 de setembro de 2004	Institui o incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência, em estados, municípios e regiões de todo o

	território nacional.
Portaria nº 1.927/GM em 15 de setembro de 2004.	Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria GM nº 2.420, de 09 de novembro de 2004.	Constitui o Grupo Técnico (GT) visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.
Portaria nº 3.125, de 07 de dezembro de 2006.	Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.
Portaria nº 491, de 09 de setembro de 2008.	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico de que trata esta Portaria, assessorar a CGUE/DAE/SAS/MS no desenvolvimento de estudos, definição e elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, que dizem respeito aos editais de aquisição de itens relacionados ao Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU 192.
Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008.	Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.970, de 08 de dezembro de 2008.	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede

	Nacional SAMU 192.
Portaria nº 2.971/GM, de 08 de dezembro de 2008.	Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para a sua utilização.
Portaria nº 2.972/GM, de 09 de dezembro de 2008.	Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009.	Estabelece as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 1.600, de 07 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).
Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011.	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.301, de 29 de setembro de 2011.	Altera os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
Portaria nº 2.649, de 7 de novembro de 2011.	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011.
Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Portaria nº 356, de 08 de abril de 2013.	Fica redefinido o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192, da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 1473, 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.
Portaria nº 826, de 04 de setembro de 2014.	Altera a Portaria nº 356/SAS/MS, de 8 de abril de 2013, que redefine o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção às Urgências.

Fonte: Adaptado de Luchtemberg (2014).

Em relação à origem no Brasil, o SAMU foi criado a partir de um hibridismo dos modelos de Atenção Pré- Hospitalar norte-americano e francês, com uma sustentação de leis que estabelecem normas gerais para sua implantação em todo o país, não levando em consideração as diferenças contextuais abrangentes existentes entre o Brasil, os Estados Unidos e a França. Para Machado; Salvador; O'Dwyer., (2011), o modelo francês admite um início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma, pela demora no transporte para o local definitivo de atendimento. Já o modelo americano propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento e a intervenção é feita por técnicos em emergências médicas (Emergency Medical Technician) e por paramédicos (ARAUJO, 2013). Ao longo do tempo se pode perceber uma definição própria do modelo do SAMU brasileiro com adequações específicas à demanda e à situação locorregional que atua.

De acordo com a Portaria Nº 1010, de 21 de maio de 2012, alterada pela Portaria nº 1473, de 18 de julho de 2013 o SAMU, acessado pelo número "192" é acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Esta Central tem uma estrutura física constituída por

profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos, que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrareferências dentro de uma Rede de Atenção (BRASIL, 2012a).

Esse serviço fragmentado em sua própria estrutura física é constituído de vários lócus de trabalho, como a Unidade de Suporte Básico (USB), a Unidade de Suporte Avançado (USA), e a Central de Regulação Médica (CRM). As ambulâncias ou unidades de suporte básico (USB) são tripuladas por técnico de enfermagem e condutor socorrista e as unidades de suporte avançado (USA) por médico, condutor socorrista e enfermeiro. Em casos de gravidade leve ou média, são encaminhadas para o atendimento as USB. Essas unidades também podem ser encaminhadas para auxiliar as unidades avançadas se estiverem estrategicamente mais próximas do local do evento. O empenho de unidades avançadas só acontece em casos de maior gravidade (ARAUJO, 2013).

De acordo com Oliveira e Garcia (2005), em uma política microrregional o SAMU se estabelece como uma porta aberta e permanente de comunicação (via chamada pelo telefone 192) entre o público e o sistema de saúde. Neste contexto, suas principais metas são: oferecer serviço público de urgência 24 horas por dia, facilitar o acionamento através da chamada gratuita pelo número 192, manter alta qualidade e equidade de cuidados, prover escuta médica permanente, colaborar com o processo de internações hospitalares, responder aos chamados no menor tempo possível, organizar o acolhimento do paciente, fornecer informações preliminares à equipe médica do hospital, participar da elaboração de planos de contingência, inclusive nas situações de catástrofes ou com múltiplas vítimas, contribuir na formação em urgência dos profissionais de saúde, integrar serviços dando e recebendo apoio para o cumprimento das missões, viabilizar o transporte hospitalar pelo meio mais adequado e desenvolver planos de atenção médica de naturezas diversas.

Na Central de Regulação das Urgências os procedimentos operacionais são monitorados a todo momento pelo médico regulador e de uma maneira sucinta estão representados a seguir:

Contato: o telefonista recebe a ligação e coleta as informações básicas. Neste momento, o protocolo do atendimento é aberto; Análise: o médico regulador avalia as informações sobre o paciente, de acordo com o resultado e aciona uma unidade móvel; Atendimento telemédico: o atendimento é feito pelo rádio/telefone; Atendimento móvel: ocorre quando uma unidade móvel é enviada para o local do incidente. O serviço oferece suporte básico para a remoção ou tratamento de casos simples, ou suporte avançado com acompanhamento de um médico e recursos para atendimento local a emergências; Remoção: o paciente é levado para o pronto-socorro mais próximo, nos casos onde não é possível completar o atendimento no local. Registro do caso: concluído o atendimento, todas as informações da ocorrência são registradas para análises posteriores (OLIVEIRA; GARCIA, 2005).

2.2 A visibilidade e a ideia do Panóptico

A vitrine é “um espaço aberto à imaginação, como suporte da visibilidade criativa e criadora” (DEMETRESCO, 2000, p. 61). Metaforicamente, pode-se dizer que o trabalho do SAMU se dá como em uma vitrine, pois seu desenrolar em ambientes públicos e abertos, fora dos limites das paredes hospitalares, aguça a curiosidade das pessoas como os produtos em uma vitrine. Apesar de não ter nenhuma relação e fins comerciais, em termos da visibilidade, seu trabalho pode ser comparado a um componente da vitrine. Nessa perspectiva, a vitrine foi analisada como instrumento que tem por objetivo primário dar visibilidade ao que se expõe e despertar nas pessoas o interesse pelo que está exposto (DEMETRESCO, 2010). Assim, os discursos produzidos pelas imagens do trabalho do SAMU assumem diferentes perspectivas ao serem analisadas por diferentes interlocutores (VELLOSO, 2011).

O trabalho desempenhado pelo SAMU em vias públicas e em espaços abertos, por estar exposto a olhares diversos e a várias formas de controle direto, traz forte relação com a tecnologia do panóptico¹: um poder direto e físico que os homens exercem uns sobre os outros (FOUCAULT, 2011, p. 211).

Para Foucault o Panóptico é “uma máquina dos olhares calculados” que, ao assegurar a visibilidade constante sobre todos, propicia o funcionamento do poder disciplinar de forma

¹Panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia (FOUCAULT, 2008).

automática e anônima. O poder disciplinar visa dominar o corpo, tornando-o dócil e produtivo. O corpo dócil é aquele que pode ser submetido e utilizado, aperfeiçoado e transformado no corpo que pode produzir. A disciplina é uma tecnologia positiva do exercício do poder, um conjunto de táticas que produz o controle temporal e minucioso do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças, impondo-lhe uma relação docilidade/utilidade (SILVEIRA, 2005).

É importante destacar que para Foucault (2008:119) corpos dóceis são corpos maleáveis e moldáveis, o que significa que, por um lado, a disciplina se submete ao corpo num ganho de força pela sua utilidade; e, por outro lado, perde força pela sua sujeição à obediência política.

Assim destaca Foucault (2008:169): "o panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder. Graças a seus mecanismos de observação, ganha eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens (...)".

A lógica do Panóptico é que, se um instrumento amplifica a visibilidade de uma pessoa, esta se torna conhecida, vulnerável e, assim, passível de ter seu corpo disciplinado em uma relação: visibilidade, poder, conhecimento, subjetivação e disciplina. O sujeito seria formado pela internalização do olhar externo constitutivo (YAR, 2003, p. 259).

Pensando dessa forma, as equipes do SAMU que realizam seus trabalhos em plena visibilidade e inspeção pela comunidade, através de observação direta, são constantemente submetidas aos instrumentos de vigilância, comparados ao conceito de Panóptico de Foucault e, assim, seus corpos estão em constante exposição ao poder disciplinar, o que pode gerar tensão e desconforto no trabalho cotidiano do SAMU.

O Panóptico coloca em funcionamento uma forma de disciplina diferente da chamada disciplina-bloco². Enquanto esta se baseia em regras duras, controle de horários e ausência de diálogos, a disciplina-mecanismo,³ empreendida por diversas formas de controle diluídas em torno da instituição, permite a comunicação e formas de controle individuais e entre pares, além de procurar tornar o poder mais ágil.

² A disciplina-bloco caracteriza a instituição fechada, estabelecida à margem, e toda voltada para funções negativas: fazer parar o mal, romper as comunicações, suspender o tempo (FOUCAULT, 2008).

³ A disciplina-mecanismo com o panoptismo: um dispositivo funcional que deve melhorar o exercício do poder tornando-o mais rápido, mais leve, mais eficaz, um desenho das coerções sutis para uma sociedade que está por vir (FOUCAULT, 2008).

Anteriormente assentados na tentativa de neutralizar os perigos fixando as populações agitadas, os mecanismos de poder procuram, cada vez mais, produzir indivíduos úteis “[...] as disciplinas maciças e compactas se decompõem em processos flexíveis de controle, que se pode transferir e adaptar” (FOUCAULT, 2011, p. 199).

Utiliza-se aqui a ideia de que, assim como no detido, o Panóptico induz um estado de consciência e permanente visibilidade, produzindo efeitos sobre as equipes do SAMU durante os atendimentos, que assegura o funcionamento automático do poder. Ao imprimir o desejo de organização, a vigilância se torna permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em suas ações; o poder se torna perfeito e tende a ter o seu exercício efetivo desnecessário. O aparato arquitetônico (Panóptico) se torna uma máquina criando e sustentando uma relação de poder independente da pessoa que o exerce. Em suma, os detidos se veriam em uma situação de poder na qual eles mesmos são os portadores (FOUCAULT, 1997, p. 201).

Corroborando com as ideias de Araujo (2013), a vigilância hierárquica⁴, dentro dessa conceituação de panóptico, é colocada como uma vigilância do olhar e, no SAMU, essa vigilância ocorre também por meio da audição. Foucault (1979) a descreve como um dispositivo que:

Permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois em princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; e absolutamente “discreto”, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio (...) e os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam. (FOUCAULT, 1979, p. 148).

Essa ambivalência situa-se na ideia de que a visibilidade ao mesmo tempo em que lhe traz um empoderamento frente à sociedade, também o expõe a essa sociedade e o torna “escravo” de seus julgamentos e entendimentos sobre como esse serviço deveria atuar. As “artes de governar” se aplicam à vida cotidiana das pessoas caracterizando-as, marcando suas identidades (FOUCAULT, 1995).

⁴ A Vigilância hierárquica é vista como um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam. Lentamente, no decorrer da época clássica, são construídos esses “observatórios” da multiplicidade humana para as quais a história das ciências guardou tão poucos elogios. Ao lado da grande tecnologia dos óculos, das lentes, dos feixes luminosos, unida à fundação da física e da cosmologia novas, houve as pequenas técnicas das vigilâncias múltiplas e entrecruzadas, dos olhares que devem ver sem ser vistos; uma arte obscura da luz e do visível preparou em surdina um saber novo sobre o homem, através de técnicas para sujeitá-lo e processos para utilizá-lo (FOUCAULT, 2008).

Quem está submetido a um campo de visibilidade, e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder, fá-los funcionar espontaneamente sobre si mesmo, inscreve em si a relação de poder na qual ele desempenha simultaneamente os dois papéis; torna-se o princípio de sua própria sujeição (FOUCAULT, 2011).

O espetáculo cede espaço à vigilância. Na verdade, esta última deve funcionar como uma forma de regulação inversa à primeira, em uma sociedade na qual a comunidade e a vida pública perdem espaço e são substituídas pela prevalência do indivíduo privado, por um lado, e pelo Estado, do outro: “[...] sob a superfície das imagens, investem-se os corpos em profundidade; atrás da grande abstração da troca, processa-se o treinamento minucioso e concreto das forças úteis; os circuitos da comunicação são os suportes de uma acumulação e centralização do saber [...]” (FOUCAULT, 2011p. 205). E, ainda, “O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar: um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam” (FOUCAULT, 2011p. 205).

2.3 A vigilância auditiva e visual entre os pares e pelo sistema: sua relação com o poder disciplinar⁵

A vigilância é um tema intrínseco na sociedade moderna. Percebe-se a grande relevância na literatura o debate entre os autores sobre pontos negativos, positivos e neutros em seu conceito.

A vigilância é reconhecida como o pilar de todas as sociedades humanas, já que o ato de socialização seria impensável sem a vigilância dos adultos. De que outra forma as crianças poderiam ser formadas como membros competentes de uma cultura? (NORRIS; ARMSTRONG, 1999).

O Estado moderno faz uso da vigilância no sentido em que reúne informações sobre uma população alvo com o objetivo de possibilitar a organização e controle geral (FUCHS, 2011).

A vigilância é “o ato de monitorar o comportamento dos outros, seja em tempo real, usando recursos de câmera, áudio, monitoramento do tipo *key-stroke* (registro do que é digitado no teclado), ou num tempo determinado, a partir da recuperação de dados de movimentações na internet” (WALL, 2007). Neste conceito se percebe a aplicação de tecnologias atuais para se realizar o monitoramento e que contribuem ativamente para a vigilância na sociedade moderna.

É visto na literatura que Foucault se destaca entre os estudiosos sobre vigilância. Ele expõe seu uso na formação do poder disciplinar e apresenta a tecnologia do Panóptico como um princípio da vigilância que é capaz de exercer a soberania sobre todos os indivíduos expostos a esse instrumento de poder. A vigilância está baseada num “princípio de visibilidade compulsória”, que é exercitada através da invisibilidade do poder disciplinar (FOUCAULT, 1977). Foucault (1977) ressalta, ainda, que com o objetivo de assegurar a

⁵ O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. O sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame (FOUCAULT, 2008).

dominação, as disciplinas fazem uso de certos métodos como a observação hierárquica, o julgamento normatizante e o exame.

A vigilância está baseada numa lógica de competição. Ela tenta fazer florescer ou evitar certos comportamentos de grupos ou indivíduos reunindo, armazenando, processando, difundindo, avaliando e usando informação sobre seres humanos, de forma que a violência física, ideológica ou estrutural, potencial ou real, pode ser direcionada aos humanos de forma a influenciar seu comportamento (FUCHS, 2011).

A vigilância constante se faz presente na estrutura do SAMU, na medida em que qualquer indivíduo, independente de sua posição formal, está em condição de inspecionar o trabalho dos colegas. Isso se deve ao fato de que são os próprios pares que têm acesso ao trabalho uns dos outros com maior frequência do que um coordenador formalmente estabelecido na estrutura, ou seja, todos são possíveis detentores de poder, o que automatiza o poder (VELLOSO, 2011).

A vigilância extrapola o local de atendimento pela população. Ela pode ser vista durante a interação entre as equipes de trabalho e entre a Central de Regulação do SAMU no desenrolar rotineiro do trabalho permitindo assim uma vigilância auditiva e visual entre os pares e pela Central de Regulação.

Velloso; et. al., (2014) relata que na organização do trabalho do SAMU, embora as equipes trabalhem de certa forma restrita às suas ambulâncias e bases de trabalho, sem que haja contato visual constante entre elas, o sistema de comunicação estabelecido via rádio é um dos mecanismos que permite que presenças e ausências sejam controladas, que comunicações sejam interceptadas e que os comportamentos sejam constantemente analisados.

Essa vigilância que se estabelece pela audição pode contribuir ainda mais para os conflitos e dificuldades nas inter-relações, pois o discurso deslocado de seu contexto temporal espacial pode ter uma livre interpretação que não traduz a realidade. Isto se dá uma vez que também as coerções são “audíveis” a todos e torna passíveis de julgamentos de valor entre as equipes, bem como o estabelecimento do poder disciplinar no cotidiano dos profissionais (ARAÚJO, 2013).

Nas disciplinas, todo indivíduo é particular, com status de ser possuidor de uma identidade que traz a marca da utilidade e da docilidade. Assim, como as empresas, o SAMU vem procurando regular os fluxos internos em sua organização, dando maiores possibilidades de participação para seus entes, fugindo de um controle central e buscando um controle de regulação através de mecanismos não humanos diversos (MOTTA, ALCADIPANI, 2004).

Ao se disseminar de um ponto fixo de emanção, o poder assume um caráter de anonimato, difusão e multifacetamento. Fragmentado, o poder penetra todos os níveis e espaços da estrutura e produz efeitos permanentes sobre os indivíduos, à medida que os normatiza (PINHEIRO, 2006).

A vigilância auditiva pelo rádio presente no cotidiano de trabalho do SAMU se desenrola de maneira rotineira entre os profissionais. Isso determina a disciplina de regulação de horários, controles de deslocamentos e constante comunicação com o objetivo de manter informações em tempo real dos atendimentos para o conhecimento e controle da Central de Regulação.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. A escolha do método se deu pelo fato de atender aos objetivos do estudo, frente à subjetividade acerca da análise da visão dos profissionais do SAMU sobre a vigilância visual e auditiva no cotidiano do profissional.

A abordagem qualitativa permite desvelar processos sociais, construir novas abordagens, revisar e criar conceitos e categorias durante a investigação. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2010, p.21).

A opção pelo Estudo de caso como estratégia de investigação foi relevante para responder ao objetivo da pesquisa, pois contribuiu para os conhecimentos sobre fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. É caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, para permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo (YIN, 2005).

O estudo de concepções e práticas permite analisar os dados e toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, o formato dos registros e transcrições, utilizando quando necessário as citações, o que permitiu enfatizar todo o processo da pesquisa e não simplesmente os resultados desta (BOGDAN e BIKLEN, 1994 e DEMO, 1998).

Entre as características da pesquisa qualitativa encontram-se as mencionadas por Chizotti, (1991) quais sejam a imersão do pesquisador nas circunstâncias e contexto da pesquisa, a saber, o mergulho nos sentidos e emoções; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto.

A entrevista qualitativa permitiu uma busca em profundidade da perspectiva dos atores sociais, abrindo novas possibilidades de compreensão e conhecimento das situações enfrentadas pelos profissionais e suas condutas, caracterizando-se como um instrumento apurado para o acesso à experiência dos atores (POUPART; et. al., 2010).

Utilizou-se também a técnica da observação pelas pesquisadoras que, segundo Martins (2008), trata-se de um procedimento de natureza sensitiva, o que significa que, ao mesmo tempo em que permite a coleta de dados de determinadas situações, envolve também a percepção do observador por intermédio dos sentidos, para captação de outros aspectos importantes da realidade, o que torna essa técnica uma prática científica, diferenciando-a da observação da rotina diária. As observações foram realizadas pelos participantes da pesquisa durante as entrevistas e durante todo o tempo de permanência no campo de estudo. E as informações observadas, relevantes ao tema em estudo, foram compiladas em um diário de campo.

3.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Contagem, Município de Minas Gerais (SAMU-Contagem), inaugurado em 2004 com o objetivo de atender à Microrregião III (Contagem, Ibirité e Sarzedo), que possui uma população de aproximadamente 809.778 habitantes (IBGE, 2013). Este serviço foi selecionado como cenário da pesquisa por ser local de fácil acesso da pesquisadora por estar nele inserida como profissional, por apresentar receptividade para a realização de pesquisas, por ter grande número de profissionais e por cobrir vasta área de atendimento.

O município de Contagem possui uma população de 637.961 (IBGE, 2013), situa-se na região central do estado de Minas Gerais e está localizada a 23 km do centro de Belo Horizonte. Como faz limites com a capital, integra-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da região metropolitana de Belo Horizonte. Também faz limites com os municípios de Betim, Esmeraldas, Ibirité e Ribeirão das Neves. O município de Ibirité possui uma população de 148.535 habitantes e Sarzedo conta com 23.282 habitantes. (IBGE, 2013).

Neste contexto, o SAMU-Contagem vem contribuindo para minimizar os agravos à saúde da população, tendo em vista que se trata de um município populoso, com grande extensão geográfica e que possui bairros com características diversas. O município abriga um dos maiores Presídios de Minas Gerais, a Penitenciária Nelson Hungria, localizada em um bairro afastado do centro urbano, o bairro Nova Contagem, que se destaca pelo grande

número de chamadas por motivo de agressões. Além disso, o município é delimitado por rodovias conhecidas como de grandes índices de acidentes de trânsito (BR 381, BR 040). Também faz grande volume os atendimentos clínicos como: paradas cardiorrespiratórias, infartos, acidentes vasculares encefálicos, assistência ao parto e atendimentos a surtos psicóticos, dentre outros, conforme relatos dos profissionais.

Estas demandas por atendimentos de urgência e emergência pressionam os serviços de saúde no sentido de se organizarem para atender pacientes graves. Em resposta a essas necessidades, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com a Portaria nº 2.048 GM/MS de 2002 e a Política Nacional de Atenção às Urgências com a Portaria nº 1.863 GM/MS de 2003. Essas portarias determinam a organização de redes loco-regionais, de atenção integral às urgências, como peças interligadas da rede de manutenção da vida, organizadas nos componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares de atendimento às urgências. Essas unidades são responsáveis pelo atendimento a casos de urgência, por demanda espontânea, referenciados pelas UBS e Unidades de atendimento pré-hospitalar móvel. A Portaria nº 1.864/GM regulamentou o componente Pré-Hospitalar Móvel definindo sua estruturação por meio da implantação do SAMU e dos serviços associados de salvamento e resgate em todo o território nacional com as Centrais de Regulação Médica, acessadas pelo número 192 e os Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006).

Atualmente os maiores desafios do SAMU-Contagem dizem respeito à organização de uma rede de serviços de saúde articulada, visto que o município apresenta em sua estrutura de atenção pré-hospitalar fixo 04 (quatro) Unidades de Atendimento Intermediário (UAI), 45 USF distribuídas em sete distritos sanitários, 03 (três) Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e um Centro de Consultas Especializadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2015).

O município ainda dispõe de um hospital geral para atendimento das referências de todas as unidades pré-hospitalares, o que causa grande sobrecarga, tanto do atendimento pré, quanto do atendimento hospitalar e, por conseguinte, maior demanda de transferências inter-hospitalares para a rede de saúde do município de Belo Horizonte. Além disso o SAMU Contagem apresenta grande parte de seu atendimento desviado para a realização dessas transferências inter-hospitalares, que poderia ser amenizado se o serviço de transporte

Sanitário de Contagem fosse regulado pelo SAMU, como acontece em alguns municípios, aumentando a frota de veículos e equipes destinadas a esses transportes.

A figura 1 apresenta o Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte, com os municípios da Microrregião III (Contagem/Sarzedo/Ibirité), que são os de cobertura pelo SAMU-Contagem.

Figura 1- Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte com os municípios da Microrregião III (Contagem/Sarzedo/Ibirité) indicados pelas setas.



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, (2007).

Atualmente o SAMU- Contagem Microrregião III conta com uma equipe de cerca de 165 profissionais das diversas categorias, apresentados na Tabela 1. A Central de Regulação de Urgências localiza-se dentro do município de Contagem e as bases de apoio das ambulâncias espalhadas pelos municípios de Contagem, Sarzedo e Ibirité.

Tabela 1- Composição das Equipes do SAMU- Contagem Microrregião III

Equipes	Número de equipes	Composição	Carga Horaria	Prof/ equipes	Total
Equipes de suporte Básico	07	Técnico em enfermagem	30	8	56
		Motorista	36	4	28
Equipe suporte avançado	02	Enfermeiro	24	07	14
		Motorista	36	04	08
		Médico	24	07	14
Equipe Central	01	Médico regulador	24	02	28
		Operador de frota	30	01	4
		TARM (Técnico Auxiliar de Regulação Médica)	30	02	8
Administração	01	Coordenador	40	01	01
		Dir Médico	40	01	01
		Dir enfermagem	40	01	01
		Dir administrativo	40	01	01
		Ag administrativo	40	01	01
Total	11				165

Fonte: Setor administrativo do SAMU Contagem Microrregião III⁶

⁶ Informação verbal- Setor administrativo do SAMU-Contagem (2014).

O SAMU- Contagem integrava até o ano de 2014 o Consórcio Intermunicipal Aliança, que foi destituído e atualmente o município participa de um projeto de Regionalização ainda em implantação com as cidades circunvizinhas. O propósito dessa regionalização é, especialmente, a estruturação do SAMU na rede regional de urgência e emergência, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS.

O SAMU- Contagem opera 24 horas por dia, para prestar atendimento e/ou transporte adequado à população. É um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS. Quando a solicitação de atendimento é feita por um cidadão, é chamado de atendimento pré-hospitalar móvel primário. Caso for efetuado por um serviço de saúde onde o paciente recebeu o primeiro atendimento para a estabilização do quadro de urgência é denominado atendimento pré-hospitalar móvel secundário.

O SAMU-Contagem também realiza transporte inter-hospitalar de pacientes da rede de serviços de saúde credenciada ao SUS. Para esse atendimento, o Serviço dispõe de uma Central de Regulação, além de 09(nove) bases estrategicamente distribuídas pelas cidades de Contagem, Sarzedo e Ibirité, sendo 07(sete) USBs e 02 (duas) USAs. As USBs são tripuladas por técnico de enfermagem e condutores socorristas e as USAs por médico, condutores socorristas e enfermeiro.

Para os casos de gravidade leve ou média são encaminhados para o atendimento as USBs. O empenho das USAs só acontece em casos de maior gravidade.

Depois de atendidos pelo SAMU-Contagem, os pacientes são encaminhados prioritariamente às unidades de pronto atendimento de Contagem e, em casos de maior gravidade, são encaminhados para o Hospital Municipal de Contagem ou para o Hospital do Pronto Socorro João XXIII, em Belo Horizonte.

Para compreender esse cenário, é preciso entender que o SAMU não é um Serviço com determinação de uma área física fixa, uma vez que qualquer ponto da cidade pode ser local de sua assistência.

3.3 Sujeitos do Estudo e a Coleta dos Dados

Os sujeitos deste estudo foram profissionais das equipes que trabalham no SAMU - Contagem Microrregião III.

Adotou-se como critério de inclusão ser profissional das categorias que realizam atendimento direto aos pacientes no local do chamado e estão constantemente expostos às vigilâncias auditiva e visual no cotidiano do trabalho.

As categorias dos profissionais são: condutores socorristas, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

Optou-se por excluir os profissionais que trabalham na Central de Regulação das Urgências, pois estes não realizam assistência de saúde direta ao paciente.

Assim, os sujeitos da pesquisa foram 13 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Contagem, entre médicos, enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Condutores Socorristas.

Para evitar viés nos resultados desta pesquisa, a coleta de dados foi realizada por uma equipe de três entrevistadoras, incluindo a autora do estudo.

Utilizou-se entrevistas com roteiro semiestruturado (APENDICE A) e observação do ambiente. Tudo foi registrado em diário de campo como forma de contextualizar os resultados encontrados, incluindo estrutura física e funcionamento do serviço.

A realização das entrevistas permitiu à pesquisadora guiar o processo com a possibilidade de extrapolar as questões pré-estabelecidas no roteiro, permitindo o enriquecimento do processo de coleta de dados, visando aprofundar a reflexão, compreender melhor o contexto, ou esclarecer questões, caso necessário (MINAYO, 2010).

As entrevistas ocorreram no local de trabalho, em sala reservada previamente nas dependências da Central de Regulação do SAMU-Contagem e bases de apoio das Unidades de atendimento de suportes básico e avançado.

Segundo Fraser e Gondim, (2004) a entrevista favorece a intersubjetividade entrevistador/ entrevistado e privilegia a fala dos atores sociais, proporcionando melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos sujeitos a respeito de situações e vivências sociais, como também possibilita o conhecimento de como as pessoas percebem o mundo, o que proporciona o alcance dos resultados da pesquisa.

As entrevistas duraram de dez a 30 minutos e ocorreram no período de maio a agosto de 2015. Para proteger a identidade dos participantes optou-se pelo uso de siglas numeradas E1, E2 sucessivamente (E: entrevistado).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise e interpretação das falas dos participantes, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações.

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo (AC) que, de acordo com Bardin (2009), torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos: a pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009).

Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas e organização do material, seguida da leitura exaustiva de cada uma delas para identificação das unidades de registro que, agrupadas, passaram a constituir as categorias que foram analisadas e confrontadas com a literatura.

Em termos de aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008).

A análise de conteúdo possui alguns conceitos de sustentação ao desenvolvimento que permitem instrumentalizá-la: A objetividade: implica que a análise deve poder ser verificada e reproduzida por outro pesquisador. Para tanto, as unidades decompostas da mensagem, as categorias que servem para classificá-la, devem ser definidas com tal clareza e precisão que outros, a partir dos critérios indicados, possam fazer a mesma decomposição. A sistematicidade: a análise deve tomar em consideração tudo o que, no conteúdo, decorre do problema estudado e analisá-lo em função de todas as categorias retidas para fins de pesquisa. O Conteúdo Manifesto: implica eliminar as ideias a priori, os preconceitos do pesquisador. Para isso, o pesquisador deve eliminar o conteúdo presumido em função do que crê saber sobre o problema (OLIVEIRA, 2008).

A análise de conteúdo implica a adoção de técnicas de pesquisa anteriores à análise propriamente dita, ou seja, desde os instrumentos e coleta de dados.

Moreira; et. al., (2005), descreve a técnica para desenvolver a análise de conteúdo percorrendo os seguintes momentos: 1) Relato Ingênuo: aplicação de questões geradoras a respeito do fenômeno que se estuda, na forma de questionários impressos, de perguntas a serem respondidas, utilizando-se gravadores, ou outra forma. As perguntas não podem ser na direção de respostas monossilábicas, o que impediria os sujeitos de emitir seus pensamentos com detalhes. Também a pergunta deve ser feita após explicação do porque da pesquisa,

dando aos sujeitos o tempo necessário para organizarem o pensamento antes da resposta. 2) Identificação de Atitudes: o pesquisador não deve perder de vista o sentido geral do discurso do pesquisado, o que pode ser conseguido, voltando-se várias vezes à leitura dos depoimentos dos sujeitos, captando o sentido do todo; selecionar as unidades mais significativas dos discursos dos sujeitos, subtraindo-as dos relatos ingênuos, procurando criar indicadores e, posteriormente, categorias que possam servir de referencial para a interpretação. 3) Interpretação: com o quadro geral das ideias de cada sujeito montado e caracterizado pela identificação das unidades de significado, bem como as convergências e divergências, o pesquisador passa a fazer a análise interpretativa do fenômeno. Para isso, é importante buscar novamente os pressupostos teóricos sobre o fenômeno pesquisado, confrontando os pontos de vista dos autores com o relato dos pesquisados, buscando assim, as proposições verdadeiras no contexto geral.

A saturação de dados nesse estudo, de acordo com Minayo (2010), se dá quando houver reincidência das informações capazes de refletir a totalidade nas múltiplas dimensões.

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Inicialmente foi solicitada formalmente autorização da direção do SAMU para a realização da pesquisa.

Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais a fim de garantir procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Para tal, o projeto foi lançado na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema COEP/CONEP (Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa) e ao Comitê de Ética e Direção do SAMU-Contagem.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos quanto à finalidade e objetivos do estudo e que sua participação seria voluntária, em que cada profissional teria o direito de se recusar a participar ou retirar-se dela se desejar a qualquer momento.

Os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias. Uma delas foi prontamente entregue ao pesquisado. (APÊNDICE B).

Os pesquisadores responsáveis se comprometeram a interromper ou suspender o estudo se este viesse a apresentar qualquer possibilidade de danos aos participantes. Nenhum dos métodos usados ofereceu riscos à dignidade dos mesmos, satisfazendo ao princípio da não maleficência da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Ambiência da pesquisa e perfil dos sujeitos entrevistados

Após a realização dos trâmites Éticos administrativos, foi realizado o primeiro contato com o SAMU-Contagem, a pesquisa foi apresentada para a Referência Técnica de Enfermagem e para o Diretor Geral do Serviço. Além disso, foi apresentado o cronograma de realização das entrevistas e feito o reconhecimento da área física da Sede do SAMU-Contagem, começando pela Central de Regulação do SAMU.

A seguir, foram descritas características levantadas pelas observações das pesquisadoras durante a realização das entrevistas.

A sede própria do SAMU, recentemente adquirida, é composta pela Central de Regulação médica, o setor administrativo e recursos humanos, almoxarifado, pátio de estacionamento e pequenas manutenções de ambulâncias e duas bases de apoio de Unidades de atendimento, a USA 04 e a USB 04.

Na sala da Central de Regulação Médica, propriamente dita, existem cinco mesas distribuídas em ilhas: de um lado estão os técnicos-auxiliares de Regulação Médica (TARMs) e do outro as mesas de regulação médica e do operador de frota.

A sala do Diretor se encontra em um espaço reservado nesta sala, com divisórias de vidro e possibilidade de visão privilegiada dos demais, separada do ambiente geral e com uma placa de identificação na porta escrita “Direção”. A posição desta sala com possibilidade de visão ampla, sem ser visto pelos outros, permite a vigilância do trabalho e movimentação das pessoas que se encontram no local, o que remete a um instrumento importante do contexto das discussões de relações de poder, chamado panóptico.

A tecnologia do panóptico como um princípio da vigilância é capaz de exercer a soberania sobre todos os indivíduos expostos a esse instrumento de poder. A vigilância está baseada no “princípio de visibilidade compulsória” que é exercitada através da invisibilidade do poder disciplinar (FOUCAULT, 1977, p. 187).

A disposição das ilhas e da sala da diretoria permite ao diretor a visão de todos que estão naquele ambiente, entretanto, nem todos conseguem vê-lo. Assim, todos os trabalhadores sabem que estão no campo de visão do diretor constantemente como no Panóptico. Essa permanente visibilidade faz com que todos mantenham seu comportamento focado no trabalho, a fim de não serem vistos realizando atividades não pertinentes.

Esse desenho da central de regulação também permite que todos os profissionais que ali trabalham se veja em constante observação, o que reafirma outra forma de vigilância do trabalho e comportamento dos pares.

Esses profissionais se comunicam o tempo todo, tiram dúvidas de ligações/casos recebidos, além de observarem o que o colega está realizando. Tudo isso imprime um ritmo ao trabalho desse local, ou seja, quem está recebendo as ligações solicitadas ou não e quais estão sendo as atitudes tomadas.

Além disso, há o controle da localização das ambulâncias, da liberação das mesmas para o atendimento, bem como a situação das Unidades de saúde que receberão os pacientes do SAMU.

É um ambiente interativo em que todos os atores colaboram para o trabalho final da Regulação das demandas dos solicitantes. Para Sewell (1998), estrategicamente, as empresas têm lançado mão de instrumentos de vigilância à disposição da equipe, objetivando maior controle via autodisciplina (o indivíduo tornando-se portador de sua própria vigilância), bem como através do monitoramento por seus pares. Neste aspecto, percebe-se o caráter organizativo da vigilância e que as ações de organizar e vigiar estão totalmente ligadas.

Nas bases visitadas, é importante ressaltar a disparidade de estruturas entre elas e entre elas e a sede. Duas bases são localizadas em áreas militares: A USB 03 situa-se no Segundo Batalhão de Bombeiro Militar (2º BBM) e a USB 05 e a USA 08 no Posto de Atendimento Ceasa do 2º BBM.

Percebe-se que nestes locais existe um maior rigor em relação à postura pessoal e segurança do local, com necessidade, por exemplo, de estar a todo o momento vestido com o uniforme completo e apresentação de identificação pessoal da equipe, para acesso interno à base.

Por outro lado, na Unidade central, chamou a atenção e foi relatada pelas equipes a existência, ao lado do prédio, de uma empresa que possui um equipamento que todos os dias, ao final da tarde e metade da noite, emite imenso barulho. Tal fato foi relatado como incômodo pelos profissionais, tendo em vista que quando conseguem estar na base, gostariam de poder descansar, pois no SAMU o trabalho é desgastante com atendimentos diversos. A possibilidade de descanso entre os atendimentos, quando existe, poderia contribuir para repor as energias e levar a um melhor desempenho das equipes.

A vigilância é inerente à sociedade moderna e não se restringe aos meios literalmente deflagrados para exercê-la. Está em toda parte e em todas as relações humanas. Neste estudo, não houve intenção de esgotar a discussão sobre a vigilância no SAMU-Contagem, mas

desvelar alguns detalhes de como a vigilância se configura e é percebida no desenrolar do trabalho das equipes do serviço.

Assim, a partir da análise dos conteúdos, foram identificadas três categorias principais: a percepção da população sobre o SAMU influenciada pelo seu trabalho na vitrine; a rotina de trabalho das equipes e mecanismos de controle que geram autodisciplina e a vigilância através dos meios de comunicação no atendimento do SAMU e as relações de poder.

A fim de complementar as informações que se referem à ambiência da pesquisa os profissionais entrevistados são parte importante do contexto. Os dados de caracterização do perfil dos sujeitos da pesquisa mostram que 77% dos profissionais são do sexo masculino e 23% do sexo feminino. A maioria dos profissionais possui entre 30 e 40 anos de idade (38,5%). Em relação ao estado civil, 77% são casados, 15,4% são solteiros e 7,6% divorciados.

A atuação em serviços de urgência mostrou expressiva experiência, ou seja, 61,5% possuem mais de 10 anos de experiência em serviço de urgência e com relação ao tempo de trabalho no SAMU, a maioria (38,4%) possui entre 5 a 10 anos.

4.2 SAMU na vitrine: o trabalho cotidiano sob a vigilância da população

No cotidiano de trabalho do SAMU a visibilidade e a diferença da realidade vivida em relação à forma como são percebidas pelo usuário do sistema de saúde causam interposições na interpretação das situações do trabalho rotineiro.

Essa percepção coloca, muitas vezes, as equipes de atendimento do SAMU sob crítica no local de atendimento e até mesmo sob questionamentos da qualidade do trabalho realizado. Tal situação aparece na realidade do serviço, devido ao fato do trabalho ocorrer na vitrine.

Demetresco (2010) considera a Vitrine como um armário envidraçado, no qual se expõem objetos com fins mercantis de forma que seja fácil ao visitante observá-los.

Certamente, o que se pretende aqui não é comparar o trabalho do SAMU com uma vitrine em termos comerciais, que gera possibilidade de transações comerciais, nem como instrumento que deliberadamente tem o objetivo de iludir e produzir sonhos, mas em termos da visibilidade que o trabalho assume ao se desenrolar em vias públicas da cidade (VELLOSO, 2011).

Assim, pode-se dizer que o trabalho do SAMU, ao acontecer nas ruas e nos domicílios, “olho no olho” com o usuário e a mira dos curiosos e transeuntes, pode ser comparável à mostra de produtos em uma vitrine.

Este trabalho, então, acontece sob constante análise e questionamentos dos atores ali presentes, não sendo mais de âmbito privativo dos profissionais envolvidos e dos pacientes.

(...) Na rua é complicado porque a gente tem o quê? Populações. Gente desinformada. Que está mais preocupada em sair correndo com o paciente, sem saber o que ele tem. Ir para o hospital. A gente tem certo método, uma cartilha que a gente segue de atendimento (...) (E-5)

(...) eles acham que não é daquele jeito, tem que ser do jeito que eles querem... Há casos, às vezes, de até quererem agredir verbalmente ou até fisicamente né? mas a gente vai trabalhando e vai levando ali na boa e tenta fazer o melhor possível.(...) (E8)

À medida que o profissional do SAMU assume o estado de visibilidade em relação à população, a quem presta assistência, ele passa à condição de sujeito examinado, o que constitui uma inversão de posições, tendo em vista que em sua prática está habituado a assumir a condição de examinador.

Neste sentido, se destaca o caráter organizativo da vigilância, que disciplina o profissional para que o mesmo não pratique nenhum ato contra a normatização, a se ver a todo tempo vigiado.

Há, assim, uma inversão de posições e o examinador tradicional, profissional do SAMU, passa a ser examinado, avaliado e, em algumas situações, julgado por familiares e pela população.

Foucault ressalta ainda que, com o objetivo de assegurar a dominação, as disciplinas fazem uso de certos métodos como a observação hierárquica, o julgamento normatizante e o exame (FOUCAULT, 1977: 170).

No trabalho do SAMU a estrutura do Panóptico não está presente como estrutura física, concreta, onde um jogo de luzes e sombras é um instrumento que permite o controle dos indivíduos, mas, diversamente disso, há uma reinvenção do Panoptismo, sem que haja, no entanto, a minimização dos seus efeitos de controle e de sentir-se vigiado.

Na perspectiva de que são constantemente analisados e pré-julgados por parte da população, alguns profissionais entrevistados se apoderam do discurso de que somente fatores negativos são levantados com relação ao seu trabalho, como nos relatos abaixo:

(...) Ninguém vê que o SAMU vai ali na casa de uma pessoa que é desconhecida e que tem uma PCR [parada cardio respiratoria] e que chama o médico que a gente vai lá (...) ou que aconteceu um acidente, que a vítima ficou presa nas ferragens, que foi o médico, que foram os técnicos, que foi o enfermeiro, que foi todo mundo e que conseguiu sucesso...(E8).

(...). Normalmente a gente tá aqui na base, a gente leva 5 minutos para chegar na casa do paciente. Mas ele já tem na cabeça dele que o SAMU demora. Então você chega lá ai ele, nossa demorou. Você gastou 5 minutos para chegar lá. Ou às vezes você está numa ocorrência muito grave, você precisa liberar essa ocorrência para poder tá atendendo uma outra. O SAMU tá demorando. O SAMU não atende. O SAMU não chega. Então você tem sempre essa imagem já preconizada na mente. É difícil. (...) (E5)

Os relatos evidenciam um sentimento dos profissionais do SAMU relacionados à incompreensão da população sobre seu trabalho diante de situações de atendimento a pacientes graves. Ela percebe que o atendimento foi realizado com sucesso pela equipe, mesmo em situações desfavoráveis, mas o reconhecimento do SAMU não foi o esperado.

Outro fator importante visto nos relatos acima descritos diz respeito ao tempo do atendimento, como se a solicitação e a presença do SAMU, obrigatoriamente, tem que ocorrer ao mesmo tempo, o que nem sempre é possível, pois as equipes podem estar envolvidas em outros atendimentos e a distância a ser percorrida pode ser grande.

Configura-se, assim, uma vigilância baseada no “princípio de visibilidade compulsória”, no tempo do solicitante, que insiste em ter o controle do atendimento de suas necessidades, gerando angústia na equipe que não consegue estar ao mesmo tempo em todos os lugares.

Para Alves; et al (2010) os usuários fazem avaliação negativa do atendimento se a ambulância demora a chegar ao local solicitado por terem dificuldades para entender os motivos do atraso, tais como trânsito congestionado e distância a ser percorrida pela equipe.

Dessa forma, o SAMU adquiriu a conotação de serviço descaracterizado, que está à mercê do controle popular pelo risco inclusive de sofrer agressões físicas quando se encontram em locais denominados “de risco” e demoram a chegar á cena ou chegam no tempo que não é aceito pelo usuário.

No olhar e no ser visto encontra-se a vigilância. A vigilância está baseada num “princípio de visibilidade compulsória” que é exercitada através da invisibilidade do poder disciplinar (FOUCAULT, 1977: 187). Embora o prestígio do trabalho do SAMU seja, em parte, associado à visibilidade do Serviço, é acentuada a angústia provocada pela fragilidade imposta à equipe mediante o julgamento de espectadores que desconhecem seu contexto de trabalho.

A vigilância opera com a ameaça e o medo; é uma forma de violência psicológica e estrutural que pode transformar-se em violência física (FUCHS, 2011).

Atualmente, se vive em uma sociedade em que o panotismo reina. Os circuitos de comunicação que existem e as bases de dados que geram constituem um Superpanóptico, um sistema de vigilância sem paredes, janelas, torres ou guardas (POSTER, 1990, p. 93).

Os profissionais do SAMU sentem-se observados, desde o acionamento pela base de apoio até a chegada com o paciente ao hospital, por diversos personagens como colegas de trabalho, pedestres, outros motoristas, familiares e profissionais da imprensa.

Estas observações se transformam em vigilância na medida em que se tornam documentadas por atores que se utilizam de celulares, câmeras fotográficas, filmadoras e gravadores para registrarem os acontecimentos e ações dos profissionais. Na maioria das vezes, essas filmagens são transmitidas para as redes sociais e espalhadas imediatamente para milhares de pessoas.

Fato relevante é que a vigilância age com ajuda das redes sociais e assim pode ser exercida por muitos atores.

Não há um único ponto geográfico de acesso à informação, ela pode ser acessada de qualquer lugar. Da mesma forma, não há uma única base de dados eletrônicos para vigilância, mas muitas e dispersas que podem ser usadas em conjunto por atores poderosos, com o objetivo de realizar pesquisa interligada de dados (FUCHS, 2011).

Wall (2007) diz que outra forma de se compreender a vigilância é pelo ato de monitorar o comportamento de outros, seja em tempo real, usando recursos de câmera, de áudio, monitoramento do tipo key-stroke (registro do que é digitado no teclado), ou num tempo determinado, a partir da recuperação de dados de movimentações na internet ().

(...) por questão de visibilidade mesmo, o SAMU está na rua, dentro do hospital tem problemas, talvez até mais, mas o hospital é fechado, mas o SAMU qualquer problema que aparece você está na rua, você está levando à vista de todos, então qualquer problemas, uma ambulância que estraga, uma ambulância que para, já está na mídia (E12).

O relato explicita a visibilidade permanente do SAMU nem sempre bem compreendida, mas passível de análise com o olhar de quem deseja um sistema “quase perfeito”, cujas ambulâncias não possam apresentar defeitos.

Aqueles que necessitam do serviço em situação de urgência, geralmente, têm uma tolerância menor.

A mídia, na visão dos profissionais, explora os fatos sem esclarecer o que realmente ocorreu. O trabalho dela tem como objetivos, através dos diversos meios que utiliza, promover homogeneização de sentidos, estabelecer “verdades”, manter ou criar um consenso (CARMAGNANI, 2004).

Assim, a veiculação frequente de notícias sobre o SAMU mostra que as questões relacionadas a esse Serviço de saúde têm repercussão para o público. Isto foi relatado pelos participantes da pesquisa, de diferentes formas, quando lhes foi perguntado sobre o papel da mídia e sua influência na percepção do serviço pela população.

(...) É... os meios de comunicação, às vezes, dão mais ênfase a erros cometidos e nem sempre é colocado aí um serviço bem feito pelo SAMU e às vezes isso atrapalha, porque a população às vezes é que tem mais condições de crítica do que aprovar o serviço. (E1)

(...) Qualquer coisinha que você falou o pessoal filma também. Manda para imprensa. Joga no whatsapp. Ai estraga a imagem do SAMU né. (E6)

Analisando a dinâmica das relações de poder, a exposição do SAMU na mídia pode funcionar como mais um dispositivo de controle, capaz de acompanhar o modo de agir dos profissionais, controlar suas ações e recriar cotidianamente as relações de poder/saber em um contexto que extrapola os limites da própria equipe e, até mesmo do próprio Serviço.

Este controle ganha novas dimensões quando a população imprime ao Serviço a necessidade de se adaptar continuamente, visando aperfeiçoar cada vez mais o atendimento prestado (VELLOSO, 2011), uma vez que eles estarão sempre sob os olhos de outrem.

A vigilância é hoje panóptica não porque as tecnologias de vigilância estão centralizadas e hierarquizadas, mas porque o Estado e a imprensa são atores dominantes e acumulam dispositivos de poder que podem usar para a vigilância (FUCHS, 2011). Estes atores utilizam-se da informação para obterem formas de reger e manter os profissionais em constante estado de vigilância e disciplinarizados. A imprensa, através da informação que muitas vezes pode ser veiculada em tempo real, cria um consenso popular sobre a notícia que expõe os profissionais em serviço.

Muitos profissionais queixam-se da falta de uma assessoria de imprensa que represente o SAMU perante os canais de comunicação e realize esclarecimentos sobre as questões divulgadas, bem como a divulgação de informações sobre o funcionamento do serviço e contribuições da população para seu bom andamento, como afirmam os profissionais abaixo:

(...) O SAMU não tem uma assessoria que cuida dessa parte visual. (E5)

(...) Eu acho que para o SAMU falta uma assessoria de imprensa, igual todo órgão tem, nós não temos, então, se você quiser chegar lá na televisão e falar assim, o pessoal do SAMU fez isso, isso e isso, vai ficar. (E-7)

(...) Mas eu acho que é uma questão de divulgação do funcionamento real do serviço de saúde como um todo, né? Não só do SAMU, mas como um todo, entendeu? (E13)

Apesar dos relatos sobre incompreensão, filmagens, gravação e outros mecanismos utilizados pela sociedade como forma de controle, alguns profissionais afirmaram que o SAMU vem ganhando o reconhecimento da população, uma vez que, atualmente, é um serviço essencial que permite maior alcance do atendimento em saúde em locais diversos que antes não existiriam. É o que se percebe nos relatos abaixo:

(...) Eu acho que hoje para a população é um trabalho essencial. Hoje a população não consegue viver mais sem o sistema do SAMU, do atendimento mesmo dos pacientes (...) (E11).

(...) O SAMU acho que a maior parte admira, respeita, acha bonito nosso trabalho, valoriza nosso trabalho. (E12).

A concepção positiva apresentada pelos profissionais confirma os achados do estudo realizado por Rocha (2009), no qual o SAMU é considerado um importante elo entre os níveis de atenção que equilibra a distribuição da demanda de urgência, proporcionando resposta adequada às necessidades do paciente por meio de orientação ou de envio de equipes, de acordo com a regulação médica.

Portanto, para os profissionais envolvidos não há unanimidade quanto à visão da sociedade sobre o SAMU. Há tanto uma imagem positiva quanto negativa, contudo, eles reconhecem que, por parte dos usuários do serviço, prevalece uma imagem favorável.

4.2.1 SAMU: conhecer para compreender

Os entrevistados relatam acreditar que a população ainda se confunde na hora de acionar o SAMU, demonstrando desconhecer situações de Urgência e Emergências em saúde atendidas pelo serviço.

Vários profissionais expressam que a população leva em consideração suas necessidades momentâneas, tratadas ali como de extrema urgência e ao, acionarem o serviço, apresentam falas que supervalorizam suas queixas.

Os profissionais adotam, em geral, as definições de urgência e emergência que constam da Resolução N°1451 de 10 de março de 1995, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Nesta Resolução, urgência seria a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; e emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso e que por isso exijam tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

A partir disso, compreende-se que os critérios de urgência definidos pela legislação e utilizados pelos protocolos que orientam o trabalho da central de regulação nem sempre são entendidos ou aceitos pelos usuários, uma vez que estão muito distantes da realidade de muitos deles.

Contudo, após 20 anos desta definição, foram ampliadas as condições de acesso, inclusão, regulamentação de atendimentos às urgências e emergências e perfil de morbimortalidade, o que leva à necessidade de repensar os conceitos.

Neste sentido, várias discussões trazem à tona situações não consideradas de urgências/ emergências para os protocolos de Regulação Médica do SAMU e que muitas vezes são demandas atendidas pelo serviço.

Atualmente, já existe uma compreensão de que a situação real em que vive a população que solicita o serviço são demandas sociais, muitas das vezes geradas porque a única forma de acesso ao serviço de saúde naquele momento se dá pela solicitação de uma ambulância do SAMU.

(...) Porque as pessoas não conhecem o que é o SAMU, as pessoas conhecem o que é a ambulância. O SAMU não é só ambulância. O SAMU é um

sistema de atendimento, que presta um serviço que pode ser utilizado com o oferecimento da ambulância (...) (E-4).

(...) eu acho que tinha que ter algum processo pra mostrar pra eles que o SAMU não vai dar conta de atender tudo na mesma hora, tem que ter... eu sei que é difícil, mas tem que existir a paciência né... (E8)

Os profissionais relatam que, no imaginário popular, para ser atendido pelo SAMU há a necessidade do envio da ambulância. A orientação dada pelo médico regulador nem sempre é considerada, pelo usuário, como atendimento. O serviço é, frequentemente, associado à presença de ambulância.

As necessidades sentidas pelos usuários também são relatadas pelos profissionais, como na descrição abaixo:

(...) “Ah eu estou com uma dor de cabeça”, ai o médico fala que não tem ambulância e ai mete o pau no SAMU, porque não tem ambulância para dor de cabeça. Então, eu acho que hoje a população vê muito o SAMU como... não como urgência e emergência, mas para qualquer coisa (E7).

(...) E a população vai realmente utilizar o SAMU mediante o que acha que é grave ou não para ela. Então, por exemplo, o seu filho que está sentindo dor, para você é grave, né? Mas, para o entendimento do médico regulador não vai ser grave, então, a população não tem noção de decidir o que é grave (E4).

Houve reconhecimento dos profissionais sobre as demandas, embora não configurem situações de urgência pelos protocolos em vigor. Neste sentido, segundo Araujo; et. al., (2011), há situações em que o SAMU é mal aproveitado por parte da população que o utiliza como “táxi”, demandando um atendimento que não seria necessário.

Segundo os profissionais do SAMU, muitos cidadãos acionam a Central de Regulação ao se depararem com uma pessoa caída na rua e, quando a unidade do SAMU chega ao local, seus profissionais verificam a presença de etilismo, associado ou não a alguma comorbidade.

Nesta perspectiva, estas demandas incluem problemas sociais que recaem sobre o SAMU como forma de assegurar acesso, embora possam, no modelo adotado, competir com situações de urgência previstas.

Pelos relatos, os profissionais compreendem que a população ao solicitar o SAMU para uma queixa de “dor de cabeça”, apresenta uma queixa que é sentida como uma urgência, apesar de poder não apresentar um risco real de morte àquele solicitante, mas pode ser ou se tornar uma situação grave.

Assim, entende-se que a população não adota os critérios que definem uma urgência e uma emergência para utilização do serviço como é preconizado. Neste caso, outros serviços de saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS), devem, continuamente, se organizar para receber a população com suas queixas, possibilitando que o cidadão se sinta acolhido e devidamente orientado dos serviços de saúde disponíveis no sistema.

Neste contexto, torna-se importante considerar não só a abordagem dos aspectos relacionados à doença que resultam em situações de urgência, mas também aspectos sociais, isto é, o contexto de vida dos usuários, suas expectativas em relação ao cuidado de saúde e sua disponibilidade de recursos (ALVES; et. al., 2010).

Diferentes interpretações sobre o SAMU e urgência têm sido observadas. Essas interpretações têm como base a escassez de treinamento de toda a rede para atender urgências e o aumento das demandas sociais, sem a correspondente ampliação da estrutura dos serviços para atendê-las, o que gera conflitos que repercutem na percepção daqueles que prestam e utilizam os serviços (ALVES; et. al. 2010).

(...) a gente tem que satisfazer a população de uma forma e tem que satisfazer a urgência e a emergência. Por exemplo, a gente vai atender uma ocorrência e a gente sabe que a gravidade não existe, a emergência não existe, a urgência não existe, mas existe o fator social envolvido. Aquela pessoa não tem como se deslocar para o hospital, às vezes, ela não tem o veículo, ela não tem o dinheiro de passagem, às vezes, as pessoas estão em precárias condições e ela precisa ser levada. (...) a gente se ocupa com ocorrência de menor gravidade, enquanto outras mais graves vão ficar aguardando atendimento onde é fatalidade, né?(E-4)

(...) Mas o programa de educação, um programa de ensinar também, alguns programinhas, escola, isso tudo facilitaria, mudaria a imagem no sistema ruim, para um sistema melhor. Ajudaria muito. (E5)

Tudo isso corrobora as ideias de ALVES, et.al. (2010) e Rocha (2005), que sugerem a necessidade de serem repassadas orientações à população para educar os usuários sobre quando devem acionar o SAMU, esclarecendo em quais situações este presta seus serviços.

Espera-se, com esta ação sugerida, uma grande chance na melhoria do atendimento e gestão do envio de ambulâncias pela Central de Regulação. No entanto, os problemas sociais continuarão a existir e formas de acesso aos serviços de saúde deverão ser encontradas para não excluir os mais necessitados e menos informados.

Ainda sobre o pouco conhecimento do real trabalho do SAMU, muitos o confundem com o de outras instituições, como o do Corpo de Bombeiros.

Em um primeiro momento, a semelhança dos uniformes de todos os profissionais que trabalham nas ambulâncias pode favorecer uma analogia. Entretanto, essa ideia pode ser anulada quando se observa o serviço mais detalhadamente, como nos relatos abaixo:

(...) eu vejo que a população tem uma grande dificuldade de enxergar o trabalho do SAMU e do bombeiro, por quê? No SAMU são profissionais da área da saúde - médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, né?... Ela sofreu um acidente. Está fora de um veículo. Beleza. SAMU. Não, ela está presa nas ferragens é bombeiro e SAMU, entendeu? (E10)

Essa confusão é clara para os profissionais ao perceberem que a própria população aciona o SAMU para atendimentos que, em primeiro lugar, necessitam da ação das equipes de resgate. Em outros casos, na maioria dos atendimentos clínicos, acionam o resgate antes de chamarem o SAMU.

Esse desconhecimento gera vários transtornos e prejuízos, pois, quando se aciona o serviço errado, perde-se um tempo precioso que pode ser um fator de grande relevância para o sucesso do atendimento pré-hospitalar.

]Estas questões deveriam ser trabalhadas em campanhas de informação para a população, o que não é realizado em projetos permanentes.

Observa-se, assim, que há uma deficiência crônica por parte dos agentes públicos que não conseguiram resolver o impasse relacionado ao acionamento, pela população, dos serviços de atendimento pré-hospitalar.

4.3 A rotina de trabalho das equipes e mecanismos de controle

4.3.1 A rotina de trabalho das equipes

O trabalho dos profissionais no SAMU se destaca e diferencia dos outros serviços de saúde pela rotineira atuação diante do inesperado, pois raramente sabem qual o tipo de atendimento irão prestar. As características do local, dos agentes externos que poderão interferir no atendimento além da necessidade de decisões rápidas, exigência de condicionamento físico, exposição a condições estressantes e níveis elevados de ansiedade, (VARGAS, 2006) corroboram a afirmação acima.

O SAMU é considerado um componente organizador da assistência, capaz de responder às demandas de urgências no domicílio, no local de trabalho ou em vias públicas, ou seja, onde o usuário do SUS precisar, com recursos necessários e adequados para a complexidade de sua condição (BRASIL, 2009).

Essa complexidade da demanda por atendimento do SAMU representada pelo imprevisto, pela diversidade de agravos e pela influência do ambiente causam maior necessidade de os profissionais estarem bem treinados e respaldados por protocolos de atendimentos que lhes conferem segurança e maior qualidade na assistência.

Nas entrevistas, percebeu-se clareza dos profissionais sobre suas atribuições e rotinas de atendimento, como na citação abaixo:

(...) Eu trabalho direto com paciente clínico, cirúrgico ou de trauma (...) não tem específico, tratamento direto desde paciente que tem uma comorbidade menos grave até as mais complexas, basicamente é isso. Quando há maior complexidade ha interação da minha unidade [básica] com as unidades avançadas... (E11)

O profissional do SAMU, segundo a legislação específica, deve dispor das seguintes características: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para capacitação bem como para “recertificação periódica” (BRASIL, 2006, p.54).

Pelos relatos dos entrevistados, pode-se inferir a importância que eles dão ao conhecimento dos protocolos e normas existentes, principalmente na área legal.

(...) O SAMU, na verdade, é o componente de uma Portaria, né? (...) é o componente móvel dessa portaria que deveria fazer uma triagem adequada através de profissionais capacitados por médicos reguladores capacitados, onde saberiam identificar o que é urgência, emergência e enviar essas ambulâncias nesses casos (E4).

Ressalta-se a importância que os profissionais deram à capacitação para a rotina de trabalho. Relatam que, às vezes, é necessária a utilização de falas referente à legislação que protege o SAMU em discussões entre as equipes do próprio órgão e destas com as equipes de retaguarda dos Serviços de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Hospitais de alta complexidade, principalmente no que diz respeito à recepção da demanda trazida pelo SAMU.

Isto porque essas Unidades externas geralmente trabalham com sua capacidade de produção acima do previsto no planejamento e, desde o período da criação do SAMU, o enxergam como um proliferador de suas demandas de atendimento, como citado por ROCHA, (2009).

Corroborando com essa ideia, Araújo (2011) destaca que os profissionais de outras unidades já trabalham com sobrecarga, sendo o SAMU responsável por aumentá-la e ainda possuírem um aparato legal para forçá-los a receber esse paciente, mesmo que aleguem não ter condição de fazê-lo. Nesse “aparato legal”, a condição de vaga zero estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde 2048/2002 causa constantes conflitos nas relações entre o SAMU e os demais serviços de saúde da rede.

No que se refere à Central de Regulação, percebe-se que os profissionais demonstram, com clareza, a identificação de controle sobre os atendimentos, as funções de cada um que a compõe, bem como a importância do controle exercido pela central, em cada atendimento “in loco”.

O controle exercido pela Central de Regulação é reconhecido como o meio de desenvolvimento de toda dinâmica de trabalho das ambulâncias, desde aquelas que se encontram em atendimento até as que estão liberadas nas bases de apoio.

A central de regulação possui a visão do sistema como um todo e tem o papel de empenhar as ambulâncias nas suas áreas de abrangência, considerando a maior proximidade das mesmas ao local solicitado.

(...) A gente aprende que nós, a equipe somos os olhos do médico lá na rua. Então, o médico tem que ter confiança naquela equipe pra saber o que realmente está acontecendo, confiar naquela equipe, porque a gente vai passar pra ele o que está acontecendo ali, pra ele tomar a atitude necessária, é importante isso. (...) Tudo pelo médico regulador (...) quando acontece alguma coisa na rua, por exemplo, a gente vai fazer um atendimento, a gente via rádio ou por telefone, passa a informação pro médico e o médico é que vai julgar...(E8)

(...) A pessoa que fica no rádio, ela pega a ocorrência e passa a ocorrência para a gente e essa ocorrência é toda controlada (...) o horário que passa a ocorrência pra gente, horário que a gente chega à residência ou no local, o horário que a gente sai do local, horário que a gente chega no destino ou no hospital ou na UPA e o horário que a gente sai da UPA. Então, a gente tem 5 horários para cumprir e esses horários, o pessoal de dentro da central que vai falando esses horários para a gente (E7).

(...) um dos principais indicadores de qualidade do nosso trabalho é o tempo resposta, o tempo que a gente, que o paciente aciona o serviço e a gente chega até ele, recebe aquele agravo, acidente e a gente chega pra atender, quanto mais rápido ele for encaminhado para uma unidade de referência, maior a chance de vida (E12).

Pelos relatos, identifica-se que o trabalho prescrito se compara com o real e é controlado pela central, gerando indicadores de avaliação do tempo resposta e disponibilidade para outros atendimentos.

Foi possível perceber o comprometimento dos profissionais com as diretrizes de trabalho e o respeito ao que é determinado. Eles têm consciência de que suas habilidades e o tempo de atendimento são essenciais para definir o prognóstico do paciente. Não houve críticas maiores ao sistema, mas algumas queixas relacionadas à sobrecarga de trabalho em tempo integral, na maioria dos dias.

Ressalta-se que o tempo resposta, ou seja, o tempo que o profissional leva até chegar ao local em que foi solicitado é valorizado para o sucesso dos atendimentos, pois os pacientes, ao solicitarem o SAMU, se encontram em situações diversas de agravos à saúde e, em muitas delas, a reversão do quadro só é possível quando é feita uma intervenção rápida e precisa,

como por exemplo, em casos de parada cardiorrespiratória e grandes sangramentos, agravos que necessitam chegar com extrema rapidez a um bloco cirúrgico.

Também constituída no binômio poder/saber, foi visto no estudo de Velloso (2011) que a disciplinarização está bastante presente na estrutura do SAMU, bem como estão presentes nos seus principais instrumentos disciplinadores: vigilância hierárquica, sanção normalizadora e exame.

A vigilância hierarquizada tem o efeito de exercer constante pressão sobre os indivíduos para se enquadrarem em um modelo, como no caso da utilização de uniformes iguais, protocolos de atendimento que deve haver um sincronismo das ações, como em casos de imobilizações de pacientes vítimas de trauma, de forma que todos devem ser semelhantes ou sofrerão as consequências por agir diferente do padrão.

A sanção normalizadora está presente no SAMU. Viabilizada pela observação hierárquica que estabelece o padrão individual, testa aptidões e habilidades. Como exemplo, podemos citar o momento em que o profissional é observado ao fazer um procedimento de punção venosa em via pública. Ele está suscetível ao erro devido às condições encontradas, contudo é severamente punido com questionamentos de populares quando não consegue realizar o procedimento na primeira tentativa.

O instrumento do exame está sujeito ao processo da visibilidade, através da qual o profissional é exposto e por ele será diferenciado e julgado.

Esses instrumentos disciplinadores são utilizados de diversas formas e situações variadas, de modo que aparecem diluídos no Serviço, contudo, são importantes elementos de condução das práticas de trabalho ao induzirem nos profissionais a necessidade de se enquadrarem em padrões considerados como satisfatórios para o perfil do atendimento prestado.

(...) Quando eu trabalho no hospital... tem uma opção de pedir para um colega vir ajudar, quando a gente está na rua não, é a gente... eu busco fazer um trabalho responsável e qualificado, para que o paciente tenha o seu melhor atendimento ali (E12).

A rotina de trabalho implica, na visão do profissional, uma situação em que é necessário realizar os procedimentos da melhor forma possível, sem possibilidades de erro e, principalmente, sem a ajuda de um colega, situação diversas do que acontece nos hospitais. É, portanto, um procedimento solitário e sob vigilância.

Componente primordial para o convívio com a rotina desgastante e, conseqüentemente, para o sucesso do trabalho do SAMU são as relações interpessoais.

As equipes podem ser vistas como unidades de atendimento descentralizadas e que são unidas à central de regulação por um canal de comunicação, o rádio.

Portanto, cada Unidade adquire sua peculiaridade, cada base de atendimento desenvolve sua rotina diária e ritmo de trabalho e, através da convivência constante, os profissionais adquirem um elo além do profissional, o que favorece o desempenho das ações durante o atendimento.

Além disso, como citado por um dos entrevistados, no atendimento fora do ambiente hospitalar, cada equipe depende de suas competências para o desempenho das técnicas e atribuições durante o atendimento. Isso gera melhor comunicação entre a equipe multiprofissional, fazendo com que o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o condutor socorrista, cada um dentro da sua competência, sejam igualmente responsáveis pela tomada de decisões nos atendimentos.

A rotina diária, com suas particularidades, gera um sentimento de pertencimento e colaboração. O atendimento do SAMU está alicerçado no trabalho em equipe, no qual os socorristas devem estar habilitados e preparados para executarem um conjunto de ações necessárias ao atendimento de suporte básico às vítimas de acidente de trânsito (AZEVEDO; SILVA, 2008).

A qualidade do atendimento está relacionada ao funcionamento da equipe. A sintonia e a integração dos profissionais ao fluir bem no momento do atendimento em, muitas vezes colocam a comunicação verbal em segundo plano (PEREIRA; LIMA, 2009). Isso pode ser reforçado no relato abaixo:

(...) às vezes, quando meu parceiro, eu viro para ele e falo assim: olha, não estou em condições de equilíbrio para atuar e tomar decisão assume essa decisão ai. Então, ele vai e assume. Da mesma forma, às vezes, ele também, o condutor está vendo coisas que a gente não vê. Então, o condutor chega: oh, está vendo aquilo ali. Então, muitas vezes, o trabalho é em equipe, não se pode pensar em trabalho pré-hospitalar em trabalho único da pessoa, é um trabalho em equipe, né?(E4)

O trabalho desenvolvido caracteriza-se como um trabalho coletivo, cujo resultado depende dos atos de cada um desses atores que atuam de acordo com seus saberes e práticas específicos e por todos eles no seu conjunto. As ações são desenvolvidas por vários profissionais, respeitadas as especificidades, competências e responsabilidades de cada membro da equipe (PEREIRA; LIMA, 2009).

(...) É uma área que a gente tem uma resposta, uma autonomia muito maior que dentro do hospital. A gente tem certo poder de decisão, de tentar resolver mais coisas, porque no hospital a gente fica limitado. (...) Aqui a gente é que fala.(...) (E5)

A comunicação e a interação são potentes ferramentas desse trabalho, por meio do qual o trabalhador introduz mudanças na relação de poder existente, tanto entre categorias profissionais, quanto entre profissional-usuário (PEREIRA; LIMA, 2009). Essa mudança nas relações de poder e um maior envolvimento de todos os profissionais na ação do cuidado configuram-se como um trabalho em equipe, no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, cumplicidade e solidariedade entre os profissionais envolvidos e, por conseguinte, maior satisfação profissional com o trabalho. Assim, os discursos produzidos pelas imagens do trabalho no SAMU assumem uma perspectiva de que o profissional se encontra satisfeito com o que realiza diariamente:

Eu falo que eu estava numa época da enfermagem que estava meio que desiludida, sabe você fala: Ô meu Deus do céu, será que era isso mesmo que eu queria? E depois que eu vim para o SAMU, eu falei não, realmente era isso mesmo que eu queria (...) (E-7).

Escolhi trabalhar no SAMU, porque eu gosto de trabalhar com urgência e é um serviço diferenciado (E1).

Porque eu sempre gostei de urgência e emergência e acho gratificante. (E3)

(...) É porque, é um setor de urgência e emergência (...) Paciente crítico então, a gente não consegue sair mais disso, a gente gosta mesmo e não consegue. (E8)

Pelo relato dos entrevistados verifica-se que o profissional de Saúde que trabalha no SAMU se sente valorizado em suas ações. Ao lidarem com casos extremos de risco de morte, possuem autonomia para definir condutas imediatas de tratamento para os agravos e, quando alcança o sucesso, o que ocorre na maioria dos atendimentos em que conseguem prestar assistência em tempo adequado, a satisfação pessoal é uma expressão muito intensa.

A escolha ou a preferência por trabalhar com urgência e no SAMU, apesar das exigências e dos controles diários, da resistência ao estresse e da agilidade necessária diante de pacientes graves parecem ser determinantes para a satisfação no trabalho.

Isto remete à ideia do fazer um trabalho com prazer, atendendo pacientes graves, salvando-os e, portanto, cumprindo o seu dever, como afirmam vários entrevistados.

Escolhas foram feitas. A mudança na área de atuação de alguns profissionais permitiu que eles, ao ingressarem no SAMU, se reencontrassem em uma profissão na qual tinham dúvidas quanto à escolha inicial. Assim, trabalhar com o que se gosta torna-se importante indicador de satisfação e realização no trabalho.

4.3.2 O check- list, os manuais e os Protocolos de atendimento: o trabalho prescrito

No trabalho do SAMU existem mecanismos de controle utilizados através de protocolos, check- list e manuais. A padronização reflete na organização do cotidiano de trabalho, principalmente considerando o funcionamento 24 horas em regime de plantões, nos quais as equipes mudam a intervalos regulares.

Na prática cotidiana dos serviços de APH, o trabalho se estrutura a partir de instrumentos tecnológicos e do estabelecimento de relações entre os atores, especialmente no atendimento à vítima de acidentes de trânsito, quando várias áreas se envolvem nessa assistência (PEREIRA; LIMA, 2009).

Alguns instrumentos de trabalho utilizados para a realização da assistência são: ambulância, monitor, respirador entre outros equipamentos e materiais necessários em cada situação, além de conhecimentos expressos por protocolos, saber clínico, cirúrgico e saber sobre cuidados disponibilizados pela comunidade científica (LUCHTEMBERG, 2014).

O check list aqui descrito como um instrumento de gestão do serviço é visto como o ponto de partida para qualquer ação diária do serviço. Por ele se manifesta o poder de organizar a rotina, pois determina o “tom” do trabalho prescrito, ou seja, promove certo controle sobre as práticas dos profissionais e sobre os corpos desses profissionais – controle dos tempos e movimentos, uma vez que, também permite a conferência dos dados para a assistência e após a realização da assistência (ARAÚJO, 2013). Como se vê nos relatos abaixo:

(...) a primeira coisa é saber o que eu tenho de recurso da ambulância, de material para atendimento, saber se está em condições para trabalhar também. E realizar a rotina que é o check-list do material, né? (E4)

(...) A gente chega, aí a primeira coisa a gente pega o plantão e faz o check-list na ambulância (...).(E7)

Todos os materiais e equipamentos são registrados nestes documentos e isto se torna uma ferramenta de vigilância entre pares, de uma equipe sobre a outra. Quando se recebe uma ambulância em que falta algum material, de acordo com o check-list, e isto não se respalda por um atendimento recente, aquele responsável pela falha deve justificar o motivo pelo qual

não deixou a ambulância em condições de atendimento para a equipe seguinte. Assim o check-list torna-se um instrumento de vigília sobre a atuação do outro.

Para Foucault (1979) a vigilância, em todas as estruturas institucionais, seja de forma explícita ou implícita, viabiliza a disseminação do poder disciplinar. Nesse sentido, o profissional é disciplinado por meio de uma punição a não cometer o mesmo erro novamente.

Na análise das entrevistas, também foi possível encontrar a predominância de relatos de que há “uma ordem” na organização do atendimento do SAMU, bem como na forma como a assistência é prestada pelo serviço. Esse discurso possui como articuladores e mantenedores os protocolos de atendimentos e a legislação pertinente, representadas principalmente pela Portaria 2048/ 2002, que funcionam como diretrizes da assistência.

Durante o atendimento, usar o mecanismo de protocolo e de normas que tem dentro do trabalho, né? (E4)

Neste sentido, entende-se que o SAMU apresenta discriminadores de atendimento definidos e constituídos a partir de protocolos de atendimento às urgências e emergências e com grande autonomia de atuação. Essa situação estabelece uma relação de forças, que tem o conhecimento das normas e protocolos presumidos como base. No entanto, a natureza do trabalho real em situações de atendimento na cena do ocorrido, também pressupõe certo grau de autonomia dos profissionais.

4.4 A vigilância através dos meios de comunicação no atendimento do SAMU e as relações de poder

4.4.1 A vigilância entre pares nas relações profissionais

No SAMU, os agentes não humanos⁷ utilizados para a comunicação, auxiliam a manter o discurso hegemônico, a manutenção do trabalho prescrito, bem como o controle de todo o trabalho independente de onde está ocorrendo em termos de território. Pode-se inferir que esses equipamentos funcionam como os “olhos” do sistema sobre as equipes do SAMU em atendimento (ARAÚJO, 2013).

⁷ Agentes não humanos: Assim como descrito por Araújo (2013), são todos os equipamentos como rádio de comunicação, telefones, formulários de atendimento e fichas de check-list, que fazem parte do aparato de trabalho do SAMU e que juntamente com os agentes humanos ajudam a manter o controle de todo o trabalho.

Entre esses agentes não-humanos, o rádio é defendido como meio de comunicação principal entre as equipes nas ambulâncias em atendimento e via central de Regulação, e é considerado um importante canal de comunicação aberta, em que todos que estão conectados àquela frequência conseguem ouvir as informações repassadas das diferentes fontes.

(...) O rádio é uma comunicação aberta, onde todos escutam, todos participam da ocorrência e todos têm capacidade de falar assim: olha, eu posso ajudar nisso, eu posso ajudar naquilo. No celular já é restrito. (E4)

(...) o rádio por ser uma coisa mais segura tem a gravação no sistema de toda conversa e até mesmo para o resguardo da equipe essas gravações. (E2)

(...) Todas as equipes escutam. É mais uma segurança pra gente porque tem vezes que a gente fala no rádio e aqui na central não escuta, mas as outras equipes podem estar escutando, então, até as outras equipes podem estar ajudando a gente. (E7)

(...) teve uma época que a ambulância estava sendo rastreada, o GPS estava sendo rastreado (E12).

Estes relatos ressaltam o papel do rádio dentro no SAMU como instrumento que permite o controle do trabalho das ambulâncias, independente de onde está ocorrendo. Apesar de ser um instrumento de manutenção da hegemonia e da realização do trabalho prescrito é visto pelos profissionais como um equipamento que traz segurança no trabalho, principalmente em casos de intercorrência durante a realização do atendimento. A gravação gerada pelo rádio pode ajudar a solucionar problemas de comunicação e maus entendimentos e servir como um meio de elucidar a verdade dos fatos ocorridos.

Os entrevistados, ao serem questionados sobre situações relacionadas à utilização dos instrumentos de comunicação entre equipes e central de regulação apresentavam, em sua maioria, expressão de tranquilidade e confiança. Isto remete à ideia de que as pessoas podem perceber a vigilância em seu caráter ambíguo: a mesma tecnologia que monitora desempenho e comportamentos pode aumentar a segurança no trabalho e impedir que alguém seja culpado pela falha de outro. Torna-se possível, também, induzir uma sensação de maior autonomia ou ser considerada como uma necessidade legítima da gerência, desde que transparente, legal e negociada em acordos coletivos (STALDER, 2002).

O sistema de comunicação estabelecido via rádio é um dos mecanismos que permite

que presenças e ausências sejam controladas, que comunicações sejam interceptadas e que os comportamentos sejam constantemente analisados. Isso não significa que a utilização do rádio na comunicação tenha a finalidade de monitorar ou induzir comportamentos por parte dos profissionais. Entretanto, mesmo sem a intencionalidade primária, essa forma de comunicação aberta para todo o grupo fatalmente expõe os indivíduos, uns diante dos outros, criando a possibilidade de análises, julgamentos e críticas (VELLOSO, 2011).

Os meios de comunicação que mais apareceram nas respostas foram o rádio, o telefone, o WhatsApp® e a comunicação direta entre as equipes. Estes instrumentos utilizados na monitoração e controle de todo o sistema do SAMU fazem com que as ambulâncias, onde quer que estejam, sejam localizadas pela Central de Regulação. Além disso, são vistos como meios que garantem segurança para as equipes, tendo em vista que por meio deles, ao informarem situações de dificuldade, são imediatamente ouvidas e atendidas pelo sistema.

(...) é via rádio, é via celular também porque às vezes o radio nem sempre funciona (E2)

(...) o WhatsApp® é uma ferramenta interessante, né? Porque, às vezes, você está com a dúvida em um lugar, você bate a foto e manda para o seu colega na central, você usa o whatsapp como uma ferramenta muito boa. (E13)

(...) Às vezes, estou em um atendimento, aí o componente passa um whatsapp e fala: preciso de ajuda aqui, pede ajuda a central, que a coisa tá difícil. Então, às vezes, a gente usa esses mecanismos de pedir ajuda via extra a tecnologia oferecida fazendo uso da tecnologia alternativa. Às vezes, através de uma mensagem de whatsapp, a gente consegue pedir ajuda ao colega que está sendo liberado de uma outra ocorrência para dar apoio, então... (E4)

Foi possível identificar pelos relatos a introdução de um novo aparato tecnológico na rotina de atendimento do SAMU, o WhatsApp®, utilizado na comunicação de uma equipe com as outras durante o atendimento, para solicitar ajuda e trocar informações sobre o trânsito, sobre número de vítimas em um atendimento, a fim de solicitar apoio de outra equipe e também para fins educativos.

Ferreira; et. al., (2014) relata que o WhatsApp® permite menor tempo de resposta em casos de urgência e emergência e é uma poderosa ferramenta pedagógica, por permitir a junção dos conceitos de mobilidade e aprendizagem. Além disso permite que arquivos de imagens, áudio e vídeo possam ser compartilhados.

4.4.2 A vigilância pelos diferentes atores presentes no local de atendimento

Trabalhar em unidades de urgência e emergência é sempre uma caixinha de surpresas.

Os profissionais desta área trabalham em constante estresse. A tomada de decisão é um ponto importante nesta hora, pois uma emergência não pode esperar e a decisão deve ser tomada o mais rápido possível.

Quando a decisão a ser tomada é em lugares adversos, como no caso do APH, o nível de estresse é maior em virtude de fatores ambientais como: vias públicas, condições do tempo, curiosos que assistem ao evento, familiares em pânico, entre outros (LUCHTEMBERG, 2014).

É clara a ideia de que o atendimento do SAMU se desenrola sob a supervisão de “espectadores”, tanto em domicílio, quanto em via pública. O comportamento desses espectadores durante o atendimento pode ser favorável ou não ao atendimento.

Os profissionais relatam que, quando estão dentro do domicílio, na maioria das vezes, as pessoas em volta contribuem para o atendimento, pois querem o sucesso no resultado, por se tratar de um parente.

Por outro lado, em via pública, quando não conhecem o paciente, as pessoas se comportam de maneira desfavorável, atrapalhando o atendimento e gerando nervosismo na equipe com suas atitudes, pois filmam o atendimento, questionam a realização de procedimentos naquele local e cobram o deslocamento rápido para a unidade hospitalar.

(...) a gente aprendeu a se acostumar, aprendemos a trabalhar na presença de outras pessoas, então, a gente sempre busca criar o nosso espaço independente de outras pessoas ali ou não... (E12).

(...) em via pública porque hoje todo mundo tem celular, tem smartphone que filma e tira fotos. A questão é delicada porque às vezes, as pessoas não respeitam muito a privacidade do paciente, não é nem a questão do nosso

trabalho... Nos domicílios eu acho mais tranquilo, salvo nas questões em que a gente chega pra abordar e a família está mais agressiva, mas acho que a gente conversando tranquilamente dá para contornar a situação (E11)

(...) em vias públicas, geralmente, as pessoas começam a filmar a equipe de saúde. Na residência, já não tem isso, mas na rua, as pessoas tem vários tipos de pessoas que não são parentes e que estão vindo de vários lugares...(E10)

A cobrança e o controle por parte dos espectadores do atendimento causam um sentimento de maior responsabilidade nas equipes. Relatos dos profissionais descrevem que, essa vigilância, provoca a necessidade de estarem sempre se aperfeiçoando para a melhoria do desempenho durante o atendimento.

Velloso (2011) diz que o exame constitui uma técnica através da qual é possível estabelecer um controle normalizante e uma vigilância que qualifica, classifica e pune, ao estabelecer sobre os indivíduos uma visibilidade capaz de diferenciá-los e sancioná-los.

No exame, a superposição das relações de poder e saber atinge seu ponto máximo, uma vez que essa técnica abarca todo um campo de saber e um tipo de poder. Além disso, o exame inverte a condição de visibilidade no exercício do poder. Classicamente, em uma relação de poder, toda a visibilidade se concentra sobre o indivíduo que exerce o poder e, aqueles sobre os quais ele é exercido, ou são esquecidos ou recebem o que lhes é concedido.

Por questões de curiosidade, por olhar mesmo, as pessoas observam mais. Eu acho que a gente tem um veículo que chama atenção, já chama atenção na hora que chega, acho que o veículo é o próprio marketing do serviço. Nosso uniforme, onde a gente vai não é uma pessoa comum que chega de camisa e calça e tênis, entra no estabelecimento, logo que a gente se encontra as pessoas já olham. Olha pelo serviço e já vê o que você vai fazer. Acho que a observação é cem por cento no tempo que a gente está ali. (E11)

A lógica do Panóptico é que, se um instrumento amplifica a visibilidade de uma pessoa, esta se torna conhecida, vulnerável e assim, passível de ter seu corpo disciplinado em uma relação: visibilidade, poder, conhecimento, subjetivação e disciplina. O sujeito seria formado pela internalização do olhar externo constitutivo (YAR, 2003).

No monitoramento eletrônico, a vigilância pode não ser uma possibilidade verificável e sim, uma certeza constante e contínua de controle, visto pelas imagens veiculadas nas mídias e redes sociais, através de filmagens realizadas em todos os momentos pelos espectadores presentes no local de atendimento do SAMU.

Os equipamentos de vigilância atual se sofisticam sobre uma base suprida pela eletrônica e pelas tecnologias da informação e de comunicação. À medida que o uso de tais dispositivos se generaliza, mais pessoas são alcançadas pelo seu escrutínio e reagem de forma diferenciada em uma gradiente, que vai da aceitação tácita até a resistência passiva ou ativa, a depender de sua percepção sobre o sistema em questão (ARAUJO; et. al., 2008).

(...) então o tempo todo a gente é observado, nas nossas falas, do que a gente fala por isso a gente tem que ter muito cuidado com o que fala na rua, porque o que a gente fala na rua, a família chega lá dentro do hospital... (E7)

(...) A gente sempre tem que lembrar que a qualquer momento a gente pode estar sendo filmado, procurar agir corretamente e a gente é tem que fazer sempre o melhor dentro das nossas condições... (E3)

A percepção de que estão sendo observados no local do atendimento é uma questão que gera preocupação nos profissionais. Relatam que os espectadores do atendimento buscam fazer o registro em filmagens, gravações, por questões de sensacionalismo e por se tratar de situações comoventes para dizerem que presenciaram tal situação.

A condição da consciência de estar visível é peça fundamental para que o sujeito se discipline. Essa consciência é ampliada pela utilização de equipamentos eletrônicos que retiram os limites de tempo e de espaço dos observadores, pois os dados podem agora ser arquivados e analisados à conveniência de seu possuidor (BRYANT, 1995).

O poder disciplinar tem como característica um tipo de organização do espaço e do tempo, pois insere os corpos dos indivíduos em espaços pré-determinados, submetendo-os a um controle de tempo, que permita maior produtividade e eficácia; tem a vigilância como principal instrumento ou controle, uma vigilância percebida pelos indivíduos e que alcança todos os limites do espaço e implica um registro contínuo de conhecimento, ou seja, conhecimento e poder são indissociáveis (SANTOS FILHO, 2002).

(...) Então, eu acho que filma por dois motivos, primeiro pra analisar o seu

serviço, analisar entre aspas, Talvez a pessoa nem conhece seu serviço, (...) E outra porque eu acho que o povo hoje gosta muito de, como é que eu vou falar, de tragédia, de expor. (E7)

(...) O pessoal filma o atendimento do início ao fim. Hoje em dia a população está interessada na desgraça alheia. Ela não quer saber se a pessoa está bem ou não. Ela quer filmar e postar no grupo e mandar para o pessoal. (...) Para a gente é mais tranquilo, porque a gente foca mais na vítima (E5).

O profissional, em seu relato, reafirma que a sociedade possui sua subjetividade sobre esse serviço, de cunho heroico, que realiza atendimentos de situações inusitadas e muitas vezes visto somente em telejornais ou filmes. Contudo, o profissional apresenta, neste sentido, a preocupação de que não se trata de ficção. O atendimento do SAMU se desenrola no próprio meio em que convivem aqueles cidadãos. Estão ali realizando uma gravação e o paciente em atendimento pode ser uma pessoa que vive entre eles. Nesse momento, os espectadores ou o serviço não tem autorização para realizar filmagens sem o consentimento daquele paciente que se encontra em uma das piores cenas de sua vida.

(...) a gente tem que entender que não está trabalhando no hospital, em um ambiente controlado, então, a gente tem que ter muito cuidado em tudo que for fazer, tanto em relação aos riscos quanto em relação à exposição... hoje, a gente tem muita gente filmando, fotografando, repórter chegando pra entrevistar. A gente não sufoca o paciente, buscamos preservar o paciente, já tive que pedir várias vezes para o pessoal “pare de filmar, pare de filmar, respeite o paciente” (E12)

Foi recorrente, em alguns relatos, a preocupação dos profissionais em relação à exposição do paciente em atendimento. Muitas vezes há a necessidade de exposição corporal do paciente na realização de procedimentos e nessas situações eles se encontram vulneráveis e incapacitados de permitir qualquer gravação de sua imagem.

O cuidado com a vítima em situação de atendimento pré-hospitalar envolve uma abordagem com propósitos e valores éticos, que acabam por nortear os sentimentos, pensamentos, palavras e ações dos profissionais que atendem as vítimas e isso reflete na qualidade do assistir de forma humanizada.

No APH, assim como em toda área de saúde, o respeito surge como importante alicerce ético, pressupondo-se que os profissionais vejam a vítima acometida de um trauma ou de algum outro transtorno clínico, como uma pessoa que está sofrendo e possui seus próprios valores e estes não podem ser ignorados (FISCHER; AZEVEDO; FERNANDES, 2006).

Os entrevistados deste estudo expressam suas preocupações com as questões éticas de exposição do corpo do paciente sem autorização e a importância de realizar um tratamento humanizado, além do contato efetivo com a família da vítima, o que se enquadra nos princípios éticos e legais das várias profissões que atuam no SAMU.

Outra situação apresentada sobre a vigilância na cena do atendimento e que causa descontentamento dos entrevistados é a presença de profissionais de outros serviços que não estão diretamente envolvidos na assistência à saúde dos pacientes vítimas de acidente de trânsito, pois há situações em que a equipe do SAMU não consegue trabalhar sozinha.

Foi relatado que alguns integrantes desses serviços, muitas vezes, tentam comandar a retirada rápida do paciente do local do acidente, o que pode modificar a ideia inicial do atendimento prestado naquela situação pelo SAMU, que seria de realizar os primeiros procedimentos necessários na cena para saírem com o paciente e realizarem um transporte seguro até outra Unidade de Saúde.

Ressalta-se que cada um dos atores tem um saber específico, desenvolve um trabalho técnico também específico, que complementa o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, que é central e hegemônico (PEREIRA; LIMA, 2009).

As equipes de apoio interferem negativamente no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde quando tentam acelerar a realização de procedimentos no local do agravo para desobstruir as vias de trânsito, por exemplo.

Apesar das tentativas de interferências no atendimento, também desempenham um papel importante na segurança enquanto os procedimentos necessários são realizados na cena do sinistro, principalmente, em casos de agressões, grandes aglomerações e locais de difíceis acessos.

Os limites sobre a decisão são pouco definidos entre os papéis desempenhados por estes agentes e as equipes do SAMU, pois partem de conhecimentos e princípios diferentes, apesar da finalidade de socorrer pessoas em situação de urgência. Um necessita atender adequadamente a situação de saúde da pessoa afetada por um agravo e o outro, por exemplo, tem como prioridade liberar a via. A definição de prioridades na situação, não raro, leva a conflitos diversos, caso a negociação não seja bem sucedida. Ambos estão pressionados pela vigilância da população, controle de suas áreas e necessidade de agir rápido.

Muitas vezes são algumas equipes de apoio como a polícia, a guarda municipal que tem também essa questão de estar interferindo no serviço porque eles tem o serviço deles pra fazer, às vezes querem passar a frente do serviço ali, de atendimento à vítima, e eles estão preocupados com a ocorrência policial e às vezes tem que ter um atendimento ali no local. (E1)

(...) central de trânsito e a polícia militar são os principais acionados, surto psicótico acho que 98 por cento dos casos a gente precisa de acionamento, até mesmo para respaldo e segurança do próprio paciente. (E11)

(...) Às vezes, a gente só chega acompanhado de polícia, principalmente, dentro de uns locais assim de, sabe? De risco.(E13)

Torna-se importante reconhecer a necessidade de um trabalho complementar, mas a fragmentação e a carência de ações intersetoriais estão presentes nas diversas situações da vida cotidiana. O trabalho no SAMU para atendimento ao paciente requer do profissional adequação física e emocional devido às situações constantes de vigilância a que estão expostos. Pode-se citar que há uma demanda de medidas e ações de apoio psicológico visando trabalhar o sofrimento ao qual o funcionário está exposto constantemente, quando situações de vigilância repercutem negativamente em sua vida profissional e pessoal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais reconhecem a existência de formas de vigilância no cotidiano de trabalho tanto por parte da estrutura do SAMU quanto por diferentes atores sociais.

No entanto, percebem na vigilância auditiva, que ocorre pelo sistema de rádio e telefone em contato direto com a Central de Regulação, mais como um mecanismo de segurança e proteção das equipes em atendimento do que como controle.

Além disso, novas tecnologias, como o WhatsApp®, foram inseridas no cotidiano desse serviço pelos próprios profissionais para auxiliarem na comunicação entre as equipes durante o atendimento, permitindo maior agilidade e melhoria da assistência.

Em relação à vigilância por parte da população e outros atores nas cenas de atendimento, foi possível identificar que cria nos profissionais sentimentos de tensão durante os procedimentos bem como senso de responsabilidade e desejo de atualização e aperfeiçoamento técnico para o trabalho cotidiano.

Entre os atores sociais que, na visão dos profissionais exercem alguma vigilância, interferindo no trabalho das equipes do SAMU, encontram-se curiosos que fotografam e filmam as cenas, principalmente em vias públicas, e profissionais de apoio de outras áreas como policiais, guardas municipais e agentes de trânsito.

A vigilância, por parte da imprensa, está entre a que mais incomoda os profissionais, pois eles compreendem que ela pode interferir nos atendimentos e veicular informações negativas que descaracterizam a real função do serviço.

Há que se considerar que existem diferenças significativas em relação à vigilância exercida em vias públicas e no ambiente domiciliar, onde as famílias são mais cooperativas que controladoras e que essas diferenças podem atrapalhar ou melhorar a qualidade da assistência prestada.

Os questionamentos de condutas realizados pela população foram considerados importantes fatores que geram insatisfações e os conflitos durante a realização dos atendimentos, principalmente em via pública. Nesse sentido, como forma de responder essas demandas, os profissionais apresentaram como estratégias a manutenção de cursos de atualização permanente além de um serviço de imprensa para responder à mídia os questionamentos e explicar os comportamentos da equipe condizentes com o trabalho realizado, divulgando assim o papel do SAMU e auxiliando na sua melhor utilização.

Em síntese, os profissionais reconhecem a vigilância auditiva permanente no sistema, mas a legitimam como aumento da segurança dos envolvidos, apesar do caráter ambíguo trazido por essa ferramenta: segurança versus controle.

A vigilância pública decorrente da visibilidade do serviço expressa por ambulâncias, uniformes e tipo de trabalho é reconhecida como previsível, apesar de causar alguns transtornos nas cenas de atendimento.

A partir dessa ideia, ressalta-se que o pressuposto do estudo não foi totalmente confirmado, uma vez que o mesmo alegou um caráter controlador para os dois tipos de vigilância: auditiva pelo sistema e visual pela população.

O estudo permitiu evidenciar o caráter organizativo da vigilância presente na estrutura do SAMU e decorrente do atendimento ao público. O profissional é impelido a se disciplinar, principalmente no momento do exame, no qual está acostumado a ser o examinador e passa a ser o examinado pela sociedade, através de diferentes formas de indução de poder diluídas ao longo do trabalho das equipes.

Reconhecem, no entanto, que a natureza do trabalho, a curiosidade da população e o pouco conhecimento a respeito das vivências de trabalho das equipes do SAMU estimulam a vigilância em ambientes abertos.

Os resultados encontrados neste estudo não são passíveis de generalização por ter sido realizado em um único local e com um número restrito de entrevistados, como previsto na pesquisa qualitativa.

Espera-se, contudo, que estes resultados abram novas perspectivas de estudo sobre vigilâncias e seus efeitos para profissionais do SAMU e, conseqüentemente, para os atendimentos prestados.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; et. al. . *Percepções de usuários sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte*. Ciência, Cuidado e Saúde. [Online] v. 9, n. 3, 2010. Disponível em:http://www.researchgate.net/publication/269567783_Percepes_de_usurios_sobre_o_servi_o_d_atendimento_mvel_de_urgncia_de_Belo_Horizonte. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.10273. Acesso em: 10 out. 2015.

ARAUJO, A; FREITAS, C. *Funcionário do SAMU é flagrado comendo com roupa de uniforme*. Record Minas. Belo Horizonte, 20 set. 2014. Disponível em: <http://www.noticias.r7.com/...samu...restaurante...bh/.../541e17460cf24d6b9ecbe53d>. Acesso em: 20 out. 2014.

ARAUJO, MT; et. al. *Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência*. Texto contexto – enferm., Florianópolis, v.20, n.spe, p.156-163, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500020&lng=e&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500020>. Acesso em: 05 out. 2015.

ARAUJO, UP.; et. al. *A vigilância do deslocamento*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis –SC – Brasil. v. 8, n.1, mar. 2008. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/274/1/ARTIGO_A%20vigil%C3%A2ncia%20do%20deslocamento.pdf. www.producaoonline.inf.br. ISSN 1676 -1901. Acesso em: 02 nov. 2015.

ARAUJO, MT. *Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel de urgência*. 2013. 110f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: MG, 2013.

AZEVEDO, TMVE; SILVA MJP. *Relacionamento interpessoal no atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica*. Revista Nursing. v. 11, n. 125, p. 455-60, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70, p. 281, 2009.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Coleção Ciências da Educação – 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002*. 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003*. 2003a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.864, DE 29 de setembro de 2003*. 2003b.

Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em 20 nov.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações e Programas. O que é o SAMU?* Brasília: DF, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1. Acesso em: 05 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.010/GM/MS de 2012*. 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012b.html. Acesso em 06 out. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012b*. 2012 Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 04 jan. 2014.

BRYANT, S. *Electronic surveillance in workplace*. Canadian Journal of Communication, v. 20, n.4, p. 20, 1995.

CARMAGNANI AMG. *Técnicas de vigilância e punição: o discurso da mídia sobre o professor e a escola*. Verso Reverso, v. 39, n. 2, p. 1-13, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para o pronto-socorro*. Brasília, DF. 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 06 out. 2015.

CHIZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez. 1991.

DEMETRESCO, S. *Teias tecidas: janela – criação de um espaço*. In: *Vitrina: construção de encenações*. São Paulo: Ed. SENAC, p. 60-67, 2000.

DEMETRESCO. *Vitrina: construção de encenações*. 4 ed. São Paulo: Senac, 2010.

DEMO, P. *Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89-104, abril/1998.

FERREIRA, AC et.al. *Utilização do aplicativo whatsapp® como ferramenta de telemedicina na área da teleultrassonografia*. Rev. Brasileira de Ultrassonografia: RBUS / Sociedade brasileira de ultrassonografia. 17 ed., Goiânia, 2014. Disponível em: <http://www.waldemarnavesdoamaral.com.br/wp-content/uploads/2015/04/rbus-setembro-de-2014-k110j5gw.pdf#page=17>. Acesso em 13 nov. 2015.

FISCHER, VMR; AZEVEDO· EVMT; FERNANDES· MFP de M. *O enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar: uma abordagem sobre o modo de cuidar ético*. REME – Rev. Min. Enf., v.10 n. 3, p. 253-258, jul./set., 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14769&indexSearch=ID>. Acesso em 13 nov. 2015.

- FOUCAULT, M. *Discipline & punish*. New York: Vintage. 1977.
- FOUCAULT, M. *A governamentalidade*. In: *Microfísica do Poder*. 1 ed. Rio de Janeiro: Graal, p.277- 295, 1979.
- FOUCAULT, M. *O sujeito e o poder*. In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. *Michel. Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, M. *Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982*. Tradução de Andrea Daher. Rio de Janeiro: J. Zahar, p. 134, 1997.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- FOUCAULT, M. *O Panoptismo*. In: *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramallete. 39 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 186-214, 2011.
- FRASER, MTD.; GONDIM, SMG. *Da falta do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, mai./ago. 2004.
- UCHS, C. *Como podemos definir vigilância? How to define surveillance?* Matrizes, São Paulo, ano 5, n.1, jul. /dez. p. 109-136, 2011
- IBGE. *Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.sh. Acesso 07 out. 2014.
- LUCHTEMBERG, MN. *Processo de trabalho no SAMU: o que pensam os enfermeiros*. Tese (Doutorado) - Florianópolis, SC, p.141, 2014.
- MACHADO, CV.; SALVADOR, FGF; O'DWYER, G. *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira*. Rev. de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.
- MARTINS, G. de A. *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOREIRA, WW; et. al. *Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado*. Rev. Bras. Cien e Mov., v13, n.4 p. 107-114, 2005.
- MOTTA, FCP; ALCADIPANI, R. *O pensamento de Michel Foucault na teoria das organizações*. Rev. Adm., São Paulo, v.39, n.2, p.117-128, abr./maio/jun. 2004.

NORRIS, C.; ARMSTRONG, G. *The maximum surveillance society. The rise of CCTV*. Oxford: Berg, 1999.

OLIVEIRA DC. *Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização*. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v16, n.4, p.569-76, p.571, out/dez 2008.

OLIVEIRA, MJF de; GARCIA, LC. *Aplicando a teoria de simulação a eventos discretos no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192)*. In: XXXVII Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional. Pesquisa Operacional e o Desenvolvimento Sustentável. Gramado, RS, 2005.

PEREIRA, WA. da P.; LIMA, MAD. da S. *O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-327, jun/ 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200010&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200010>. Acesso em 14 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte*. 2007. Disponível em
<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=25498&chPlc=25498&&IdPlc=&app=salanoticias>. Acessado em 30 de nov. 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. *Guia de Serviços, 2015*. Disponível em:
<http://www.contagem.mg.gov.br/?se=guiaservicos>. Acesso em: 06 out. 2015.

PINHEIRO, NNB. *Confinamento e visibilidade: reflexões sobre o trabalho de profissionais no ambiente hospitalar*. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006, Belém, Anais do II Congresso Internacional em Psicopatologia Fundamental, 2006. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 07 out. 2014.

POSTER, M. *The mode of information*. Cambridge: Polity, 1990.

POUPART J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ROCHA AFS. *Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belo Horizonte: MG, 2005.

ROCHA RLP. *Percepções dos profissionais da atenção básica sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belo Horizonte: MG, 2009.

SANTOS FILHO, NG dos. *O poder nas organizações: Vertentes de análises. Científico*. ano. 2, v.1. Salvador. ago./ dez. 2002. Disponível em:
<http://www.gerenciamento.ufba.br/MBA%20Disciplinas%20Arquivos/Lideranca/O%20poder%20nas%20organizações%20-%20vertentes%20de%20análise.pdf> Acesso em: 29 out. 2015.

SEWELL, G. *The discipline of teams: the control of team-based industrial work through electronic and peer surveillance*. *Administrative Science Quarterly*, v. 43, n.2 1998.

SILVEIRA, RA. da. *Michel Foucault: poder e análise das organizações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p.165, 2005.

STALDER, F. *Opinion. Privacy is not the antidote to surveillance*. *Surveillance & Society*. v.1, n.1, p. 120-124, 2002. Disponível em <[http://www.surveillance -and- society.org](http://www.surveillance-and-society.org)>. Acesso em: 02 out. 2015.

VARGAS D. *Atendimento Pré-Hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira*. *Rev Paul Enferm.*, v. 25, n. 1, p. 46-51, 2006.

VELLOSO, ISC; ALVES, M., SENA, RR de. *Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde / The mobile emergency attendance system as a public health policy*. *REME Rev. Min. Enferm*; v. 12, n. 4, p. 557-563, out/ dez, 2008.

VELLOSO ISC. *Configurações das relações de Poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: MG, 2011.

VELLOSO ISC; ARAUJO, MT; ALVES M. *Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte*. *Rev. Gaúcha Enferm.* v.33 n.4 p. 126-132, 2012.

VELLOSO, ISC; et. al. *Mobile emergency care service: the work on display*. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 538-546, Set/ 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000300538&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000030013>. Acesso em: 20 set. 2015.

WALL, DS. *Cybercrime*. Cambridge: Polity. 2007.

YAR, M. *Panoptic power and the pathologisation of vision: critical reflections on the foucauldian thesis*. *Surveillance & Society* v.1, n.3, p. 254-271, 2003. Disponível em <<http://www.surveillance-and-society.org>>. Acesso em 20 set. 2015.

YIN, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 212p, 2005.

APÊNDICE A- Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____ ENTREVISTA Nº _____

Idade: ____ Sexo: () F () M

Estado civil: _____

Formação acadêmica

Formação	Sim?	Ano de Conclusão
Curso técnico em		
Graduação em		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

Cargo/ função no SAMU: _____

Tempo de trabalho em urgência: _____ Tempo de trabalho no SAMU: _____

Forma de admissão: () concurso () processo seletivo () contrato () RPA

Jornada de trabalho semanal: SAMU _____ total _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Por que você escolheu trabalhar no SAMU? Como você veio trabalhar aqui?
2. Descreva para mim como é o seu cotidiano de trabalho.
3. Fale sobre sua experiência ao realizar atendimento em via pública ou no domicílio do paciente.
4. A presença de outras pessoas (que não são da equipe) durante o atendimento interfere em seu trabalho? Como?
5. Quais são as formas de comunicação que existem dentro do SAMU, para a realização do atendimento? Qual o papel delas no seu cotidiano de trabalho?
6. Como você vê o SAMU sendo abordado pelos meios de comunicação? Você acha que isso interfere no trabalho?
7. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a), para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Vigilância no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na ótica dos profissionais**”, desenvolvida por professores da Universidade Federal de Minas Gerais e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, coordenado pela Prof^a Dra. Marília Alves. Sua participação nesta pesquisa será respondendo algumas perguntas sobre Vigilância auditiva e visual no seu cotidiano de trabalho, não sendo obrigado, (a) a fazê-lo senão for do seu interesse.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Você será convidado a participar de uma entrevista, que será gravada. Além da entrevista será realizada observação pelo pesquisador do participante durante a entrevista e durante a permanência neste campo de estudo. Você foi escolhido, escolhida, por fazer parte da categoria dos profissionais selecionados, a escolha em participar ou não desta pesquisa não trará nenhum impedimento de trabalho ou avaliações relacionadas ao seu emprego. Asseguramos que suas falas/opiniões emitidas serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa e que serão mantidos o sigilo e anonimato das informações aqui contidas. A pesquisa possui alguns benefícios, como possibilitar a obtenção de conhecimento a cerca da compreensão dos profissionais sobre as vigilâncias visual e auditiva no seu trabalho, permitindo um melhor manejo dessas intervenções no serviço.

Enfatizamos também que a pesquisa pode proporcionar constrangimentos e desconfortos durante a realização da entrevista. Caso isso ocorra, você poderá pedir a pesquisadora para encerrar a entrevista. Essa ação não ocasionará qualquer prejuízo à pesquisa e não haverá gastos de qualquer natureza.

Esse termo será emitido em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Consentimento

Eu, _____, CI _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Contagem, _____ de _____ de 20____

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura do (a) pesquisador (a) _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- 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

Telefones de contato:

Prof. Marília Alves. Avenida Alfredo Balena, 190/sala 217 Santa Efigênia. Belo Horizonte –MG. CEP 30 130 000 Fone: 34099826 / Fax: 34099830

Marina Amazildes Rocha. Fone (31) 33783586. E- mail: marinaenfdtna@yahoo.com.br

APÊNDICE C- Carta de Apresentação da Pesquisa e Solicitação de Autorização para o Estudo

Contagem, _____ de _____ de 2014.

Prezada Senhora

Encaminho, para apreciação dessa instituição, a realização da pesquisa intitulada, Vigilância no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na ótica dos profissionais, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

A pesquisa tem como objetivo analisar a configuração da vigilância na perspectiva dos profissionais do SAMU e sua interferência no cotidiano do trabalho. A pesquisa configura-se como uma das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade de Marina Amazildes Rocha, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Prof^a Dr^a Marília Alves, professora Titular do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Na oportunidade, firmamos o compromisso do anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas, bem como uso restrito dos dados para a pesquisa e divulgação dos seus resultados por meio de trabalhos técnico-científicos, colocando-os à disposição da instituição. Certas de contar com a atenção de V. S^a, colocamo-nos à disposição, para quaisquer esclarecimentos e solicitamos a resposta a essa solicitação, através do Termo de Autorização.

Atenciosamente,
Prof^a Dr^a Marília Alves
Coordenadora da pesquisa

APÊNDICE D - Termo de Autorização da Pesquisa

Eu, _____, _____
(nome) (função)

autorizo a realização da pesquisa: Vigilância no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na ótica dos profissionais. Afirmando que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que o nome de todos os participantes da pesquisa será mantido em sigilo.

_____, ____ de _____ 2014.
(local e data)

Assinatura e carimbo da instituição