

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

HANNA BEATRIZ BACELAR TIBÃES

O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Belo Horizonte - MG

2017

HANNA BEATRIZ BACELAR TIBÃES

O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

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

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientador (a): Maria José Menezes Brito
Coorientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte - MG

2017

Tibães, Hanna Beatriz Bacelar.
T552t O trabalho cotidiano de profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência [manuscrito]. / Hanna Beatriz Bacelar Tibães. -- Belo Horizonte: 2017.
226f.: il.
Orientador: Maria José Menezes Brito.
Coorientador: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Atenção à Saúde. 3. Trabalho. 4. Pessoal da Saúde. 5. Assistência ao Paciente. 6. Estudos de Casos. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Penna, Cláudia Maria de Mattos. 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

**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

Tese intitulada “O trabalho cotidiano de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de urgência”, de autoria de Hanna Beatriz Bacelar Tibães. Aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profª Drª Maria José Menezes Brito
Orientadora

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coorientadora

Profª Drª Marília Alves
Membro Titular

Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos
Membro Titular

Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro Titular

Profª Drª Isabela Silva Cancio Velloso
Membro Titular

Belo Horizonte, Maio de 2017.

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte, MG - 30130-100 - Brasil - tel.:
(031)3134099836 - fax: (31) 34099853

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e a todos os profissionais do SAMU Macro Norte.

Todos os caminhos são os mesmos, conduzem ao nada. São caminhos que vão através do mato. A única questão é se o caminho tem um significado. Se o tiver, é um bom caminho. Se não, não tem utilidade. Se o caminho é o amor, o fim não tem importância, o processo terá coração.

Leo Buscaglia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por intercessão de Nossa Senhora Aparecida, todos os dias da minha vida pelas bênçãos recebidas.

À minha família que, mesmo distante, vivenciou todo o processo de formação ao meu lado. Obrigada pelo apoio, incentivo e paciência nos momentos em que não pude estar presente.

À minha avó, Maria das Mercês, obrigada pelas orações. Você é a minha jóia preciosa! Aos meus avós (in memória) a minha eterna saudade!

Aos queridos Gil e Selma (família Medeiros Santos), que de diferentes formas, sempre me apoiaram e serviram de estímulo à realização deste trabalho.

À minhas sobrinha Maria Victória, pelos doces e felizes momentos. Você é a princesa da dindinha!!!

Ao meu esposo, Anderson Medeiros dos Santos, pelo exemplo de profissional e companheirismo nesta jornada. Com você, eu sorri, chorei e sonhei todos os dias chegar até aqui.

À minha orientadora, Maria José de Menezes Brito, pelo atencioso e competente trabalho de orientação. Você me proporcionou viver intensamente a vida acadêmica. Gratidão por todos os momentos, dentro e fora da universidade.

À minha coorientadora Cláudia Maria De Mattos Penna, sua orientação me fez refletir e enxergar um mundo com novo olhar e com outra perspectiva. Obrigada!

À professora Dra Marília Alves, pela amizade, apoio, orientações e contribuições ao longo de minha trajetória acadêmica.

Ao Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem (NUPAE), por possibilitar o encontro, a discussão, aprendizado e amizade.

As colegas “anjas” e “pupilas” que sempre apoiaram e incentivaram, nos momentos de trabalho e descontração. Fazer parte desse grupo é uma honra! Obrigada, Dani, Livia Cozer

Montenegro, Helô, Tereza, Camila, Simone, Cecília, Carol, Lilian, Lívinha, Jéssica, Beatriz Caçador, Thaís, Andréia, Iluska e Thaís.

Aos colegas de turma de mestrado e doutorado, quando tivemos a oportunidade de compartilhar conhecimentos, dúvidas, sugestões, críticas, angústias e alegrias.

Às minhas queridas amigas, Danielle Araújo, Doane Martins, Elana Freire e Renata Batista, pessoas que, com seu modo de ser, compartilharam turbulências e calmarias, acrescentaram coisas produtivas, sugestões, conversas, palavras simples, demonstrando carinho e respeito ao próximo. Ah, os nossos cafés nos fins de tarde, os passeios nos pontos turísticos de BH deram leveza a essa jornada. Vocês são Inesquecíveis!

A Danielle e Doane, com vocês aprendi a importância de deixar aflorar a sensibilidade e colocá-la naquilo a que propomos fazer. Gratidão!

À banca do exame de qualificação, composta pelas professoras Dra. Maria José Menezes Brito, Dra. Marília Alves e Dra. Maria Alice Dias Lima, agradeço pelos diálogos frutíferos e por terem me fornecido subsídios para o norte da minha pesquisa.

Aos membros da Banca Examinadora, que com suas contribuições auxiliaram a enriquecer este interminável processo de construção do conhecimento.

Às amigadas que se solidificaram ao longo desta caminhada, Dani, Doane, Mayara, Renata Batista, Gizele David, Aline Bárbara, Elana Freire, Fernanda Penido, Patrícia Barbosa Rose e Vivi.

Às minhas professoras de yoga, Cinthya Gusmão e Letícia Dunley, que sempre me atenderam aliviando as tensões e me ajudando a encontrar o equilíbrio mental e físico. Obrigada pelo carinho e afeto!

Aos professores da pós-graduação, Cláudia Penna, Marília Alves, Adelaide De Mattia, Francisco Lanna, Adriana Oliveira e Maria de Fátima, vocês contribuíram muito para eu chegar até aqui.

À todos os profissionais do SAMU Macro Norte, em especial o Sr Patrick Warner Martins Murta, Ubiratam Lopes, Danusa Botega, Dra Roberta, Dra Kelly e Farley , que colaboraram para aprovação da pesquisa no SAMU.

À Escola de Enfermagem da UFMG, a honra de ser filha. Por toda a minha vida levarei no coração vivências e saudades.

À todos os profissionais da Escola de Enfermagem, em especial as meninas do Colegiado de Pós-Graduação, obrigada!

À CAPES, pela concessão de bolsa de estudo para o doutorado.

Ao CNPq e a Fapemig, pelo financiamento de pesquisa.

Esta caminhada me proporcionou um crescimento único não somente no que se refere ao aprendizado que o curso em si propõe, mas com relação a minha própria vida e o modo de ver o mundo.

RESUMO

O quadro sanitário brasileiro apresenta alta morbimortalidade relacionada às urgências, configurada ao longo dos anos como uma área crítica no Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da Rede de Atenção às Urgências por meio da regionalização é uma estratégia para superar a fragmentação dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Nesse contexto, o SAMU é um dos componentes da atenção pré-hospitalar com importante contribuição na assistência aos agravos agudos, crônicos agudizados e na complexa expansão de causas externas. O objetivo deste estudo foi compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores do SAMU Macro Norte de Montes Claros. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. O cenário do estudo foi o SAMU Macro Norte, base operativa de Montes Claros. Para a coleta de dados utilizou-se três fontes de evidências, sendo estas, análise de dados secundários; entrevista com roteiro semiestruturado e observação direta. Os dados secundários foram obtidos no período de outubro a dezembro de 2015, por meio do banco de dados disponibilizado pelo setor de estatística do SAMU Macro Norte referente aos períodos de 2013 a 2015. Os dados qualitativos foram coletados no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016 e obtidos por meio de entrevista semiestruturada, bem como observação direta, com quarenta e um profissionais, gestores, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise Temática de Conteúdo. A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos com Parecer CAAE nº 50185515.4.0000.5149. Os dados secundários foram analisados no *Microsoft Office Excel 2007* por meio de estatística descritiva e apresentados em forma de números absolutos, percentuais e médias. Da análise, emergiu o tema “Perfil de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais”. Os resultados dos dados obtidos por meio da entrevista e observação apontaram duas categorias: “A construção histórica do SAMU no Norte de Minas Gerais, Brasil: da concepção à regionalização” e “Um outro olhar sobre o trabalho cotidiano de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Os resultados foram organizados em um tema e duas categorias e apresentados em três artigos. Este estudo permitiu descrever o perfil de atendimento do SAMU no Norte de Minas Gerais e compreender o trabalho cotidiano por meio de diferentes olhares daqueles que o realizam, bem como a influência do ambiente sobre os atores envolvidos, o comportamento, as relações e as maneiras de fazer o cuidado, desvelando aspectos particulares e ocultos do trabalho. O trabalho é complexo, permeado de singularidades e apresenta muitas situações imprevisíveis e inusitadas tornando a assistência e o cuidado prestados ao paciente diferenciados. A subjetividade está presente no cotidiano a todo o momento e os profissionais revelam sentimentos a respeito do trabalho e da assistência prestada ao paciente. Observou-se a multiplicidade de experiências coletivas baseadas nas relações banais do dia a dia das equipes, por meio de um esforço coletivo que integra o fazer cotidiano do SAMU. Assim, captou-se o “lado invisível” do trabalho, que articulado ao prescrito, confere novos sentidos ao trabalho. Espera-se que este estudo possa promover a reflexão dos sujeitos envolvidos nessa atividade, suscitar novos questionamentos, gerar novas discussões e pesquisas sobre o tema e colaborar com sistemas de saúde que buscam, na regionalização melhorias para os serviços ofertados a população.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Rede de Atenção à Saúde; Trabalho; Sociologia do Cotidiano; Estudo de Caso.

ABSTRACT

The Brazilian health system presents high morbidity and mortality related to urgencies, configured over the years as a critical area in the Unified Health System (SUS). The organization of the Emergency Care Network through regionalization is a strategy to overcome the fragmentation of health services and to qualify care management. In this context, SAMU is one of the components of prehospital care with an important contribution in the treatment of acute, chronic and acute complications and in the complex expansion of external causes. The objective of this study was to understand the daily work of health professionals and managers of SAMU Macro Norte de Montes Claros. This is a qualitative study, outlined by the research strategy Case Study based on Comprehensive Sociology of Daily Life. The scenario of the study was the SAMU Macro Norte, operational base of Montes Claros. For data collection, three sources of evidence were used, these being, secondary data analysis; interview with semi-structured script and direct observation. Secondary data were obtained from October to December 2015, using the database provided by the SAMU Macro Norte statistic sector for the periods from 2013 to 2015. Qualitative data were collected from November 2015 to January Of 2016 and obtained through a semi-structured interview, as well as direct observation, with forty-one professionals, managers, nurses, doctors and nursing technicians. For the analysis of the data was used the Content Thematic Analysis. The research was analyzed and approved by the Committee of Ethics in Research of Human Subjects with CAAE Opinion nº 50185515.4.0000.5149. Secondary data was analyzed in Microsoft Office Excel 2007 using descriptive statistics and presented as absolute, percent, and averages. From the analysis emerged the theme "Service profile of the Mobile Emergency Care Service in the North of Minas Gerais". The results of the interview and observation data pointed to two categories: "The historical construction of SAMU in the North of Minas Gerais, Brazil: from conception to regionalization" and "Another look at the daily work of professionals from the Mobile Assistance Service Of Urgency. The results were organized into one theme and two categories and presented in three articles. This study allowed us to describe the service profile of the SAMU in the North of Minas Gerais and to understand the daily work through different perspectives of those who perform it, as well as the influence of the environment on the actors involved, the behavior, the relations and the ways of Do the care, revealing particular and hidden aspects of the work. The work is complex, permeated by singularities and presents many unpredictable and unusual situations making care and care provided to the patient differentiated. The subjectivity is present in everyday life at all times and the professionals reveal feelings about the work and the care given to the patient. It was observed the multiplicity of collective experiences based on the banal relations of the day to day of the teams, through a collective effort that integrates the daily work of SAMU. Thus, the "invisible side" of the work was captured, which, articulated with the prescribed one, gives new meanings to the work. It is hoped that this study may promote the reflection of the subjects involved in this activity, raise new questions, generate new discussions and research on the subject and collaborate with health systems that seek, in the regionalization, improvements for the services offered to the population.

Key Words: Emergency Medical Services; Network Health Care; Work; Sociology of Everyday Life; Case Studies

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS- Atenção Básica de Saúde

ACLS - *Advanced Cardiovascular Life Support*

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BLS - *Basic Life Support*

CF- Constituição Federal

CRA- Central de Regulação Assistencial

CRUE - Central de Regulação das Urgências e Emergências

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIB-M - Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional

CR - Complexo Regulador

COEP-UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

CIS- Consórcio Intermunicipal de Saúde

CISRUN - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência

CNAE - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CPG - Colegiado de Pós-Graduação

DPVAT- Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres

FAP- Ficha de Atendimento Pré-hospitalar

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MN - Macro Norte

MS - Ministério da Saúde

NEP - Núcleo de Educação Permanente

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PDMI- Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PHTLS - *Prehospital Trauma Life Support*

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

REMAC- Regional Emergency Medical Advisory Committee

RO- Rádio operador

RUE- Rede de Urgência e Emergência

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV - Suporte avançado de vida

SBV - Suporte básico de vida

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS - Sistema Único de Saúde

TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica

TCLE - Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido

UE - Urgências e Emergências

USA- Unidade de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básico

VIR-Veículo de Intervenção Rápida

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Organização das Redes de Atenção à Saúde.....	27
Figura 2- Localização da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.	30
Figura 3- Processo de elaboração do desenho da rede de atenção à urgência e emergência.....	31
Figura 4- Município de Montes Claros.....	66
Figura 5- Fluxo da Central de Regulação de Urgência e Emergência do SAMU Macro Norte.....	71
Figura 6- Central de Regulação de Urgências e Emergências e base operativa do SAMU Macro Norte em Montes Claros.	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Apresentação do tema, categorias e subcategorias do estudo.....	94
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de ambulâncias do SAMU MN nas Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.	68
Tabela 2- Profissionais do SAMU Macro Norte, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil 2015.....	69
Tabela 3- Caracterização dos profissionais entrevistados no pilar operacional do SAMU de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015.	84
Tabela 4- Caracterização dos profissionais entrevistados no pilar operacional do SAMU de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015.	89

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	2
CAPÍTULO II.....	9
2. CONTEXTO POLÍTICO E TECNOLÓGICO.....	10
2.1 Redes de Atenção à Saúde.....	10
2.2 Elementos constitutivos das Redes Integradas de Atenção à Saúde.....	18
2.2.1 <i>População</i>	18
2.2.2 <i>Estrutura operacional</i>	19
2.3 Rede de Urgência e Emergência.....	23
2.4 Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macro Norte.....	28
2.5 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Rede de Urgência e Emergência.....	36
CAPÍTULO III.....	40
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	41
CAPÍTULO IV.....	44
4. REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO.....	45
CAPÍTULO V.....	59
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	60
5.1 Natureza do estudo.....	60
5.2 Cenário da pesquisa.....	65
5.2.1 <i>O município de Montes Claros</i>	65
5.2.2 <i>SAMU Macro Norte</i>	67

5.2.2.1 <i>Gestão de Pessoas do SAMU Macro Norte</i>	68
5.2.2.2 <i>Central de Regulação do SAMU Macro Norte</i>	70
5.2.3 <i>O SAMU de Montes Claros</i>	72
5.3 Participantes da pesquisa	73
5.4 Inserção do pesquisador no cenário de pesquisa.....	73
5.5 Coleta de dados.....	74
5.5.1 <i>Organização dos dados secundários</i>	75
5.5.2 <i>Organização dos dados primários</i>	76
5.5.2.1 <i>A observação direta</i>	77
5.6 Análise dos dados.....	78
5.6.1 <i>Compreensão dos dados quantitativos</i>	78
5.6.2 <i>Compreensão dos dados qualitativos</i>	78
5.7 Aspectos éticos	80
CAPÍTULO VI	82
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
6.1 Caracterização dos participantes.....	83
6.1.1 <i>Pilar administrativo do SAMU Macro Norte</i>	84
6.2 Apresentação e discussão dos resultados	94
6.2.1 ARTIGO 1- PERFIL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO NORTE DE MINAS GERAIS	97
6.2.2 ARTIGO 2- A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DA CONCEPÇÃO À REGIONALIZAÇÃO	116
6.2.3 ARTIGO 3- UM OUTRO OLHAR SOBRE O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	137

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
8. REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICE A	196
APÊNDICE B.....	197
APÊNDICE C.....	199
APÊNDICE D	200
ANEXO A	201
ANEXO B	202

AS PRIMEIRAS IDEIAS...

A motivação para a realização desta pesquisa emergiu de indagações, inquietações e anseios referentes ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil, especialmente na Rede de Urgência e Emergência Macro Norte (RAUE MN). O interesse pela temática está relacionado com minha trajetória acadêmica, tendo me dedicado a estudar o mundo do trabalho desde o curso de especialização em Enfermagem do Trabalho e no Mestrado em Enfermagem e Saúde, ambos desenvolvidos na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ao decidir sobre a realização da pesquisa, dei início ao processo de amadurecimento de ideias com minha orientadora. As discussões sobre a área de urgência, especificamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas, eram bastante complexas, mas muito interessantes. Após alguns encontros, minha orientadora sugeriu que eu fosse conhecer o serviço na cidade de Montes Claros para me aproximar dessa realidade. Assim, entrei em contato com a coordenação de enfermagem do SAMU e solicitei uma visita ao serviço. À primeira vista, foi possível conhecer a Central de Regulação de Urgências, o aparato tecnológico do SAMU regionalizado, a dinâmica do trabalho e as relações profissionais. Observei que apesar da orientação do trabalho ocorrer por meio de um arcabouço de diretrizes e de pactuações políticas, havia, “algo a mais” no SAMU que continuava a me instigar.

Após muitas idas e vindas, construções e desconstruções, essenciais para a elaboração do projeto, definimos como objeto de estudo o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU Macro Norte. Tal opção decorre do entendimento de que se trata de um fenômeno complexo, permeado de subjetividades dos atores envolvidos, vivências, experiências, crenças e valores que passam despercebidos e são invisíveis na organização do trabalho, mas de grande importância. A importância está ligada ao fato de a presença invisível dos aspectos mencionados produzir alterações sutis que permitem concluir que “tem algo a mais” nesse contexto. Assim, o cotidiano é o espaço favorável para desvelar todos aspectos em um determinado tempo e espaço, o fazer do dia a dia, os acontecimentos banais e o que está oculto, possibilitando romper com a idéia estruturada de trabalho.

Pesquisar não é tarefa fácil. No percurso, houve momentos de crise, dúvidas, insegurança, desespero, ansiedade, cansaço e alegria. Contudo, esta tese tornou-se essencial na minha vida e parte do meu cotidiano e, com certeza, contribuiu para mudar meu jeito de

olhar o mundo e, assim como diz Michel Maffesoli, é preciso dar valor aos pequenos nada, abrir-se para o invisível, ouvir a relva crescer.

"Não sei...

*se a vida é curta ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.*

Muitas vezes basta ser:

*colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia,
amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela não
seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira,
pura...enquanto durar....“*

(Cora Coralina)

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem experimentado mudanças significativas e singulares no que tange à transição demográfica e à complexa situação epidemiológica, acarretando impactos importantes no sistema de saúde com o aumento de demanda da população pelos serviços de saúde (MENDES, 2010).

Do ponto de vista demográfico, o país vive a transição acelerada, marcada pelo envelhecimento da população com incremento das condições crônicas que afetam predominantemente os segmentos de maior idade, conseqüentemente, aumentando o uso dos serviços de saúde, internações hospitalares e traduzindo em elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2010; VERAS, 2009). Ademais, a transição epidemiológica, é caracterizada pela tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo, doenças infecto parasitárias, doenças crônicas e seus fatores de risco (tabagismo, obesidade, estresse, alimentação inadequada) e forte o crescimento da violência urbana e das causas externas, como os acidentes de trânsito (MENDES, 2010).

Esta realidade tem fomentado reflexões sobre as transformações e repercussões sociais, econômicas na área da atenção à saúde, que implicam em um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em relação ao aperfeiçoamento do sistema e dos serviços de saúde com novas estratégias de assistência, planejamento e gestão, de forma que possam atender às demandas cada vez maiores de usuários com agravos na condição aguda, na agudização das doenças crônicas e as causas externas (GOLDANI et al., 2012).

Para Mendes (2011), o Brasil e outros países enfrentam a crise no sistema de saúde decorrente da incoerência entre uma situação de atendimento à saúde e a transição demográfica e epidemiológica, haja vista que os sistemas continuam voltados, prioritariamente, às condições agudas e agudizações das doenças crônicas. Sobretudo, este contexto implica no desencontro entre a situação real de saúde e o sistema de atenção à saúde, estratégia que inviabiliza a eficiência, efetividade e qualidade do atendimento às doenças crônicas.

Em face desse contingente, os sistemas de saúde necessitam ser ajustados e segundo Paim et al. (2011, p.28), esta situação “obriga a transição de um modelo de atenção à saúde

centrado nas doenças agudas, para um modelo focado na promoção da saúde, na integração dos serviços de saúde e na intersetorialidade”.

Nessa perspectiva, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Ministério da Saúde (MS) torna-se relevante como uma nova proposta de organização dos serviços de saúde (MENDES, 2011). A RAS possibilita uma atenção contínua e integral de melhor qualidade, com maior possibilidade de intervir nos custos dos sistemas de saúde e mais direcionada às necessidades de saúde da população (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

Os países que adotaram a RAS no sistema de saúde defendem esta forma de organização como estratégia para superar a fragmentação dos sistemas (LI et al., 2011; OPAS, 2011a; MENDES, 2011; SILVA, 2008). No contexto brasileiro, a implantação das RAS é recente, mas seu conceito vem sendo discutido desde a Reforma Sanitária, que culminou na construção do SUS (BRASIL, 1988).

A publicação da Portaria Ministerial nº 4.279 em 2010 estabelece as diretrizes e normas para a organização da RAS no âmbito do SUS. As RAS têm o objetivo de superar a fragmentação dos sistemas de saúde ao permitir a gestão dos diversos pontos de assistência à saúde¹ (BRASIL, 2010b; 2011).

Ainda que sejam reconhecidas mudanças em função da definição de conceitos e inclusão de novas tecnologias para a organização de redes, a atenção às urgências e emergências (UE) tem-se configurado como área crítica no sistema de saúde brasileiro. Alguns estudos discutem a fragilidade e a baixa capacidade de estruturação dos serviços de urgência no país e destacam como principais causas o atendimento de UE ocorrido predominantemente nos hospitais que, muitas vezes, se torna a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Tal situação é evidenciada por deficiências estruturais nos pontos de atenção da rede, da formação de recursos humanos e da ausência de resolutividade da Atenção Primária à Saúde, fatores que contribuem para a superlotação e esgotamento dos serviços de UE (MENDES, 2012; MARQUES et al., 2011; MARQUES et al., 2010; O'DWYER et al., 2008; GARLET et al., 2009).

Ao constatar a necessidade de organização do sistema de atenção integral às UE, o MS instituiu legislações, portarias e a política pública que visa à organização dos serviços de

¹ Pontos de atenção à saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde e se diferenciam apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam com vistas à integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

saúde para o atendimento às UE. Em 2002, aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência por meio da Portaria 2048/2002 (BRASIL, 2002), e em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi instituída e reeditada em 2011 propondo a conformação de sistemas de atenção às urgências sob a organização de redes loco regionais (BRASIL, 2011).

A rede de urgência e emergência (RUE) deve estar articulada aos diversos componentes da RAS nos seus três componentes definidos pela PNAU: pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar (BRASIL, 2011). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) representa o principal elemento móvel da RUE e desempenha importante papel na saúde pública, uma vez que as doenças cardiovasculares e os eventos relacionados às causas externas como situações emergenciais estão em ascendência na população em geral. Contudo, o serviço é qualificado para atender precocemente às vítimas em casos de urgência e emergência e conduzi-las adequadamente aos hospitais referências, de acordo com a gravidade.

Para a estruturação do SAMU, destacam-se as Centrais de Regulação de Urgências-192, que constituem elementos potenciais de organização dos fluxos da atenção às urgências e são considerados observatórios da saúde e do sistema, em função da sua capacidade de monitorar de forma sistematizada e em tempo real todo seu funcionamento com vistas à produção de informações regulares para a melhoria do sistema de saúde (O'DWYER, 2010). Contudo, ter essa incumbência reforça o papel de elemento ordenador e articulador da RUE, que busca estruturar os vários serviços de saúde qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta à sociedade, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos (BRASIL, 2006c; MENDES, 2012).

É importante ressaltar que a Atenção Primária a Saúde (APS), no contexto da RAS, corresponde ao componente estrutural transversal com a capacidade de articular os serviços e relacionar-se com a população adscrita (MENDES, 2014; OPAS, 2010; BRASIL, 2011). A esse respeito, análises de algumas publicações apresentam diferentes concepções sobre a coordenação dos sistemas de saúde.

Para Cecílio et al. (2012), a APS deve ser a coordenadora de fluxos no sistema, e ordenadora ou gestora do cuidado de saúde. No entanto, se faz necessário lançar o olhar na perspectiva da diretriz da hierarquização dos serviços, isto é, na posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado.

Estudo que analisou a política de urgência por meio de documentos e portarias destaca que a regulação do sistema de saúde com base nas centrais de regulação de urgência pode ser temporária. A APS se configura como um dos pontos de atenção sem cumprir o papel de ordenadora e coordenadora da RUE. Porém, a fim de exercer efetivamente a regulação do sistema, é indispensável a reestruturação e qualificação da APS, de modo que ela seja resolutiva e capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo no sistema de saúde até que a sua demanda seja sanada (O'DWYER, 2010).

A necessidade de estruturação da Rede de Urgência e Emergência Macro Norte (RAUE MN) surgiu das análises da situação de saúde da região que evidenciaram elevados índices de mortes por causas mal definidas, elevado número de atendimentos devido à agudização de doenças crônicas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à alta densidade territorial, fragmentação das ações em saúde e desigualdade na alocação de recursos (MARQUES et al., 2011).

Reconhecendo as necessidades de saúde da população regional face ao crescimento dos agravos mencionados que aumentam a demanda de atendimentos de UE, o SAMU 192 foi incorporado à RAUE MN, por meio da Portaria 129/GM/MS de 2009 (MINAS GERAIS, 2011)

Em consonância com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de 2012, a Região Macro Norte corresponde à Região Ampliada de Saúde Norte de Minas e é composta por nove regiões de saúde com abrangência de 86 municípios (SES MG, 2012). O serviço está estruturado com 37 bases descentralizadas distribuídas em 9 regiões de saúde, possui uma única Central de Regulação de urgências regionalizada, hierarquizada e descentralizada, que coordena os atendimentos das Unidades Pré-Hospitalares e é gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN) (CISRUN, 2012).

O serviço possui diferentes categorias profissionais, com saberes específicos que fazem a gestão do serviço, operam na central de regulação de urgências e prestam socorro às vítimas em unidades móveis. Assim, o SAMU possui vários lócus de atuação para atender solicitações de diferentes complexidades, em amplo território geográfico.

Os atendimentos em unidades móveis são realizados por profissionais intervencionistas que compõem as equipes de suporte básico de vida (SBV) e de suporte avançado de vida (SAV) assegurando o atendimento pré-hospitalar, por meio da regulação

médica, sendo estas Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) (BRASIL, 2011).

Contudo, as ações do SAMU decorrem de uma estrutura hierárquica determinada por arcabouço político, desde o Ministério da Saúde, da SES/MG e CISRUN para, finalmente, alcançarem o serviço e serem executadas. Esta organização caracteriza o trabalho prescrito, que contempla um conjunto de atividades com instruções previamente planejadas e organizadas antes de o trabalhador executar a tarefa. (DEJOURS, 2004; BRITO, 2008).

Cabe salientar que o cotidiano do SAMU retrata um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem, haja vista que o serviço é caracterizado por um grau de imprevisibilidade e de demandas que requerem inúmeras formas de intervenção, cujo planejamento inclui atividades diferentes, conferindo particularidades que se revelam no cotidiano de trabalho dos profissionais.

A implantação do SAMU MN exigiu criatividade, inovação e adaptações por parte dos trabalhadores para atuar em um contexto singular dada a relevância de aspectos geográficos, ambientais, epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Tais aspectos influenciaram sua organização e estruturação regionalizada, e ainda se fazem presentes, desencadeando entraves e desafios no trabalho cotidiano dos profissionais.

Percebe-se que a subjetividade dos trabalhadores é um aspecto importante por influenciar na (re) organização do trabalho, nas condutas, práticas e formas de fazer, com vistas a atender eficazmente as situações encontradas no cotidiano. Assim, o trabalho real se articula ao trabalho prescrito, por sua vez diz respeito ao momento em que o profissional executa as ações determinadas, sendo capaz de modificá-las na medida em que reconhece um distanciamento entre o que está prescrito e as situações vivenciadas no cotidiano de trabalho (DEJOURS, 2003, 2004; BRITO, 2008).

Nesse sentido, acredita-se que o trabalho de profissionais do SAMU não se circunscreve à normatividade predominante no arcabouço de diretrizes políticas, pois existe um “lado invisível” que perturba o ditado pelo cotidiano que possibilita entendimentos para certas ações e modos de fazer.

Para Dejours (2003) e Brito (2008), captar o “lado invisível” do trabalho é olhar para a realidade e compreender as lacunas existentes entre as duas dimensões prescrita e real do trabalho que podem influenciar nos modos de fazer, de ser e de saber dos profissionais, produzindo um novo sentido ao trabalho.

Nessa perspectiva, para compreender o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU, é importante valorizar aspectos subjetivos que escapam à objetivação do olhar. Para vê-los, é preciso atentar-se para as percepções, experiências e relações estabelecidas entre os atores por meio do olhar do trabalhador, o qual está envolvido no cotidiano do serviço.

Segundo Merhy (2014), estudar o cotidiano possibilita ao pesquisador ir para um campo mais em aberto, com menos “a priori”, mapeando como vão se fabricando as relações, seus limites e suas possibilidades em cada território. Para o autor, esse olhar investigativo no campo da saúde, por ser um processo que se produz em ato, torna-se ainda mais importante.

Considerando o exposto, fez-se a opção de lançar o olhar da Sociologia Compreensiva sobre o objeto de estudo adotando-o como sustentação teórica metodológica com perspectiva de perceber de forma diferenciada as situações cotidianas, que, muitas vezes, passam despercebidas. Assim, o “olhar” para o cotidiano é adequado para descrever os limites e as representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações (MAFFESOLI, 2007).

De acordo com Minayo (1998, p. 11), a Sociologia Compreensiva do Cotidiano considera a subjetividade como constitutiva do ser social e não se preocupa em quantificar, mas, compreender a dinâmica das relações sociais, depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, e “considerada ser a essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum”.

Para Maffesoli, estudar o cotidiano é observar as raízes das coisas, tudo o que diz respeito à vida diária, sejam as experiências vividas, as crenças, a interação com outras pessoas e com o ambiente (MAFFESOLI, 1996).

Este estudo se justifica por se considerar que o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores do SAMU abrange o que diz respeito ao sujeito e à vida de todos os dias. O sujeito é considerado um ser singular, dinâmico, com subjetividades, vivências, experiências, crenças, formas de expressão, cultura e relações, determinantes para sua atuação no dia a dia dos serviços de saúde.

Diante do exposto, emerge a seguinte questão norteadora deste estudo: Como é o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e de gestores do SAMU Macro Norte?

Assim, buscaremos argumentos para subsidiar a seguinte tese: O trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores do SAMU é permeado por saberes e diversas maneiras de fazer, concretizando-se por meio da associação do arcabouço prescritivo da organização do

serviço e pelo fazer cotidiano daqueles que o vivenciam, o reconstroem, o reorganizam e o ressignificam.

O objetivo deste estudo foi compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores do SAMU Macro Norte de Montes Claros. A relevância da investigação se deve ao fato de que o trabalho cotidiano não pode ser compreendido somente por meio do trabalho prescrito, mas, sobretudo, pelo olhar daqueles que o vivenciam, (re)constroem, (re)organizam e (re)significam os modos de fazer, reforçando a necessidade de realização da presente investigação com aprofundamento na temática sob a perspectiva da Sociologia Compreensiva do Cotidiano, visto que há escassez de estudos na área de urgência e emergência fundamentados neste referencial com potencial de contribuir com o fazer em saúde.

Este estudo possibilitou compreender como se dá o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e de gestores do SAMU Macro Norte de Montes Claros e de que maneira ele é realizado no contexto da RAUE MN para atender às necessidades de saúde da população e alcançar resultados eficazes e profícuos. Tal análise poderá contribuir com o SAMU de forma que seus profissionais possam refletir sobre as peculiaridades do trabalho cotidiano, as formas de atuar e fazer na RAUE MN; oferecer subsídios para a organização de outros serviços, quanto à formação e qualificação dos trabalhadores e a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinariedade e colaborar com o sistema de saúde de regiões que buscam estratégias de melhorias e inovação para elevar o desempenho assistencial, qualificando o atendimento à saúde e potencializando a utilização dos recursos públicos no sistema de saúde.

A tese encontra-se organizada em sete capítulos. No capítulo 1, realiza-se a contextualização da problemática do estudo no qual será apresentado o problema de pesquisa, objetivos e pressupostos teóricos. No capítulo 2, inserem-se o contexto político e tecnológico do objeto de estudo focalizando a Rede de Atenção à Saúde, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção às Urgências e Emergências Macro Norte e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. No capítulo 3, é apresentado o referencial teórico e no capítulo 4, o referencial epistemológico. No capítulo 5, apresentam-se a natureza do estudo, o cenário do estudo, os participantes do estudo, os instrumentos e procedimentos da coleta de dados, a compreensão dos dados e os aspectos éticos. No capítulo 6, contemplam-se os resultados e por fim, no capítulo 7 apresentam-se algumas considerações finais.

CAPÍTULO II

CONTEXTO POLÍTICO E TECNOLÓGICO

2 CONTEXTO POLÍTICO E TECNOLÓGICO

*“Nós não somos o que gostaríamos de ser.
Nós não somos o que ainda iremos ser.
Mas, graças a Deus,
Não somos mais quem nós éramos”*
Martin Luther King

2.1 Redes de Atenção à Saúde

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada de atenção à saúde surgiu inicialmente a partir da publicação do Relatório Dawson em 1920 e reemergiu, quando a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) apontou a organização de redes de saúde enquanto alternativa para solucionar problemas advindos da fragmentação de serviços de saúde (MENDES, 2010; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2010).

A proposta de regionalização de serviços de saúde no relatório Dawson propunha uma organização pautada no critério de sistemas regionalizados de saúde pressupondo a integralidade da assistência, a indissociabilidade entre ações preventivas e curativas formada por serviços domiciliares apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Seriam responsáveis por esses serviços os médicos clínicos generalistas (*general practitioners* – GP) que já trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social (OPAS, 1964; SANTOS, 2013).

Os centros de atenção primária à saúde, por sua vez, eram situados em vilas e ligados a centros de saúde secundários de cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria ocorrer de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos. Os serviços de saúde deveriam ser acessíveis a todas as populações e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários vinculados aos hospitais (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o processo de trabalho dos profissionais seria de forma integrada, de modo que segundo Kuschnir; Chorny (2010), [...] o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e acompanhar as necessidades e evolução do paciente depois de seu regresso ao lar.

O Relatório Dawson introduziu a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação da atenção primária à saúde, além de considerar os mecanismos de integração, como os sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A organização em redes foi idealizada como uma resposta de garantir o acesso com equidade a toda uma população. Para as questões de eficiência, escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Portanto, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões sob um único comando, que deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentada por sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Outros países que instituíram sistemas nacionais de saúde, como o Canadá e a Inglaterra, deram ênfase ao relatório, instituindo-o conforme as realidades locais. Na Inglaterra, a proposta de organização do sistema de saúde universal e equitativo criou o *National Health Service* em 1948. O *National Health Service* destacou-se como o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente, que por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários outros países (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os sistemas nacionais de saúde têm como principal característica a saúde como um direito fundamental e podem se utilizar da proposta de organização de redes regionalizadas como instrumento para ampliar o acesso e reduzir as desigualdades. Os sistemas regionalizados são fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e hierarquização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Para a OPAS (2010), a regionalização é o elemento essencial para fortalecer a atenção no SUS de forma regionalizada e cooperativa, garantindo a implantação de Redes de Atenção à Saúde. Essa estratégia visa à racionalidade na organização do sistema capaz de otimizar recursos e reduzir custos (SILVA et al., 2009).

A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, na concepção dawsoniana, teve outros marcos, como a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de 1978 em Alma-Ata. No Canadá, na década de 80, houve discussões propondo a oferta contínua de serviços para a população específica e territorialmente delimitada, com foco na Atenção Básica em Saúde (ABS) com o objetivo de superar o problema da fragmentação no sistema de saúde (SILVA, 2008).

No Brasil, o processo de criação, formalização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de amplo processo de mobilização social de diversos segmentos que precederam a Constituição Federal de 1988, dando origem ao atual sistema de saúde, a partir de um conjunto de serviços já existentes e de diversas origens a matizes assistenciais, tais como universidades, serviços públicos municipais, estados e da União, entidades filantrópicas, sindicatos rurais, serviços comunitários e serviços privados contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 1993).

O sistema de saúde vigente teve seu início formalizado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com o estabelecimento de suas principais diretrizes: a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a descentralização político-administrativa e a integração na execução das ações de saúde (BRASIL, 1988).

A proposta de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto sistema de saúde universal consistia em integrar as ações de saúde pública e as ações assistenciais para superar a dicotomia prevenção/clínica nos modelos de atenção à saúde que prevaleceram. O primeiro modelo tem enfoque na recuperação da saúde de indivíduos doentes; o segundo corresponde ao modelo sanitarista e contempla um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados (PAIM, 2008).

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Atenção à Saúde (LOAS), Lei nº 8.080, que definiu as diretrizes estruturais e assistenciais do Sistema, as Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde instituído em 2006. A partir daí, definiu-se que o principal objetivo do SUS seria oferecer assistência à população através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração de ações curativas, preventivas e de reabilitação. Assim, são consideradas áreas

de atuação do SUS o planejamento e a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral (BRASIL, 1990).

Após a implantação do SUS, houve importantes avanços no sistema de saúde brasileiro, com a organização e fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde. No entanto, a ampliação da oferta de serviços e o aumento da cobertura populacional, nas últimas décadas, não seguiram a lógica de planejamento e organização sob rede de saúde, com vistas à garantia da qualidade dos serviços e de sistemas locais de saúde atuando de forma integrada e articulada (JORGE et al., 2014; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

O SUS começa a se estruturar, com a necessidade de transferência da gestão da maior parte dos serviços, centralizada no Ministério da Previdência e Assistência Social, para o Ministério da Saúde, posteriormente de forma heterogênea para as secretarias estaduais e secretarias municipais (COSTA, 2001). Apesar disso, a fragmentação, a concorrência entre serviços públicos e privados, a não cooperação, a insuficiência do processo de planejamento e gestão das necessidades dos territórios e das suas populações marcaram os primeiros anos do SUS, evidenciando distância do real com o idealizado nos seus princípios constitucionais (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

A criação do sistema de saúde público impulsionou dois movimentos importantes. O primeiro designa a implantação e expansão do Programa Saúde da Família, com ampliação da Atenção Básica (ABS), e o segundo refere-se ao processo de municipalização da gestão dos serviços de saúde (SILVA, 2009).

Para Magalhães Júnior (2014), esses movimentos contribuíram para o avanço do sistema de saúde, porém, reforçaram as dificuldades das secretarias estaduais de saúde e do Ministério da Saúde em organizar regiões ou redes de saúde, face ao caráter fragmentado do sistema de saúde, que responde majoritariamente às demandas espontâneas, baseadas em eventos agudos de saúde, com predomínio de oferta hospitalar em todos os eixos assistenciais, a falta de definição de fluxos entre os serviços por meio de regulação pública e ausência de organização regional.

A partir 1994, mediante iniciativas de alguns estados e das gestões municipais semiplenas, iniciou-se o processo de planejamento e intervenção, com lógica sistêmica do sistema de saúde, tendo como embasamento a organização dos fluxos e ferramentas regulatórias (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

O atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com o que preconiza a Lei nº 8.080, exigiu a reorganização dos serviços, considerando níveis diferentes de atenção, tais como a atenção básica, atenção especializada, atenção pré-hospitalar móvel, serviços de urgência, atenção hospitalar e pós-hospitalar.

Contudo, o panorama sanitário do Brasil, a urbanização acelerada e crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento das doenças crônicas e crônicas não transmissíveis, expressivo aumento de agravos por causas externas, como violências e traumas decorrentes (MALTA; MORAES NETO; SILVA JÚNIOR, 2011). Tal situação evidencia a necessidade de reestruturação dos sistemas de atenção com ações que assegurem o acompanhamento longitudinal dos pacientes e que seja eficaz e resolutivo (MENDES, 2011; CARVALHO et al., 2013).

A transição epidemiológica também é vivenciada por outros países. Na Europa, o reflexo dessa transição trouxe aumento nas despesas com saúde, principalmente, em relação aos doentes crônicos e idosos que necessitam de serviços hospitalares em domicílio, retratando condições que não são completamente satisfeitas pelo sistema de atenção à saúde, haja vista as mudanças nas necessidades de saúde da população (OPAS, 2010).

Mendes (2011) afirma que é preciso restabelecer a coerência entre a atual situação de saúde das populações e a oferta do sistema de atenção à saúde. Para isso, o autor enfatiza a implantação das Redes de Atenção à Saúde para superar a fragmentação dos serviços no sistema de saúde brasileiro.

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente e é explicada de forma diferenciada. Os sistemas de saúde nas Américas são caracterizados por elevados níveis de segmentação e fragmentação, sendo uma das principais causas de baixo desempenho dos sistemas e serviços de saúde, que podem gerar dificuldades de acesso aos serviços, fornecimento de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente de recursos, aumento desnecessário dos custos, baixa produção e insatisfação do usuário com os serviços recebidos (MENDES, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destacou algumas das principais causas que explicam a fragmentação, tais como: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização com fragmentação dos níveis de atenção; o predomínio de programas focados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado

na enfermidade, ou seja, nas condições agudas com ênfase na atenção hospitalar; debilidades na gestão; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração e articulação entre os serviços (SILVA, 2011).

De acordo com Mendes (2010), Magalhães Júnior (2014), a fragmentação é herança do modelo tecno-assistencial adotado por muitos anos no sistema de saúde brasileiro, fundamentado nas ações curativas, no cuidado médico, estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta e com financiamento voltado para os procedimentos realizados. Tal modelo retrata uma organização piramidal e hierárquica, denotando a inexistência da continuidade da atenção, a racionalização do atendimento.

Sob esse aspecto, o foco da atenção está nas condições agudas e a porta preferencial de acesso à assistência está nas unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar (MENDES, 2010).

Para restabelecer a coerência dos sistemas de saúde face às situações de saúde e superar o problema da fragmentação, é essencial garantir ao usuário a continuidade da sua assistência, a longitudinalidade da atenção, ampliar a adesão ao tratamento não só para a recuperação da saúde, mas também para que as medidas de prevenção e de promoção sejam mais efetivas (CARVALHO et al., 2013).

Nessa realidade, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para a efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimirem uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA et al., 2011).

A Rede de Atenção à Saúde ganhou destaque com iniciativa dos Estados Unidos na década de 70 (MENDES, 2011). Na Europa ocidental, as RAS vêm sendo adotadas em países como a Suíça, Noruega, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Na América do Sul, especificamente no Chile, a Rede de Atenção à Saúde é contemplada na política oficial do Ministério da Saúde (SILVA, 2008; FÁBREGA, 2007).

A regionalização do SUS foi fortalecida com a publicação do Pacto pela Saúde, aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699 de 2006 (BRASIL, 2006d; 2006e). Portanto, o efetivo cumprimento do Pacto somente ocorrerá pela suspensão das fronteiras municipais e estaduais com a valorização e institucionalização do espaço regional como base de organização, gestão e governança do sistema de saúde (OPAS, 2011).

A regionalização é entendida como uma estratégia eficaz para a (re) organização de sistemas de atenção à saúde, distribuindo em um território adscrito ações e serviços de saúde de diversas complexidades, conforme as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011; SILVA, 2011; MENDES, 2009).

Em relação à implementação das RAS, no Brasil, é recente, mas seu conceito vem sendo discutido desde a concepção do SUS com a Reforma Sanitária. Na Constituição Federal (CF) de 1988, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988).

O artigo 198 da Constituição Federal dispõe que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” (BRASIL, 1988).

A organização dos sistemas de saúde sob forma de redes integradas tem sido discutida como uma estratégia eficaz para garantir atenção integral e efetiva às populações (CECÍLIO et al., 2012). Contudo, para que as redes possam ser estruturadas, há de se estabelecer um amplo processo de cooperação solidária entre estados e municípios, assim como entre municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde, consolidando a descentralização e a regionalização do sistema (OPAS, 2011).

As diretrizes para a organização da RAS foram estabelecidas pela Portaria Ministerial nº 4.279 de 2010, como estratégia para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade, a integralidade da atenção, bem como a equidade do acesso, promover articulação dos serviços e transparência na alocação de recursos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Entre os conceitos de RAS mais referenciados pela literatura, a ideia vigente é de organização da oferta de serviços organizados em sistemas ou rede. De acordo com Mendes (2011, p.82), as RAS são descritas como,

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade e com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.

Segundo o Ministério da Saúde, as RAS são definidas como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Destarte, a conceituação da RAS pela Organização Pan-Americana de Saúde oferece detalhamento semelhante quando preconiza que redes integradas de serviços de saúde podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (OPAS, 2005; OMS, 2011b).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, para melhorar o desempenho do Sistema de Saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia e eficiência (MENDES, 2011).

A RAS tem como representação central um sistema de saúde integrado, que deve produzir economia de recursos, expansão dos serviços, provisão de atenção contínua, integral e de qualidade para proporcionar o desempenho do sistema quanto ao acesso dos usuários. A integração dos serviços em rede deve ser realizada por nível de atenção, tendo em vista ser a rede hierarquizada em nível de complexidade crescente sempre no sentido de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

La Forgia (2006), ao discutir a temática das RAS no Brasil, considera que o problema no sistema de saúde é caracterizado pela predominância da fragmentação, que resulta em duplicação de serviços; ineficiências de escala e escopo; baixa qualidade assistencial decorrente da atenção descontínua e altos custos com tratamento devido à má gestão da atenção às doenças crônicas. Nesse aspecto, Carvalho et al., (2013, p.77), afirmam que “o enfrentamento dos dilemas dos sistemas de saúde só poderá ser minimizado com a construção de efetivas RAS que buscam o princípio da integralidade”.

Apesar da efetividade, a implantação das RAS não vai deter o impacto crescente nos gastos em saúde, em decorrência dos fenômenos da transição demográfica e epidemiológica, mas poderá amenizá-lo, ao ampliar a eficiência econômica do sistema por meio da economia de escala e escopo eliminando ociosidades na oferta (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

A economia de escala diz respeito ao volume de procedimentos e atividades realizados pelo serviço, baseada em uma relação entre oferta assistencial, produção e necessidades que deve ser considerada. Nesse sentido, é importante que os pontos de atenção funcionem com uma proporcionalidade adequada entre capacidade de produção e necessidade garantindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

Em relação à *economia de escopo*, trata-se da variedade dos serviços oferecidos à população e aplica-se preferencialmente às unidades hospitalares ou serviços especializados e de diagnósticos, nos quais a diversidade de atividades desenvolvidas contribui reduzindo os gastos aumentando a eficiência no sistema (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

A efetivação de RAS no Brasil é um grande desafio que perpassa por questões da própria formação da rede por ser considerada um fenômeno complexo, as conexões necessárias entre os pontos de atenção e o corpo de profissionais que atuam com características próprias, além de usuários que se encontram em diferentes realidades locorregionais. Outro desafio está relacionado ao modelo de atenção médico-hegemônico, que ainda prevalece nas práticas assistências dos profissionais de saúde, gestores, bem como na necessidade dos usuários ao buscar os serviços de saúde (ARRUDA et al., 2015).

2.2 Elementos constitutivos das Redes Integradas de Atenção à Saúde

De acordo com a Portaria Ministerial nº 4.279 de 2010, a constituição da RAS baseia-se em três elementos constitutivos: população; estrutura operacional; modelos de atenção à saúde.

2.2.1 População

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde é a população que vive em territórios sanitários singulares, específicos e organiza-se socialmente em famílias (BRASIL, 2010). Conhecer a população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade da atenção primária. Notadamente, o processo de territorialização deve ser assegurado e seguido do cadastramento; classificação por riscos socio-sanitários; a vinculação das famílias à unidade de Atenção Primária à Saúde; a identificação de subpopulações com fatores de riscos e com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos (MENDES, 2010).

O território não deve ser entendido como simples repartição geográfica de uma região, mas como um espaço favorável de interação dos sujeitos, em que possa ocorrer o gerenciamento e a gestão das ações de saúde, sendo também cultural, social e político (BRASIL, 2010). É nesse território que deve ser enfatizada a criação de mecanismos de co-responsabilização entre os profissionais da saúde e usuários, mediante o processo para (re)conhecimento da população na RAS.

2.2.2 Estrutura operacional

A estrutura operacional da RAS é constituída por diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas e as ligações que os comunicam (MENDES, 2011; ERDMAN, 2013). Esses componentes incluem:

- i) Atenção Primária à Saúde (APS);
- ii) pontos de atenção à saúde secundários e terciários;
- iii) sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico);
- iv) sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde, e sistema de transporte sanitário);
- v) sistema de governança.

Os três primeiros componentes são considerados nós das redes, entendidos como organizações que detêm os maiores desafios inerentes ao sistema de saúde tratando de articulação e integração entre os serviços (BRASIL, 2011).

A APS no contexto da RAS é o centro de comunicação, tem papel central na ordenação e coordenação do cuidado. A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, por meio do trabalho em equipe, dirigidas a populações adscritas, considerando as singularidades dos territórios. Para cumprir esse papel, a APS deve prover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A APS possui capacidade de articular e relacionar-se com a população adscrita, propiciar a longitudinalidade, assegurar a continuidade da assistência, a resolubilidade no primeiro nível de cuidados (SANTOS; ANDRADE, 2013; MENDES, 2014; OPAS, 2010; CECÍLIO et al., 2012).

Em muitos países, a APS é assumida como o principal dispositivo de organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; CONILL, 2008). Ademais, quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a ABS tem sido pensada, tanto como a porta de entrada preferencial do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde.

Para Starfield (2002) e OMS (2011), a ABS deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias assistenciais, para responder às necessidades de saúde da população.

O segundo componente da RAS corresponde aos pontos de atenção secundários e terciários com oferta de determinados serviços especializados que servem de apoio à APS. Estes pontos de atenção se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas para assistência à saúde (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013). No que tange aos pontos de atenção terciários, são considerados mais densos tecnologicamente que os secundários e, por isso, tendem a ser mais concentrados espacialmente.

Contudo, os pontos de atenção podem ser entendidos como espaços nas RAS em que são ofertados alguns serviços de saúde que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, não havendo entre eles relações de subordinação e hierarquias, pois são todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção (MENDES, 2010).

Os sistemas de apoio correspondem ao terceiro componente estrutural da RAS, e são definidos como lugares institucionalizados que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (serviços de diagnóstico por imagem, serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica), assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010).

A assistência farmacêutica envolve um grupo de atividades destinado a ações de saúde demandadas por uma população e engloba o processo de seleção dos medicamentos, a programação, aquisição, armazenamento e distribuição, bem como ações assistenciais de

farmácia clínica, formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (BRASIL, 2010).

Em relação ao quarto componente da RAS, os sistemas logísticos são entendidos como tecnologias de informação, que se comunicam com os diferentes componentes com vistas à organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas (BRASIL, 2010).

Os sistemas logísticos no SUS abrangem o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. A operacionalidade desses sistemas visa assegurar a referência e contrarreferência dos usuários, trocas eficientes de produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio da rede (MENDES, 2010).

O último componente da estrutura operacional são os sistemas de governança, com objetivo de coordenar um projeto coletivo e solidário, visando fortalecer a interdependência entre as organizações para a garantia do cuidado integral. Além disso, tais sistemas visam compreender a adoção de novas estratégias de gestão, de financiamento e informação. Segundo Mendes (2010; 2011),

Exercer a governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e de apoio para gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e fomentar a interdependência entre os serviços com vistas a obter resultados sanitários e econômicos para a população do território.

O sistema de governança deve ser único para toda a rede de atenção em saúde e dessa forma tem o desafio de promover a articulação entre os pontos de atenção primários, secundários e terciários, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos (MENDES, 2010; BRASIL, 2010; HOFFMAN et al., 2012).

Na atual configuração da política de saúde no Brasil, a governança se faz por meio do Colegiado de Gestão Regional, que desempenha papel importante, como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os entes, que viabilizem aos gestores planejar, articular as políticas institucionais e buscarem a conduta adequada para a resolução dos problemas comuns de uma região. A governança deve ter ainda a capacidade de gestão necessária para monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; OPAS, 2010; HOFFMANN, 2012; MENDES, 2014).

A articulação dos diferentes componentes das RAS associa-se a um modelo de atenção à saúde, que consiste em um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS. A definição de um modelo de atenção é importante para orientar o processo de sua construção e articular, de forma singular, as relações entre a população e subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Para Silva e Magalhães Júnior (2013, p.86),

O modelo de atenção à saúde é uma espécie de paradigma que define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta e as formas de intervenção no processo saúde doença, devendo ser estruturado por projetos terapêuticos centrados no usuário.

De acordo com Paim (2011), o desafio para o SUS do Brasil não é a definição de um modelo de atenção único, mas sobre quais combinações tecnológicas e abordagens são mais adequadas para o enfrentamento de problemas advindos de quadros sanitários distintos e singulares nas diversas regiões do território nacional.

O modelo deverá ser adotado em função da situação prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas da sociedade e dos determinantes sociais vigentes em determinado tempo (MENDES, 2009; 2011). Nesse sentido, no Brasil, o quadro sanitário vigente sugere adotar um modelo voltado tanto para a atenção a situações agudas como para situações crônicas (MENDES, 2009). Contudo, é fundamental romper com a hegemonia do modelo biomédico a adotar modelos de atenção eficazes face às situações de saúde, a fim de garantir a continuidade da atenção em todos os níveis do sistema (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013).

Diante disso, a proposição de um modelo de atenção para a implantação da RAS não pode ser rígido, haja vista as diversidades locorregionais, porém, é viável aplicar diretrizes operacionais, que poderiam, de forma mais flexível, ser adaptadas aos contextos em decorrência das diferentes características regionais (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde adotados no sistema de saúde do Brasil têm sido dirigidos ao manejo das condições crônicas, tais como o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Riscos e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas e às Condições

Agudas. Esses modelos de atenção implicam o uso de algum tipo de classificação de riscos com base em algoritmos construídos em sinais de alerta (MENDES, 2011).

A estruturação das RAS pode ser feita a partir de vários temas de atenção, porém é necessário adequá-la às singularidades no seu modo de organizar o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos.

Em Minas Gerais, a implantação das Redes de Atenção à Saúde foi feita por meio de Redes temáticas priorizadas em razão dos principais problemas de saúde da população identificados. Em virtude do grave problema de mortalidade infantil, priorizou-se a Rede Viva Vida; o predomínio dos anos de vida perdidos por causas externas e doenças cardiovasculares e diabetes induziu a implantação da Rede de Urgência e Emergência e da Rede Hiperdia; o aumento da expectativa de vida deu origem à Rede de Atenção ao Idoso: Mais Vida; e a Rede de Saúde Mental criada por entender a principal causa de anos perdidos ajustados por incapacidade (BRASIL, 2012b).

2.3 Rede de Urgência e Emergência

Tendo em vista o atual quadro sanitário do Brasil, que demanda por respostas mais eficientes do sistema de saúde, foi estruturada a Rede de Urgências e Emergências.

Conforme demonstram alguns estudos, os gargalos no sistema de saúde causam grandes impactos econômicos e sociais, sobretudo nos serviços de atenção às urgências e emergências. A fragilidade e baixa capacidade de estruturação dos serviços de saúde, tendo como principais causas a baixa resolutividade da atenção primária, a desarticulação e deficiências nos pontos de atenção de toda a rede, além da insuficiência estrutural, gerencial e funcional dos serviços, contribuem para a superlotação e esgotamento do sistema de UE, causando impactos negativos para os pacientes, aumentando o risco de mortalidade para os casos atendidos com atraso (MENDES, 2012; PELEGRINI et al., 2010; O'DWYER et al., 2009; GARLET et al., 2009).

Análises do estudo realizado por Carret e Fassa (2009) retrataram a utilização inadequada de serviços de emergência que levam ao caos do sistema de urgência. Os autores reforçam que os serviços de saúde devem ser utilizados em circunstâncias específicas, pois a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes em qualquer condição, haja vista que os pacientes sem demandas de UE, ao elegerem o hospital para seu atendimento, não têm garantido a continuidade da assistência. Salientam, ainda, sobre o acesso do usuário na

Atenção Básica de Saúde (ABS) que pode contribuir para a redução da superlotação das portas de urgência, se este tiver acesso rápido ao atendimento de urgência no âmbito da ABS.

Outros estudos realizados demonstraram que a superlotação dos serviços de UE é causada pelo baixo desempenho da rede de atenção, dos pontos de atenção hospitalares e a dificuldade de articulação entre os serviços, fatos que colaboram para distorções de acesso dos usuários e para a diminuição da qualidade da oferta (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; PELEGRINNI et al., 2010). Para os autores, esses serviços são representantes do desempenho da rede e, portanto, é importante o comprometimento do profissional nesses contextos para contribuir com a solução do problema (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Tendo em vista essa realidade, consolidar uma política pública de atendimento de qualidade às UE é um grande desafio, e vem-se apresentando como pauta fundamental e prioritária, tanto para a esfera federal como para os estados e municípios. (ROCHA et al., 2014; BARBOSA et al., 2014).

As primeiras tentativas no sentido de organizar a rede de serviços de urgência e emergência foram envidadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 2002 e 2003. A Portaria GM/MS nº 2.048/02 estabeleceu as normas, os critérios de funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços, bem como os temas para a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica, Atendimento Pré-hospitalar, Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte inter-hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU) (BRASIL, 2002).

Mediante a publicação dessa portaria, os sistemas de UE devem ser estruturados com participação dos demais componentes do sistema de saúde, devendo se responsabilizar pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os respectivos limites de complexidade e capacidade de resolução dos problemas nos demais níveis assistenciais (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) fundamentada na Portaria GM/MS nº1863 de 2003, posteriormente reformulada pela Portaria GM/MS nº1.600, de 7 de julho de 2011, foi instituída a partir dos componentes estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais e urgência e emergência publicada na Portaria GM/MS nº2048 de 2011 (BRASIL, 2002; 2003; 2011).

A efetivação da PNAU teve como marco a regionalização e o financiamento federal visando à configuração da rede da UE como proposta de reorganização da atenção às urgências e emergências.

No arcabouço legal do SUS, a regionalização da saúde é apontada como diretriz organizativa capaz de orientar a descentralização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). De acordo com a CF de 1988, a rede regionalizada pode contribuir com articulação e interconexão de conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações ali existentes, além de assegurar o acesso do cidadão aos serviços, sob forma racional, harmônica, sistêmica e regulada numa lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2013).

A regionalização do sistema de UE, de acordo com o *Institute of Medicine*, é assumida por autoridades, gestores e profissionais como estratégia necessária para sua reorganização, porque permite ao usuário, o acesso ao melhor cuidado, bem como ao cuidado especializado, segundo a sua gravidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010).

Nos Estados Unidos, o sistema regionalizado de emergência, na década de 1970 articula o sistema de saúde com os serviços hospitalares, recursos humanos especializados abrangendo atenção à criança com problemas graves de saúde e agravos como doenças cardiovasculares, executado sob uma coordenação regional (TORRES et al., 2015).

A rede de urgência e emergência é conceituada por Brasil (2011),

Arranjos organizacionais voltados para a assistência à saúde da população em casos agudos ou crônico-agudizados, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possam levar a sofrimento. Tem objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situações de urgência e emergência e direcionar o paciente acometido por um dado problema de saúde ao ponto de atenção com recursos mais adequados conforme os níveis de complexidade para atendimento a sua necessidade de saúde, em um menor tempo possível.

Para a estruturação da RUE, a PNAU definiu os componentes e os incentivos a serem disponibilizados para estados e municípios para a implementação gradativa em todo o território nacional (BRASIL, 2011), assim sendo:

1. Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2. Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

3. Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, abrangendo a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as Diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde;

4. Orientação geral quanto aos Princípios de Humanização da Atenção;

5. Organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, nos componentes pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

Em relação aos componentes pré-hospitalares, hospitalares e pós-hospitalares são apresentados com subdivisões:

a) Pré-Hospitalar Fixo: contempla as unidades básicas de saúde, unidades de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (UPA);

b) Pré-Hospitalar Móvel: refere-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e aos serviços associados de salvamento e resgate;

c) Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva;

d) Pós-Hospitalar: atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral.

Os componentes da RUE são considerados pontos de atenção à saúde em que se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular tais como: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas; os hospitais com os distintos pontos de atenção à saúde (ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia), entre outros (BRASIL, 2011).

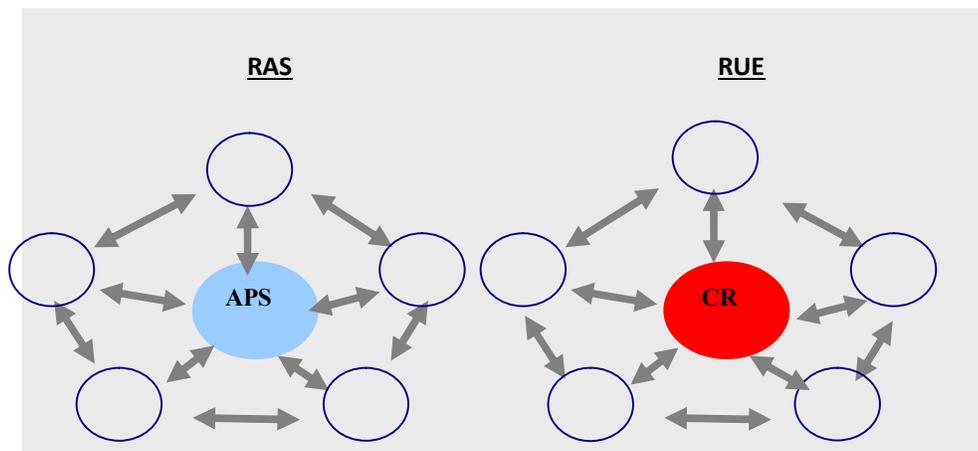
Todos estes componentes constituem um universo particular, com características peculiares. Entretanto, a despeito das diferenças, todos os elementos devem estar assentados na ABS resolutiva, que tem papel fundamental na organização e funcionamento geral das RAS e em particular da rede de urgência e emergência (JORGE et al., 2014).

A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar, no âmbito do SUS, todos os equipamentos de saúde, integrar os serviços de atenção básica e Saúde da Família, unidades não hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral (BRASIL, 2010).

Nesse aspecto, os diferentes níveis de atenção da rede devem relacionar-se de forma complementar, por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência, sendo essencial que cada serviço se reconheça como parte integrante deste sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe compete, responsabilizando-se pelo encaminhamento correto do paciente quando a unidade não tiver recursos necessários a tal atendimento, obedecendo-se a um funcionamento nos propósitos da Rede de Atenção (BRASIL, 2010).

As portas de entrada prioritárias estabelecidas pela Portaria Ministerial 2395 de 2011 devem auxiliar o coordenador e ordenador da RUE, o SAMU, a definir melhor a referência para cada caso atendido por meio da regulação assistencial (BRASIL, 2011b).

Figura 1: Organização das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Elaborada pela autora

As Centrais de Regulação de Urgências e Emergências 192 do SAMU são consideradas observatórios privilegiados da rede de urgência (BRASIL, 2011b), pois reúnem conteúdos para enxergar as necessidades de saúde da população, oferecendo subsídios para a leitura da realidade local, consequente enfrentamento de problemas e qualificação do sistema de saúde local/regional.

As propostas de intervenção priorizadas para a implementação da RUE têm-se como objetivo ampliar o acesso e qualificar a atenção. Dentre as prioridades, destacam-se o investimento e o custeio das portas de entrada hospitalares, haja vista os grandes problemas instalados, com a superlotação, deficiência de leitos e outros; o aumento de custeio e melhor articulação dos SAMUs e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) à rede; a implementação de estratégias para a qualificação da atenção por meio de incentivos e aumento de leitos hospitalares; a criação de unidades de Internação em Cuidados Prolongados; a Organização da Atenção Domiciliar; a qualificação da atenção e a organização de três linhas de cuidado prioritárias, como Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (JORGE et al., 2014).

O componente hospitalar tem papel importante na estruturação da RUE, uma vez que é estratificado, segundo a tipologia para a organização de hospitais maiores e com maior tecnologia assistencial como portas prioritárias da urgência como referências para os pacientes graves. No entanto, esse critério não isenta que os hospitais de menor porte que já realizam atendimentos de urgência, continuem operando, haja vista que os atendimentos aos usuários com quadros agudos e crônicos agudizados deverão ser prestados por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolutividade da demanda, conforme o seu grau de complexidade (BRASIL, 2011).

2.4 Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macro Norte

No Estado de Minas Gerais, a ideia de criar a RUE surgiu em 2006, em conformidade com a proposta de estruturação da rede assistencial do Estado, integrante do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PDMI), que elaborou o planejamento estratégico e definiu prioridades para sua implantação (MARQUES et al., 2009).

O espaço sanitário mineiro é definido por um Plano Diretor de Regionalização (PRD-SUS/MG), como instrumento de planejamento e gestão que visa contribuir para uma organização mais eficiente e eficaz das políticas de implantação das redes em seus componentes da assistência. Nesse sentido, deve observar os princípios das economias de escala, escopo e acessibilidade, fundamentais para a universalização do acesso (BRASIL, 2012b).

O PDR organizou as Macrorregiões e Microrregiões de Saúde no estado para efeitos de Regulação Assistencial. Em 2012, surgiram novas denominações para essas conformações

da regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Deliberação CIB - SUS/MG Nº 1.219 instituiu 13 (treze) Regiões Ampliadas de Saúde em correspondência às macrorregiões de saúde e 77 regiões de saúde para o Estado de MG (SES MG, 2012).

A Região Ampliada de Saúde Norte de Minas², local de implantação da primeira rede de urgência e emergência, antes denominada Macrorregião de Saúde Norte de Minas, encontra-se atualmente dividida em nove Regiões de Saúde.

As ³Regiões de Saúde da RAUE MN foram instituídas em correspondência às microrregiões e têm como municípios polos Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/Monte Azul, Francisco Sá, Pirapora, Salinas/Taiobeiras, Januária, Coração de Jesus, Manga, Montes Claros/ Bocaiuva (SES MG, 2012).

As Regiões de Saúde constituem o nível regional e contemplam o nível de atenção terciário, considerando os conceitos de economia de escala e escopo, em função da densidade tecnológica e deverão ser o território de abrangência das Redes de Atenção à Saúde (SES MG, 2012).

Esse decreto destaca a importância das identidades compartilhadas nos aspectos socioeconômicos e culturais, redes de comunicação, infraestrutura de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde (SES MG, 2012).

Ainda de acordo com o PDR, houve classificação da área de abrangência e o ⁴polo macrorregional e ⁵polos microrregionais. Como polo macro foi designado o município de Montes Claros e 09 microrregiões como polos microrregionais, conforme mostra a figura 2.

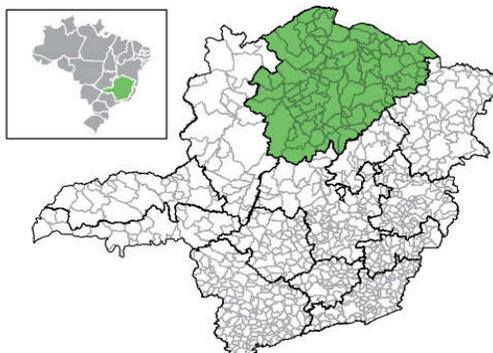
² Segundo a deliberação CIB-SUS Nº 1.219, de 21 de agosto 2012 da SES/MG Art 2 as Regiões Ampliadas constituem o nível regional correspondente ao nível de atenção terciário, considerando os conceitos de economia de escala e escopo, em função da densidade tecnológica e deverão ser o território de abrangência das Redes de Atenção à Saúde.

³ Segundo a deliberação CIB-SUS Nº 1.219, de 21 de agosto 2012 da SES/MG Art 1 Entende-se por Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

⁴Município polo é caracterizado como aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados.

⁵ Município polo microrregional detém maior densidade populacional na microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de média densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 150.000 habitantes e que exerce força de atração sobre outros municípios com capacidade para atender o rol de procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção secundária.

Figura 2- Localização da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.



Fonte: Redes de Atenção à Urgência e Emergência (MARQUES, 2011).

Para a criação das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), o Governo de Minas adotou as seguintes prioridades na escolha das macrorregiões: piores índices do indicador Anos Perdidos por Morte Prematura (YLL - *Years of life lost*), maior índice de mortalidade por causas externas, maior índice de mortalidade por doenças cardiovasculares e maior índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares (MINAS GERAIS, 2010b).

A situação epidemiológica evidenciada na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas contribuiu para a construção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macro Norte – RAUE MN, com vistas a melhorar o atendimento às urgências garantindo atendimento mais adequado à população. A análise locorregional da situação de saúde evidenciou elevado índice de mortes por causas mal definidas, a agudização de doenças crônicas, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à alta densidade territorial, fragmentação das ações em saúde e desigualdade na alocação de recursos (MARQUES et al., 2009).

Para a organização da RAUE MN, criou-se o ⁶Comitê Gestor formado pela Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional (CIB-M) em parceria com o Complexo Regulador (CR), este último constituído pela Central de Regulação Assistencial (CRA/ Central de Leitos)

⁶ O Comitê Gestor representa o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos planos de Atenção às urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis (BRASIL, 2011, p.9).

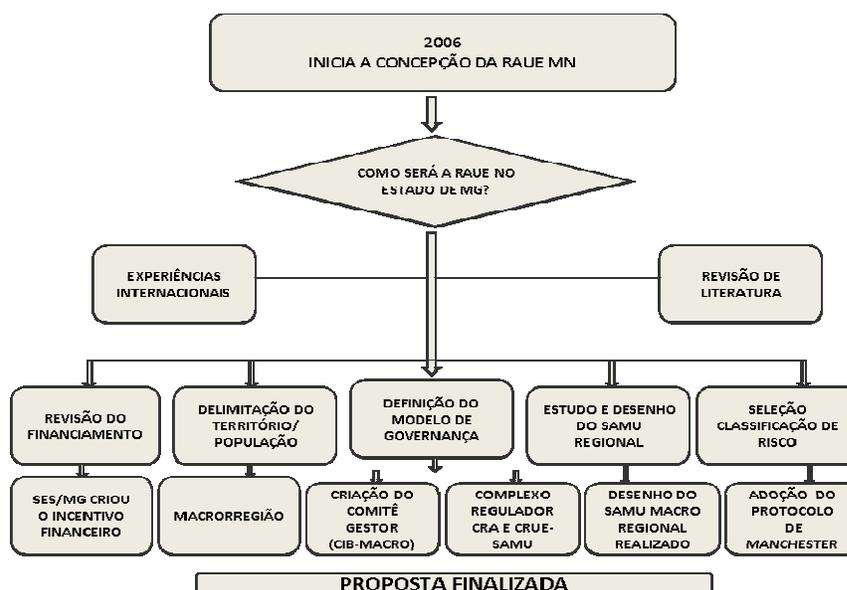
e a Central de Regulação de Urgências e Emergências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (CRUE- SAMU). Todas as decisões são tomadas pela CR (TORRES et al., 2014).

Como resposta à demanda de urgência, tornou-se fundamental estabelecer um eixo norteador como processo central de organização da rede para tornar a comunicação fluida em todos os pontos de atenção. Adotou-se, portanto uma linguagem única por meio do Protocolo de Manchester, utilizado como ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação das redes de condições agudas para classificar os usuários por prioridades de risco, determinar o tempo/ resposta e o fluxo no sistema de atenção (MINAS GERAIS, 2011b).

A CRA detém função de regular o leito da urgência, bem como do procedimento eletivo. Essa central estabelece uma interlocução com o gestor estadual, gestores municipais, usuários, diretorias hospitalares e com promotores públicos. Na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas, essa central mantém-se interligada com nove regiões de saúde pelo sistema SUS-Fácil, funcionando 24 horas (TORRES et al., 2015).

O CRUE-SAMU é responsável pelo primeiro atendimento ao usuário e pela sua transferência para os serviços da rede. O SAMU regionalizado tem financiamento tripartite (esfera federal, estadual e municipal), e sua operacionalização acontece por meio do Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência Norte de Minas - CISRUN firmado entre 86 municípios da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas.

Figura 3: Processo de elaboração do desenho da Rede de Atenção à Urgência e Emergência.



Fonte: Elaborado pela autora (2016).

A RAUE MN foi inaugurada em dezembro de 2008 com a operacionalização do SAMU consistindo em uma ação pioneira no estado (MARQUES et al., 2009; MINAS GERAIS, 2011). A rede atende às premissas da economia de escala, tendo base territorial e população definidas, com objetivo central de encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, pronto para assistência mais eficaz e em menor tempo possível (MARQUES, 2011; BRASIL, 2009).

Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, atualmente há 208 estabelecimentos de saúde credenciados no SUS, destes 40 são instituições hospitalares (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE-CNAE, 2014). Em relação ao arcabouço assistencial da RAUE MN, foram definidos pontos de atenção assistenciais que contemplam a APS, o SAMU e hospitais.

Os pontos de atenção hospitalares totalizam 18 e são classificados em quatro categorias de acordo com sua tipologia, sendo estes: Hospitais de Pequeno Porte; Hospitais Microrregionais; Hospitais Microrregionais – Trauma III e Hospitais Macrorregionais. Nesses estabelecimentos, é utilizado como guia de classificação de risco o “Protocolo de Triagem de Manchester”, cujo financiamento é realizado pelo governo do estado (MARQUES et al., 2010).

- Hospitais de Pequeno Porte

Fundação Municipal de Assistência à Saúde - São João da Ponte

Fundação Hospitalar Manoel Simões Caxito- São Romão

Fundação Hospitalar Amparo ao Homem do Campo – Manga

Fundação Hospitalar de Saúde – Hospital Nossa Senhora Aparecida -Varzelândia

Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças - Monte Azul

Fundação Coronel João de Almeida - Rio Pardo de Minas

Fundação de Saúde São João do Paraíso - São João do Paraíso.

- Hospitais Microrregionais

Hospital Municipal de Bocaiuva

Hospital Municipal de Januária

Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana – Salinas

- Hospitais Microrregionais - Trauma III

Hospital Municipal Senhora de Santana – Brasília de Minas
Fundajan- Fundação de Assistência Social – Janaúba
Hospital Santo Antônio – Taiobeiras
Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire – Pirapora

- Hospitais Macrorregionais - Montes Claros

Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa (Trauma I e Cardio I)
Hospital Universitário Clemente de Faria (Trauma II)
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho (Cardio II)
Hospital Dílson Godinho (Cardio II)

Para Magalhães e Lima (2012), a rede de saúde da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas é bastante heterogênea pela sua extensão e por diferentes características que apresenta. A heterogeneidade decorre de maior concentração dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados, leitos para internação e profissionais de saúde no município de Montes Claros, o qual apresenta maior população, nível de urbanização e recursos industriais e comerciais da Região.

As outras regiões de saúde da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas concentram estabelecimentos de saúde de pequeno porte, com baixa densidade tecnológica, baixa capacitação institucional, por conseguinte, precária capacidade resolutiva (CNES, 2014).

Contudo, a heterogeneidade evidenciada na distribuição dos serviços de saúde em relação à situação socioeconômica dos municípios norte mineiro tem levado à concentração da atenção hospitalar em Montes Claros. Tal situação pode ser constatada na área hospitalar do município, onde se encontram diariamente inúmeros carros da saúde com pacientes de outras cidades, que vêm em busca de serviços especializados, diagnósticos, terapêuticos e hospitalares.

Pesquisa realizada por Torres e colaboradores (2015) sobre a RAUE MN corrobora com a realidade mencionada e demonstrou dificuldades após a regionalização do sistema de urgência. A estrutura assistencial da rede evidencia desequilíbrio entre os serviços ofertados nas regiões de saúde com predomínio de unidades hospitalares de pequeno e médio porte e prevalência de hospitais filantrópicos ou privados com insuficiente oferta de leitos no sistema

público e a frágil organização da APS. Além disso, destacou-se a insuficiente aquisição de recursos com baixo financiamento por parte do governo federal para a rede, o qual incide no baixo valor pago aos procedimentos realizados, insuficiência de recursos destinados à gestão de pessoas com inadequada qualificação para atuar na urgência, falta de profissionais e especialistas e baixa remuneração.

Em outra pesquisa, Cecílio e colaboradores (2012) demonstraram as percepções de usuários sobre o atendimento da ABS em situações de urgência. Os usuários percebem a incapacidade e a falta de compromisso da ABS com os casos de urgência, evidenciando que nessas condições, o usuário nem sempre busca a unidade básica de saúde, preferindo recorrer aos serviços de urgência como primeira opção. Essa condição denota a fragilidade da ABS para operar em rede.

Nesse contexto, é necessário que os pontos de atenção estejam integrados e os sistemas logísticos, de apoio e de governança encontrem-se estruturados para assegurar o funcionamento da rede de atenção, pois não basta um único ponto de atenção na rede ser eficiente e eficaz, se outros não estiverem funcionando adequadamente e em rede.

A organização da ABS na rede de atenção à saúde foi apontada no estudo realizado por Soares et al. (2014), que demonstrou como os profissionais deste contexto assistencial veem as situações de urgência. Para a maioria dos entrevistados, a urgência é considerada demanda espontânea e, nesse caso, se o usuário demandar atendimento, deve ser realizado de forma imediata, estabilizar o seu quadro e, se necessário, transferir para outro ponto da rede de atenção. Para isso, é importante que o profissional inserido nesse contexto seja capacitado e conheça os fluxos na rede de atenção de forma a assegurar ao usuário a continuidade da assistência.

Em relação ao financiamento, Jorge et al. (2014) ressaltam que o repasse de recursos para as redes de atenção, por si só, não garante sua efetivação. É imprescindível a atuação articulada e pactuada com maior integração e engajamento entre gestores e serviços, bem como adequado planejamento, monitoramento e acompanhamento contínuos por parte dos atores envolvidos nas diversas instâncias do SUS, para a garantia da implementação efetiva de redes e aperfeiçoamento dos processos assistenciais e gerenciais.

Para Ortiga (2014), a forma de gestão e financiamento da rede deve ter propósito não apenas de buscar novos recursos financeiros, mas cumprir com metas restabelecidas e

reguladas através de contratualização necessária para o bom funcionamento do sistema de atenção à saúde.

Jorge et al., (2014, p. 127-128) salientam que “o grande desafio da Rede de Urgência e Emergência é orquestrar todos os componentes da rede, de modo a contemplar uma atuação integrada e sinérgica, o que se constitui como única alternativa para uma atenção ágil e oportuna para atender às diversificadas situações de urgência e emergências, com melhora da efetividade”.

Apesar das dificuldades elencadas, estudo de Torres et al. (2015) demonstrou que o sistema de saúde da região após a implantação da RAUE MN apresenta resultados com melhorias no acesso, decorrente do investimento na infraestrutura de rodovias e estradas e ampliação da cobertura de telefonia. Esses fatores contribuem para a operacionalidade dos serviços na rede, e especificamente do SAMU, como serviço que se propõe a atender de forma precoce a vítima e conduzi-la adequadamente ao serviço de referência. Além disso, o estudo apontou a consolidação do SAMU regional com seu sistema logístico de transporte e equipe qualificada considerada primordial para a consolidação da RAUE MN.

Os avanços apresentados nas análises convergem com as facilidades adquiridas no que tange às melhorias do acesso; à implantação do Comitê Gestor, à capacidade de resolução dos serviços e à descentralização dos serviços de média e alta complexidade (TORRES et al., 2015).

Ainda a esse respeito, após a implantação da RAUE MN, foi publicada a resolução nº 2.607, da SES-MG de 07 de setembro de 2010, que aprova as normas gerais para a implantação das Redes Regionais de Atenção à Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010). Essa publicação é um arcabouço legal que visa orientar a construção das RAUE no Estado de MG, permitindo a experimentação nos diferentes contextos locorregionais com vistas ao alcance da integração dos serviços, resolutividade e integralidade da atenção.

Contudo, discutir tais questões é fundamental para fomentar reflexões acerca dos aspectos mencionados que podem contribuir para o enfrentamento de lacunas com melhorias para a rede de atenção à saúde.

É importante destacar a reestruturação da RAUE MN a partir de 2017 com previsão de implantação da Rede de Atendimento de Pessoas Vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (MINAS GERAIS, 2016).

2.5 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Rede de Urgência e Emergência

O componente pré-hospitalar móvel, SAMU foi instituído pela Portaria nº 1.864/2003, como primeira estratégia de implementação da PNAU no território brasileiro (BRASIL, 2003).

No Brasil, o SAMU é um modelo híbrido com experiências do SAMU francês e americano, porém, com adaptações para cada realidade no país. (RAMOS; SANNA, 2005). Do modelo francês, adotou-se a composição das unidades de suporte avançado com a figura do médico intervencionista e, do americano, orientou-se pelos protocolos de atendimento e a formação dos profissionais (LOPES; FERNANDES, 1999).

A organização dos serviços de urgência ampliou-se no cenário brasileiro a partir da publicação da PNAU. A implantação do SAMU no Brasil provocou uma transformação no atendimento pré-hospitalar e ampliou os campos de trabalho para os profissionais de saúde, sejam enfermeiros e médicos, que atuam nas unidades de suporte avançado e técnicos de enfermagem que atuam nas unidades de suporte básico (ROCHA et al., 2013). Essa realidade trouxe importante avanço em direção à organização da atenção às urgências possibilitando a expansão do SAMU para diversos municípios do território brasileiro, consequente a ampliação de acesso ao componente pré-hospitalar móvel (SEMENSATO et al., 2011).

Essa expansão decorre principalmente da descentralização desses serviços, e atualmente estão sendo ampliados pela descentralização regionalizada da assistência e a pactuação entre gestores para a construção de serviços de saúde locais cada vez mais eficazes (SOARES et al., 2013).

Em 2013, o Brasil possuía 176 Centrais de Regulação que regulam em torno de 3.000 municípios, com cobertura populacional de 70%, totalizando 134.078.675 milhões habitantes. Nesse período, o Brasil possuía 2.834 unidades móveis habilitadas pelo MS, destas 2.141 são Unidades de Suporte Básico (USB); 517 de Unidades de Suporte Avançado (USA); 167 motos; 07 embarcações e 02 equipes aeromédicas (helicópteros). Possui ainda 1.464 municípios em situação de expansão e ou implantação (BRASIL, 2013). Já em 2014, o SAMU expandiu sua cobertura para 145,6 milhões de habitantes, com 181 Centrais de Regulação das Urgências; 3.065 ambulâncias; 2.287 USB; 554 USA; 209 motolâncias; 09 equipes de embarcação e 06 equipes aeromédicas (BRASIL, 2014).

A proposta da regionalização do SAMU decorre da necessidade de expansão da oferta de serviços para fomentar a democratização do acesso para a população, aspecto que

assegura o princípio constitucional da universalidade. A regulação do sistema propõe agilizar, direcionar o atendimento das urgências e transformar a verticalização do modelo assistencial baseado na pirâmide, ou seja, o modelo médico hegemônico tirando o pronto-socorro da porta de entrada preferencial e reposicionando as relações em uma perspectiva horizontalizada, na rede em círculo (SOARES et al., 2013; CECÍLIO, 1997).

De acordo com Machado et al. (2011), a regionalização do SAMU pode favorecer a organização de redes de atenção, uma vez que exige a conformação de centrais de regulação, que, por sua vez, podem impulsionar estratégias de regulação assistencial em outras áreas.

De acordo com a Portaria Ministerial nº 1.010 de 2012, o SAMU 192 é o componente móvel da rede de atenção às urgências, composto por Centrais de Regulação 192 que atuam de forma única, regionalizada e descentralizada, Núcleos de Educação em Urgência e bases descentralizadas (BRASIL, 2012).

As Centrais de Regulação de Urgências representam a porta de comunicação aberta ao público através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados por meio da classificação de risco. É formada por médicos reguladores capacitados para a regulação das urgências; técnicos auxiliares de regulação médica (TARM's) e rádios operadores (RO). O quantitativo mínimo de profissionais é estipulado segundo o tamanho da população local/regional (BRASIL, 2012).

De acordo com Santos et al. (2003), as Centrais de Regulação do SAMU abrem perspectivas para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências. Sob essa ótica, o SUS adquire um observatório de saúde com capacidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como (re) planejar a assistência às urgências e à saúde (BRASIL, 2010).

As bases descentralizadas seguem a padronização do Ministério da Saúde e devem possuir infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização de recursos do SAMU 192, oferecer abrigo, alimentação e conforto às equipes, adequado espaço físico para disposição de equipamentos e insumos e área para estacionamento das ambulâncias (BRASIL, 2012).

No modelo brasileiro, o SAMU é constituído por dois tipos principais de ambulâncias, as de suporte básico, que contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos reguladores das centrais de regulação, e as de suporte

avançado, que incluem além do motorista, o médico e enfermeiro com suportes para cuidados intensivos nas situações de risco iminente de vida. Outros meios alternativos de transporte foram propostos, como as “ambulanchas” para atendimento de populações ribeirinhas, as “motolâncias” para atender áreas remotas ou de tráfego intenso e o transporte aéreo, para situações específicas (MACHADO et al., 2011; BRASIL, 2008c).

Reconhecendo a importância dos incentivos financeiros para a manutenção, habilitação e qualificação do SAMU 192, a Portaria nº 2.970/2008 instituiu diretrizes técnicas e de financiamento para investimento e custeio desse componente nos níveis regionais (BRASIL, 2008b). Para isso, as negociações intergovernamentais são importantes, dado que a regulamentação nacional prevê que o financiamento do SAMU seja compartilhado entre os entes federal (50%), estadual (25%) e municipal (25%), conforme estabelecido na CIB. Para os SAMUs regionalizados, a articulação intergovernamental é ainda mais relevante (O'DWYER, 2016).

Como um espaço organizacional do sistema de saúde, o SAMU é influenciado por determinantes econômicos, políticos, culturais, simbólicos, tecnológicos e embates de interesses (ALVES; SILVA; NEIVA, 2009). Nesse cenário, as demandas urgentes competem com outras menos urgentes, em um contexto marcado pela precarização de recursos e esgotamento dos serviços de urgência e emergência.

Os profissionais das Centrais de Regulação adotam, em geral, as definições de urgência e emergência que constam da Resolução Nº1451 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).

Nessa perspectiva, podemos compreender 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 deles (ROCHA, 2015).

A organização do SAMU é ancorada por um arcabouço de diretrizes políticas, que define o trabalho prescrito. Na estruturação do serviço, percebe-se a importância do aparato gerencial, assistencial e tecnológico na composição do trabalho propriamente dito, realizado

por equipe multidisciplinar. Daí, a importância da participação interativa e com integração de saberes dos diversos atores para alcançar a finalidade do trabalho, pois a produção do trabalho depende do trabalho coletivo.

Considera-se que o SAMU é um projeto arrojado e que exige múltiplas competências dos gestores e dos trabalhadores da saúde, pois o atendimento às urgências não termina pontualmente naquele procedimento com ações independentes e restritas, mas deve ser voltado para a determinação da continuidade da assistência na rede de atenção e ancorado na criação de vínculo para que seja efetivo (ARAÚJO, 2010; SILVA, 2011).

De acordo com o arcabouço legal e teórico, o SAMU deve responder às demandas de urgências onde o usuário precisar, com sua logística e profissionais qualificados para atender à complexidade de sua condição. Para o Conselho Federal de Medicina (2014), o serviço pré-hospitalar móvel de urgência deve prestar atendimentos primários em domicílios, ambiente público ou via pública, por ordem de complexidade, além de realizar transferências de pacientes de alta complexidade na rede, não sendo atribuição, portanto, o transporte de pacientes de baixa e média complexidade.

Nesse contexto, o SAMU apresenta uma diversidade de ambientes, favoráveis ou não, onde a assistência deve ser prestada, que exigem adaptabilidade por parte dos profissionais para o desenvolvimento das atividades cotidianas (VELOSO, 2011). Compreende-se que esse serviço é um espaço estratégico para o desenvolvimento de uma rede com relações próprias, singular, permeada de subjetividades e com desdobramentos diversos que se desenvolvem dentro da sua própria estrutura (ARAÚJO, 2010; VELOSO et al., 2012).

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nos serviços de saúde, o processo de trabalho revela a presença de diferentes elementos materiais e não materiais empregados na produção dos atos de saúde. Esses elementos são classificados como tecnologias de saúde utilizadas para atender cada situação (MOREIRA et al., 2015). De acordo com Merhy (2002), essas tecnologias são conhecimentos e modos de agir aplicados à produção do cuidado, que podem ser descritas como tecnologias duras, leve-duras e leves.

No que se refere à tecnologia dura, contempla os conhecimentos materializados nas máquinas e equipamentos tecnológicos; a segunda contempla o conhecimento adquirido pelos profissionais por meio de sua formação e experiência de trabalho; e as tecnologias leves designam as relações presentes na produção dos atos de saúde (MERHY, 2002). Contudo, no processo de trabalho em saúde, o uso dessas tecnologias deve ser de forma articulada durante toda a interação do profissional com o paciente/usuário para prestar os cuidados (MOREIRA et al., 2015).

Considerando as diversas tecnologias disponíveis, há que se destacar que as tecnologias leves, presentes no ambiente de trabalho, dizem respeito às relações entre sujeitos, profissionais, pacientes e familiares, propiciando maior interação e favorecendo o vínculo. Compreendê-las significa valorizar a essência do cuidado na prática diária das atividades.

Dessa forma, o encontro com o usuário se dá de forma singular e é atravessado por saberes múltiplos, tanto de profissionais, dos usuários e do contexto que permeia esses atores, ou seja, o próprio cotidiano com figuras representativas, valores e crenças que permeiam a trama social.

O cotidiano do SAMU é caracterizado por um grau de imprevisibilidade e tempestividade decorrente do aumento constante da demanda de diferentes complexidades. Os trabalhadores lidam com pacientes graves, situações catastróficas, convivem com a morte, a dor de familiares, sofrimento, medo, incertezas, vulnerabilidades na atuação e a pressão vivenciada pela necessidade de intervenção requerem inúmeras formas de cuidar, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem (FARIA; ARAÚJO, 2010).

A cerca dessa realidade, estudo realizado por Faria e Araújo (2010) demonstrou que a invenção e a experimentação de práticas no SAMU são necessárias, indo além do trabalho prescrito, uma vez que a singularidade dos protagonistas deve ser levada em consideração nas ações e modos de fazer no cotidiano dos serviços. Para Merhy (2002, p.121),

O trabalho em saúde pressupõe, assim, lidar com o imprevisto, com o inusitado, requisitando inventividade e improviso por parte dos profissionais, num processo que “[...] não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto [...] processo de intervenção em ato, operando como tecnologias de relação, de encontro de subjetividades”.

Merhy (2004) salienta que o trabalho em saúde tem base relacional, situado nas relações entre os sujeitos, e as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando de forma criativa e inventiva dos serviços de saúde (MERHY, 2004). Assim, é no momento de encontro entre o usuário e o consumidor que faz as possíveis mudanças, por meio de atos criativos que dão cenários ao cuidado, que o trabalhador utiliza seu potencial inventivo para dar materialidade ao objetivo de seu trabalho (MERHY, 2002).

O trabalho “vivo em ato”, segundo Merhy,

É um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de fala, escutas e interpretações, no qual a produção do acolhimento ou não, de responsabilização em torno de um problema que será ou foi enfrentado, ou mesmo em momentos possíveis de produzir relações de vínculo e aceitações (MERHY, 1999, p.308).

Para a realização de um trabalho, sempre existe uma prescrição com objetivos definidos e resultados esperados, bem como a maneira de obtê-los. Essa prescrição é feita pela sociedade, pelos órgãos administradores e pela instituição, mas também deve ser levada em consideração a especificidade do trabalho, já que no exercício profissional as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos. Nesse sentido, a prescrição compreende a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito (SCHERER, et al., 2009).

De acordo com Cecílio e Mendes (2004), o trabalho no contexto dos serviços de saúde nem sempre funciona como prescrito e previsto em protocolos, normas e diretrizes estabelecidas, visto que há reinvenções e reinterpretções por parte dos profissionais que vivenciam esse cotidiano e são, portanto, capazes de exercer sua autonomia e reconstruir

dinâmicas e práticas distintas de produção do cuidado com diferentes perspectivas de olhar para o processo de trabalho.

No SAMU, não é diferente. O serviço é estruturado para prestar atendimento de urgência e emergência e suas ações são determinadas por um conjunto de protocolos, instruções, normalizações técnicas, regras (oralmente ou por escrito) previamente estabelecidas para todo e qualquer atendimento à população, que funciona como espécie de “manual” a ser seguido como forma de orientar o profissional na execução de cada atividade (DEJOURS, 1997).

Apesar disso, é essencial destacar que o SAMU MN foi incorporado a uma rede de urgência com uma forma particular de operar em face de demarcação de territórios, demandas, problemas e desafios no cotidiano que implicam na criação, (re) produção e maneiras de fazer consideradas peculiares para atender o contexto regional com vistas a alcançar resultados eficazes e profícuos.

Esse contexto reforça a articulação do trabalho prescrito ao real, que ocorre no cotidiano de trabalho e é constituído por decisões próprias dos atores que ali atuam para enfrentar as situações encontradas no seu dia a dia, e assim poder alcançar as tarefas que lhe foram atribuídas com o sentido de produzir o cuidado (DEJOURS, 2008).

A ruptura dessa lógica, normalmente é entendida como uma disfunção, um desvio do normal, entretanto, deve ser percebida como processos instituintes que abrem possibilidades para modos distintos de caminhar (MERHY, et al., 2003). Essa criatividade permanente do trabalhador pode reinventar processos de trabalho, com novas possibilidades para atuar no cotidiano (MERHY, 2002).

CAPÍTULO IV

REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO

4 REFERENCIAL EPISTEMOLÓGICO

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”. (Marcel Proust)

A dimensão epistemológica de um estudo é de extrema importância, na medida em que as teorias servem para esclarecer, guiar o objeto/problema de pesquisa de investigação do pesquisador e interpretar a realidade.

Procurando compreender o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde e de gestores do SAMU, a Sociologia Compreensiva do Cotidiano foi o referencial teórico metodológico eleito, representando uma das diferentes formas de compreender o objeto de pesquisa, por meio das expressões dos autores, vivências, experiências e relações como elementos que interagem e se complementam no espaço social dando cenários aos modos de fazer e as pequenas formas do cuidar em determinado tempo e espaço.

A sociologia tem como base explicar e reconhecer o mundo social e suas relações, ou seja, estudar os fenômenos sociais, analisando os indivíduos em suas interações e contribuindo com a explicação da realidade social. Para Chizzotti (2003), os dados não são coisas isoladas, eles se dão a partir das relações, relações essas que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de oposições, de revelações e de ocultamentos.

Nessa perspectiva, a sociologia compreensiva fundada por Max Weber no final do século XIX busca a interpretação do sentido da ação social sintetizada no método de interpretação, no qual estão unidas a compreensão e a explicação dos fenômenos sociais (MINAYO, 2010). O posicionamento de Weber não era de negar a existência ou a importância dos fenômenos sociais, como o Estado, a empresa capitalista, a sociedade anônima, mas compreender as intenções e motivações dos indivíduos que vivenciam certas situações sociais (QUARESMA, 2005).

A sociologia compreensiva weberiana tem como fundamento o indivíduo por considerar que o coletivo não constitui, por si só, um valor que dá significado ao

comportamento. Dito isso, os conceitos coletivos nessa sociologia só podem ser compreendidos por meio das relações estabelecidas pelas condutas dos indivíduos (GONÇALVES, 2004).

A sociologia, uma ciência empírica, utilizada como base de investigação, implica compreender interpretativamente a ação social e assim explicá-la, ou seja, importa compreender a ação social na efetividade das relações sociais, como ela é e não como deveria ser apreendido pelo observador de forma interpretativa.

O arcabouço metodológico-conceitual de Max Weber (1864-1920) possui grande relevância científica na área das Ciências Sociais. Para Gonçalves (2004), Marx Weber relatado por Conhn em 1979 afirma que suas análises fundamentaram conceitos de racionalidade, tipo ideal, capitalismo, burocracia e a dominação referente à sociologia compreensiva.

Para Gonçalves (2004, p.5) a sociologia compreensiva weberiana parte do princípio de que o conhecimento é parcial, social, culturalmente e valorativamente definido. A cultura e a sociedade interferem na percepção e, assim, a ciência não é um tratado taxionômico acabado. Nessa concepção, o conhecimento é parcelar, resultado dos recortes ajuizados pelos valores do indivíduo. Assim, “[...] todo indivíduo histórico está arraigado, de modo logicamente necessário, em ‘idéias de valor’”.

Ainda de acordo com Gonçalves (2004), Max Weber faz uma distinção entre Ciências da Natureza e Ciências da Cultura caracterizando a essência da sociologia compreensiva. As primeiras utilizam de leis específicas para explicar os fatos, e as segundas buscam a probabilidade para compreender o sentido da ação, sem admitir leis enunciativas, já que não há relações de causa e efeito. Assim, “compreender na perspectiva de Weber, não é dar um veredito, mas refletir sobre possibilidades plurais” (GONÇALVES, 2004, p.12).

Segundo Souza e Moreira (2016), Weber não reduz a realidade objetiva a enunciados de validade universal e define que compreensão significa interpretar o sentido.

Para Souza e Moreira (2016), a Sociologia de Weber, sendo uma ciência empírica, tem em sua unidade básica de análise o indivíduo, pois apenas ele age tendo em vista um sentido, e este é atribuído pelo agente/sujeito observado, o que torna o objeto compreensível (SOUZA; MOREIRA, 2016, p.3).

Para os autores, Weber referiu que o Estado, a Família, a Escola fazem referência apenas “[...] a determinado curso da ação social de indivíduos, efetivo ou construído

como possível”. Isto significa que pensar os agregados coletivos a partir da chave weberiana somente é possível se for admitido que são pessoas concretas a agir, em relação umas com as outras, e que nesses coletivos formados tanto pelo pensamento cotidiano quanto pelo pensamento jurídico, as ações individuais tanto orientam o coletivo, quanto o coletivo orienta as ações. Diante disso, o reconhecimento da relação entre indivíduos, e entre indivíduos e coletividades possuem importância causal (SOUZA E MOREIRA, 2016, p. 4, grifo nosso).

De acordo com Oliveira (2008), o conceito de tipo ideal é destacado por Weber como objeto estabelecido, selecionado e apresentado em sua forma pura para compreender aspectos do fenômeno social com maior ou menor aproximação com o tipo ideal. Destarte, o tipo ideal, não se trata de permanecer imune às modificações sociais, como relatado pelo autor:

(...) a história das ciências da vida social é e continuará a ser uma alternância constante entre a tentativa de ordenar teoricamente os fatos mediante uma construção de conceitos, a decomposição dos quadros mentais assim obtidos, devido a uma ampliação e deslocamento do horizonte científico, e a construção de novos conceitos sobre a base assim modificada. Nisto de modo algum se expressa o caráter errôneo da intenção de criar *em geral* sistemas conceituais, pois qualquer ciência – mesmo a simples histórica descritiva – trabalha o repertório conceitual de sua época (WEBER, 2004, p. 121 *apud* OLIVEIRA, 2008, p.6).

A sociologia compreensiva privilegia outras dimensões da realidade, até então não privilegiadas para o conhecimento científico, como a concepção da sociedade como atividade comunicacional, um conhecimento produzido com atenção à intersubjetividade. De acordo com essa perspectiva, deixam de ser consideradas apenas as relações de causalidade entre fenômenos, campo particular do determinismo e da explicação, para serem desvendadas as motivações e as ações dotadas de significação, valorizando-se as intencionalidades e a cultura enquanto interpretação do mundo (FERNANDES, 1992).

Desse modo, a sociologia compreensiva é reconhecida como antipositivista. Uma vertente do pensamento científico que se desenvolveu resultante das constantes mudanças na sociedade e em face da necessidade de compreender a realidade; ou seja, compreender os fenômenos com base em uma postura humanista, subjetivista, finalista e compreensiva (CHANLAT, 2000b).

Nesse sentido, a sociologia compreensiva considera o papel do indivíduo e sua ação na construção da realidade. Weber desenvolveu o conceito de ação social significativa, que se transforma de acordo com o ambiente em que a ação é desenvolvida, tendo como ponto de partida o indivíduo. O teórico define a sociologia como a ciência da ação social, estruturando os níveis da ação em três tipos: a ação frente a uma situação concreta; a ação prescrita com

base em regras determinadas; e a ação decorrente da compreensão informal das regras (WEBER, 1979; GONÇALVES, 2012; SOUZA; MOREIRA, 2016).

Sobretudo, a sociologia compreensiva privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, que se preocupam com a compreensão interpretativa da ação social, isto é, do comportamento humano; que entende ser necessário tratar os significados subjetivos do ato social. Assim, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante de sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, sem se preocupar com os processos de quantificação, mas sim de explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade criadora efetiva e racional (MINAYO, 2010).

Max Weber foi fundador e um dos grandes defensores da sociologia moderna e com Émile Durkheim e Karl Marx são importantes referências clássicas de diversas correntes de pensamento com contribuições que evidenciam diferentes formas de ver o mundo e interpretá-lo (MINAYO, 2010).

Michel Maffesoli, sociólogo francês, teórico da Sociologia Pós-Moderna e professor de Sociologia da Universidade de Paris-Sorbone Descartes, exclui o viés racionalista e se apropria de algumas ideias de Marx Weber para explicar as transformações nas sociedades contemporâneas por meio da pluralidade de ideias que marcam o início de uma nova era (NÓBREGA et al., 2012).

Maffesoli tornou-se conhecido por meio de suas obras com enfoque na questão do laço social comunitário, sobre o imaginário e nas análises da vida cotidiana nas sociedades contemporâneas, possibilitando visualizar o mundo com lentes provocativas e compreensivas (ALVES, 2012; NÓBREGA et al., 2012).

Para Michel Maffesoli, o mundo pós-moderno exige do cientista social a criação de novos conceitos dentro de uma perspectiva fenomenológica que dê conta da diversidade e especificidade da vida do homem comum na sua vivência do dia a dia (MAFESSOLI, 1996). Desse modo, o método da sociologia compreensiva permite uma abordagem indutiva, rica em nuances e feita de discernimento, que procura entender o “imprevisível, dando valor ao casual, ao banal, às inconcretudes, às apresentações incompletas da vida e às ações subjetivas dos sujeitos nos seus ambientes de relações” (PEREIRA, 2005, p. 317).

Ancora-se a um novo jeito de fazer ciência que proceda por verdades aproximativas numa perspectiva ética, o que identificou como pós-moderna (MAFESSOLI, 1991). Não

existe uma única realidade, mas sim, “maneiras diferentes de conhecê-las”, pois existem vários “tipos’ de conhecimento”, e a sociologia compreensiva, em especial, busca o conhecimento “através de uma visão interna”, isto é “a sociologia do lado de dentro” (MAFFESOLI, 2010, p. 31).

À sociologia compreensiva não cabe sobrepor a lógica dos conceitos, pois o conhecimento empírico ultrapassa as concepções racionalistas, com a maneira classificatória, explicativa e totalizante que nega a exaltação do sentimento de vida que, em qualquer tempo e lugar, é a principal manifestação do ser (MAFFESOLI, 1998, p.31). Assim, se “encontra a grandeza e talvez a maior limitação da sociologia necessariamente inacabada, já que a própria vida social é inacabada e supera qualquer condicionamento estrutural” (MAFFESOLI, 2010, p.9).

O pensamento Maffesoliano sustenta críticas sobre o dever-ser ou o moralismo politicamente correto imposto pelo conformismo intelectual em explicar a realidade como verdade absoluta. A sua teoria consiste em compreender o que de fato é, e não o que deveria ser.

O “conhecimento ordinário”, chama à baila a surpresa e o abalo que instituem os fundamentos de toda obra de pensamento. Ela prepara as armas polindo-as para “sutis” partidas de caça que, aqui e agora, dizem respeito ao que se vem procurando [...], a vida em seu eterno recomeço, em sua dimensão eterna” (MAFFESOLI, 2010, p. 19).

Maffesoli ressalta que o momento atual requer um cuidado voltado para a subjetividade do ser, de valorizar as experiências, os sentimentos, a emoção, o lúdico, “cuja eficácia multiforme não se pode mais negar, na vida de nossas sociedades [...] constitui, queiramos ou não, o elemento de base da ‘construção’ social da realidade” (MAFFESOLI, 1996, p. 106).

Não se pode mais fechar os olhos para a diversidade do mundo, dos sentimentos, das relações, da flexibilidade que nos obriga a realização do cuidado. Agora o que vale é o estar junto, o dividir experiências, construir e aplicar nossos conhecimentos a partir e com o outro, valorizando suas emoções e concepções de vida (PATERSON; ZDERAD, 1976).

Outra crítica importante do autor diz respeito ao que denomina “*formismo*”, termo utilizado para designar a Sociologia das Formas de Simmel, traduzida como Sociologia Formal. Para Penna (1997, p.42), Simmel fazia uso da noção de formal, que, no alemão,

designa as questões relacionadas às formas maleáveis e diversificadas; e não formell, o que diz respeito aos aspectos formais propriamente ditos.

Na tentativa de compreender a diferença entre forma (formal) e formal (formell), pode-se dizer que a primeira é um modo variável que dá uma configuração particular a uma idéia, acontecimento ou ação. Como a expressão que o artista adota na criação ou composição de uma obra, numa relação estética entre os dois. É um ser ou objeto cuja natureza e aspecto não se podem precisar, numa relação simbólica, imaginária. Por sua vez, a segunda nos dá a idéia de convencional, do realizado segundo fórmulas ou formalidades (PENNA, 1997, p.42).

Segundo Maffesoli (2010), é a partir do “*formismo*” que se busca compreender o problema do macro e micro estrutural. Para o autor, refere-se a um dos dispositivos utilizados para mostrar o “*formismo*” da vida social é a analogia, uma vez que possibilita melhor apreensão da labilidade dos seus fenômenos comparando-os com situações e experiências que ocorreram no passado (MAFFESOLI, 1988).

De acordo com Penna (1997, p. 46), “a analogia é uma forma de dizer o social, que busca pontos de semelhança entre fenômenos que ocorreram em tempos distantes”. Para a autora, a analogia pode ser utilizada como instrumento que possibilita falar da vida cotidiana de forma complementar ao pensamento racional e científico.

A analogia proposta por Maffesoli é explorada por meio de elementos, tais como o poder, a potência, o rito, a teatralidade, a duplicidade, o trágico e outros, que mesmo irrealis, são úteis para referenciar os pequenos nada significantes das macroestruturas que constituem a vida cotidiana (MAFFESOLI, 2010). Por isso, o olhar do pesquisador está para a importância de apreciar cada coisa a partir da sua própria lógica, como ela é, e sem julgamento de como deveria ser (MAFFESOLI, 1996).

A sociologia compreensiva de Maffesoli pode ser compreendida como uma “ideologia” da atualidade, já que de uma época a outra encontra-se um conjunto de representações que serve de referência. A esse respeito o autor conclui:

Esta “literatura” carece de expressão específica, apta, justamente a dizer o seu tempo. Há um estilo do cotidiano (cf. *infra capítulo VIII, 2*) feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual se deve dar alguma conta- ainda que para tanto seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos, sem adotar procedimento estocástico e desenvolvimento (MAFFESOLI, p.41, 2010).

Ainda de acordo com o autor, essa nova ideologia pontua o fim de uma lógica individualista típica da modernidade, de um “eu” conhecedor de si mesmo, uma vez que há um movimento em direção à *persona* e à multiplicidade de papéis e máscaras, ou seja, o “jogo

duplo”, no qual a pessoa só existe em termos do papel ou máscara utilizado como saídas estratégicas para proteção contra a opressão e dominação (MAFFESOLI, 1984; 1987).

Neste contexto, a máscara é um elemento utilizado pelos sujeitos como forma de proteção para conseguir sobreviver, ou seja, é uma estratégia de enfrentamento das obrigações sufocantes do cotidiano, das relações e da vida dos grupos sociais (MAFFESOLI, 1984). A máscara é “usada pelo indivíduo para fazer parte de um conjunto da sociedade e a maneira como o sujeito aparece para determinado grupo torna-se o modo de ser identificado” (MAFFESOLI, 2006, p. 117).

Nessa perspectiva, a máscara é considerada um elemento que constitui a teatralidade caracterizada por emoções, gostos, atitudes sexuais, hábitos culturais, ou convicções religiosas, tomando seu lugar, a cada dia, no palco das diversas peças do *theatrum mundi* (MAFFESOLI, 2006, p.133).

Maffesoli define o imaginário coletivo como a cultura do sentimento, que representa a vivência da emocionalidade que permeia todos os grupos sociais. Há uma consciência coletiva que sustenta as relações sociais e se configura como um estar junto prazeroso, o hedonismo mundano (MAFFESOLI, 1995). Para o autor, o hedonismo está na pós-modernidade, e os sujeitos buscam e cultuam o prazer ao mesmo tempo, uma vez que não há um único valor, seja intelectual, moral ou religioso, mas uma pluralidade de opiniões convivendo no mesmo ambiente social a partir das dimensões relacional e comunicacional (MAFFESOLI, 1996).

Maffesoli questiona que é preciso aceitar o que é vivido na trama societal, no seu espaço natural e valorizar a situação vivida, as histórias de vida, as manifestações coletivas e apreender a labilidade.

Com efeito, a característica essencial do racionalismo é bem essa maneira classificatória, que quer que tudo entre em uma categoria explicativa e totalizante. Assim é negada a exaltação do sentimento de vida que, em qualquer tempo e lugar, é a principal manifestação do ser (MAFFESOLI, 1998, p.31)

A sociologia compreensiva apreende os aspectos da solidariedade e de proteção que caracterizam o conjunto social conduzindo à compreensão da sociedade contemporânea. Assim, considera o *tribalismo* ser uma metáfora, que define a formação de tribos como um reflexo do imaginário pós-moderno (MAFFESOLI, 1996).

Nesse sentido, segundo Maffesoli (1996), as tribos são símbolos que delineiam um estilo às pessoas que buscam o “estar junto” e permite que as pessoas por meio de laços de

identificação, permaneçam juntas por compartilhar um sentido estético, a filosofia de vida, uma linguagem, ideias de mundo, uma visão das coisas, os gostos e interesses em comum. Nessas tribos, a aparência (estética) é importante como vetor de agregação, como cimento social, ao mesmo tempo em que a teatralidade instaura e reafirma a comunidade. Logo, cada indivíduo é ao mesmo tempo ator e espectador (MAFFESOLI, 1998).

Sobre a integração dos sujeitos, como valor para a vida cotidiana, a “Ética da estética” é uma forma de compreender o laço social a partir de relações não racionais, tais como, o sonho, o lúdico, o imaginário e o prazer dos sentidos. A “Ética da Estética” se resume em cultura dos sentimentos que permeia a sobrevivência dos grupos com o objetivo de desfrutar o desejo e o prazer de estar junto (MAFFESOLI, 1996).

O termo socialidade é, agora, cada vez mais empregado no debate sociológico [...]. Para mim, significa que a vida social não poderia se reduzir às simples relações racionais ou mecânicas que servem, em geral, para definir as relações sociais. Ele permite integrar na análise parâmetros tais como o sentimento, a emoção, o imaginário, o lúdico, cuja eficácia multiforme não se pode negar, na vida de nossas sociedades (MAFFESOLI, 1996, p.106).

A socialidade é considerada um “espaço partilhado” que, de maneira explícita, trata-se de o sujeito sair de si mesmo, de romper a clausura do próprio corpo, de ter acesso a um corpo coletivo e participar de um espaço mais amplo, seja numa etnia, família, tribo ou massa de pessoas que compõem a trama social (MAFFESOLI, 1988).

A socialidade pode ser entendida como o espaço onde a pessoa representa seu papel social, dentro de sua atividade profissional, sua função política, ou sendo embutida em suas relações econômicas ou significativas e agregam valores (MAFFESOLI, 2006, p.133 grifo nosso).

Para Stecanela (2009) a sociologia compreensiva referenciada por Kuhn (1995) oferece um conjunto de instrumentos que permitem “escavar o cotidiano”, numa espécie de arqueologia para desvelar o que está oculto. Ao eleger o cotidiano como espaço de análise dos fenômenos sociais, a sociologia compreensiva surge enquanto fundamento para a compreensão do objeto de estudo desta pesquisa, uma vez que este se encontra no cerne da experiência construída em relação com o outro. Assim, estudar o cotidiano nesta perspectiva é atentar-se para detalhes e movimentos silenciosos que fundam em profundidade a vida corrente das sociedades (MAFFESOLI, 1996).

A temática do cotidiano foi objeto de destaque, desde o início do século XX, como um campo inesgotável de análise das ciências sociais e atualmente vem ganhando espaço em pesquisas na área da saúde (FERREIRA, 2002).

O cotidiano se coloca do lado da sociologia subjetiva, na qual se situam as análises microestruturais, compreensivas e fenomenológicas, opondo-se à visão objetiva da sociologia tradicional, totalizante, sistêmica ou macroestrutural (FERREIRA, 2002). Segundo Tacussel, mesmo antes de o cotidiano tornar-se de grande domínio da sociologia, recebeu análises de filósofos, como Kant, que nunca se afastou “do vivido mais concreto, das pequenas coisas que constituem o quinhão de alegrias e sofrimentos de cada dia” (TACUSSEL, 1993, p.111).

O estudo do cotidiano se estabelece, justamente, no conhecimento da “desorganização dos fatos sociais”, ou seja, para compreendê-lo é necessário considerar o que aparentemente não tem importância (MAFFESOLI, 1988). Assim, para Maffesoli (2010, p.90), explorar o cotidiano “é voltar a atenção para os fenômenos banais, a situação vivida, que por minúscula que seja constitui o essencial do corpo social”.

A sociologia compreensiva do cotidiano mantém-se aberta a tudo que acontece, mesmo quando aparentemente nada ocorre. Nesse sentido, o desafio que se coloca à sociologia do cotidiano é o de revelar a vida social na textura ou na espuma da “aparente” rotina de todos os dias, como a imagem latente de uma película fotográfica (PAIS, 2003, p.31).

Para Pereira (2005), caminhar por este referencial exige do pesquisador um olhar diferente e aceitar o novo estilo estético de viver, caracterizado pela mudança de atitude e comportamentos a fim de compreender o vivido, as relações e o valor que se atribui às pequenas coisas do dia a dia consideradas banais e insignificantes.

O cotidiano na sociologia compreensiva é fundamentado em uma visão sistêmica, que busca descrever a ordem complexa e a interação que a anima, mas sem constranger pela força ou promover uma redução do real (MAFFESOLI, 2008).

Teóricos do cotidiano ou vida cotidiana seguem com diferentes concepções, o que nos leva a perceber alguns pontos de partida, a partir de Durkheim, Agnes Heller, Simmel, Michel de Certeau e Michel Maffesoli.

Durkheim talvez tenha sido a fonte de inspiração do campo sociológico do cotidiano e das representações sociais. De acordo com Ferreira (2002), pode parecer estranha tal dedução, porém, é nessa inversibilidade que os acontecimentos comuns do cotidiano aparecem em suas

obras. Durkheim buscava, em seus estudos, entender os processos macroestruturais da sociedade para deduzir as relações cotidianas, tal como a frequência dos acontecimentos sociais para que fossem determinadas as leis empíricas e universais (FERREIRA, 2002).

Agnes Heller, socióloga e discípula de Lukács, se apropria do cotidiano para retomar a questão do indivíduo na vida cotidiana e valorizar os atos mais simples. Para Aguiar e Herschmann (2014), Heller faz aproximação com a teoria de Maffesoli e considera o cotidiano como “um estilo de algo mais abrangente para projeção das emoções, de maneiras de pensar e agir, isto é, de todas as relações com o outro”, a rigor, define não só o cotidiano, mas a vida cotidiana.

Para Aguiar e Herschmann (2013, p.7) o cotidiano de Agnes Heller é o “mundo da vida” que se produz e se reproduz dialeticamente, num eterno movimento: “[...] é o mundo das objetivações”. Naturalmente, que nenhuma delas possa realizar-se, nem de longe, em toda a sua intensidade. O homem da cotidianidade é atuante e fruidor, ativo e receptivo, mas não tem nem tempo nem possibilidade de se absorver inteiramente em nenhum desses aspectos; por isso não pode aguçá-los em toda a sua intensidade.

Ainda de acordo com os autores, a vida cotidiana defendida por Agnes Heller deve ser pensada como heterogênea e hierárquica. A heterogeneidade da vida cotidiana está relacionada à organização do trabalho e da vida privada, o lazer e o descanso, a atividade social, o intercâmbio e a purificação. Já no que diz respeito à hierarquia, a autora destaca a transformação ao longo da história da sociedade, por exemplo, dos sentidos do trabalho (AGUIAR; HERSCHMANN, 2014).

Dessa forma, o cotidiano é constituído pela socialização, já que as normas e valores da sociedade são elementos constituintes da vida comum do indivíduo. Essa percepção do cotidiano e da cotidianidade explicita a preocupação central da autora na questão do trabalho e na sua hierarquização, que refletem na prática da vida cotidiana (FERREIRA, 2002).

Para Guimarães (2002, p.13), o cotidiano a que Heller referencia se baseia numa escala de valores que lhe dão uma hierarquia, pois não podemos fazer e escolher tudo ao mesmo tempo. É necessário, selecionar e as escolhas acabam por determinar uma hierarquia de valores e por consequência de ações.

Simmel, em certa medida, aproximou-se do campo da sociologia do cotidiano analisando as “formas” sociais a partir da interação. Para o autor, não é possível conhecer a realidade social sobre uma base de oposição entre indivíduo e sociedade, já que esta é o resultado de uma formalização social, com regras e obrigações entendidas como meios e não

como fins, permitindo compreender que os indivíduos participam do processo de construção da realidade social (FERREIRA, 2002).

A realidade social para Simmel é constituída por processos interativos configurando processos de socialização, que abrem novas vias em direção à sociabilidade, destacando as relações do cotidiano, ou seja, que ocorrem no dia a dia de pessoas comuns (FERREIRA, 2002).

Ainda que não se refira à vida cotidiana, tal como faz Agnes Heller, Michel de Certeau evidencia a noção de cultura cotidiana como artes de fazer, produzidas pelos atores sociais envolvidos no processo. Segundo Certeau, há sempre um sujeito produtivo, por ora, o cotidiano não é o espaço da mera reprodução, sendo sempre lugar de invenção, das “artes de fazer” (CERTEAU, 2004, p. 39). Assim, o cotidiano se inventa com diferentes artes ou "maneiras de fazer", organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço (CERTEAU, 2012).

Conforme Certeau (2012), o cotidiano pode ser entendido como um ambiente onde se formalizam as práticas cotidianas, que, por sua vez, sofre influências exteriores. De certo modo, o cotidiano é construído por meio de bricolagens dos vários indivíduos que compartilham um mesmo ambiente, ao mesmo tempo. Os espaços sociais podem ser entendidos como “aquilo que nos é dado a cada dia” e assim, construídos e reconstruídos (CERTEAU, 1994, p.31). Portanto, é o lugar da existência, das questões da vida rotineira.

As práticas cotidianas consistem em relações sociais, por sua vez, construídas por meio de diversas atividades que se exercem na vida cotidiana, sejam elas profissionais, sociais, políticas e culturais. As práticas devem ser analisadas enquanto operações, como manifestação de táticas e de estratégias para subverter as representações ou a hegemonia, como formas de escapar do poder (FERREIRA, 2002).

Para Certeau, é possível subverter ao poder e às normas impostas, por meio de estratégias, táticas e astúcias. A esse respeito, as estratégias são cálculos de relações de força com o poder exercido em um lugar próprio ou em uma instituição; as táticas são maneiras outras de fazer, são dinâmicas e imprimem novos significados ao que é pré-estabelecido como regras e que, por meio de pequenas astúcias, ressignificam o cotidiano (CERTEAU, 2012).

As astúcias podem ser compreendidas como comportamentos criativos que precedem à tática, é a habilidade de (re) inventar o cotidiano repleto de estratégias, aparece ora como

“resistência” ora como inércia em relação às imposições sociais. Para Certeau, “O que interessa ao historiador do cotidiano é o invisível...” (CERTEAU, 2012, p. 31).

Destarte, o cotidiano, na concepção de Certeau, é além de tudo, o espaço onde os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pela dominação e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas próprias necessidades e possibilidades, isto é, o indivíduo cria meios para escapar ou fugir dos modelos de consumo impostos pela ordem dominante. (CERTEAU, 2012).

Segundo Ferreira (2002), as análises de Maffesoli (1985, p.208) têm como objetivo “ilustrar uma teoria do conhecimento apta a admitir que a falta de acabamento estrutural da sociedade sinaliza a falta de acabamento intelectual”. Para conhecer a realidade social, é preciso superar o racional e lançar mão do conhecimento comum, da intuição, do presente e da participação.

A sociologia compreensiva do cotidiano tem um embasamento “místico” e “orgiástico”, que busca entender o objeto ou o fenômeno como uma maneira de pensar a “arte de fazer”, apreender o social e não determinar o que “deve ser”, nem orientar, nem dar sentido (FERREIRA, 2002). Ademais, busca a compreensão da dinâmica das relações sociais que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, a vivência, experiência, a cotidianidade, bem como as estruturas e instituições como resultados objetivados da ação humana (MORAES, 2012, p. 134).

Moraes corrobora com Maffesoli e salienta que o método preocupa com o que é, e não com o que deve ser.

Este método “brota do próprio corpo social e, portanto, não possuímos a verdade, mas estamos por dentro de certa verdade” que nos propomos a estudar e compreender (MAFFESOLI, 1988, p.74, grifos do autor).

Na concepção de Maffesoli, a sociedade não é apenas um sistema feito por relações político-econômicas ou sociais, mas também um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social (MAFFESOLI, 1996, p. 73).

Uma vez aqui, à imagem do barroco, a “visão do interior” compreende, “prende junto” (cum-prehendere), todos os elementos da realidade, do macroscópico ou microscópico, percebe suas numerosas interações, a lógica interna e as constantes metamorfoses. Coisas que são, justamente, as características do vivente. Assim, enquanto o racionalismo abstrato se contenta com uma visão mecanicista, a

sensibilidade intuitiva assenta na lógica do vivente e sua dinâmica orgânica (MAFFESOLI, 1998, p.135, grifo nosso).

Na obra “No fundo das Aparências”, de Maffesoli, o autor sustenta que, para compreender o cotidiano, é preciso ir além do aspecto formal das coisas e dar valor às pequenas coisas encontradas no dia a dia das relações, nos sentimentos de cada um, nos olhares, no modo de se vestir, na maneira de olhar e falar.

Com efeito, constata-se cada vez mais, e talvez esteja aí uma das marcas da pós-modernidade, que não há nenhum domínio que escape ao retorno em massa do afeto: as relações “tribais” que pontuam a vida social, evidentemente, mas, igualmente, o político, as relações culturais, religiosas, de trabalho... é precisamente isso que torna necessária uma visão orgânica do mundo (MAFFESOLI, 1998, p.74).

O “olhar” para o cotidiano é adequado para descrever os limites e a necessidade das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações. O conhecimento do “coletivo”, para o autor é primordial para a compreensão da realidade, pois é nele que se constitui a “teia de significações insignificantes, efêmeras e polissêmicas que constrói a força e a permanência da vida cotidiana” (MAFFESOLI, 1985, p. 209).

O cotidiano pode ser entendido na sua polissemia e pluralidade, na contraditoriedade, na sensibilidade e sensorialidade do pesquisador. Não se pode negar a existência da heterogeneidade e não dar valor às pequenas coisas encontradas no dia a dia, nas relações e nos componentes da socialidade, como a paixão, os gestos, os sentimentos envolvidos em cada indivíduo, nos olhares, no modo de se vestir e de falar que oferecem conhecimentos da trama social (MAFFESOLI, 1984). O autor acrescenta, que o cotidiano é o espaço onde sobressaem os fenômenos, as relações, as interações, as manifestações figurativas da socialidade e permite admirar os atos e todas as situações inaparentes e ocultas que constituem o estilo de vida contemporâneo no seu valor real (MAFFESOLI, 1998).

Dessa forma, para Martins (1998), a *vida cotidiana* referenciada por Maffesoli (1983) é uma micro-área da sociologia, que, para ser compreendida, é necessário praticar uma epistemologia à parte, com potencial para reconhecer a labilidade, as mudanças e imperfeições, que, na dinâmica social, têm necessidade de se exprimir e utilizar instrumentos que sejam eles próprios flexíveis e sujeitos a mudanças.

Nesta perspectiva, é importante valorizar a subjetividade dos sujeitos nos seus ambientes de relação, o inaparente, o banal assim, como fazer sobressair o que foi vivido, os acontecimentos triviais e as pequenas coisas do dia-a-dia (MAFFESOLI, 1984). A

subjetividade não é apenas constitutiva do corpo social, mas inerente ao entendimento racional dos indivíduos, assumida como aspecto imprescindível para compreender a sua realidade, visto que não é privilégio de um indivíduo isolado, mas de um grupo de pessoas que mantém uma rede de inter-relações com vivências em comum em determinado espaço e tempo (VIEGAS, 2010).

Outros estudiosos referenciam o cotidiano semelhante à Maffesoli,

O espaço de vida, onde pode estar presente a doença, as interações saudáveis ou não, ações de cuidado e desvelo ou ações de não-cuidado, é onde as pessoas mostram seus estilos de vida, seus pensamentos, sua ética com base nas experiências que viveram e nas tribos às quais pertencem e determinam suas próprias regras, sua base familiar, suas concepções sobre determinados aspectos sociais e individuais, sem que para isso seja preciso forçá-las a se mostrarem. É o universo de que nos esquecemos, banalizamos como trivial, porém, o trivial é o viver diário e se manifesta por meio de expressões ao longo da vida (MARTINS, 2008, p. 82).

Para Pereira (2005), o cotidiano é uma área da micro-sociologia que se preocupa, sobretudo, com a paixão, o não lógico, o imaginário, o sensível que estruturam igualmente as atividades humanas, da qual somos ao mesmo tempo atores e observadores.

Desta feita, a necessidade de buscar nova forma de compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU tornou-se favorável com a sociologia compreensiva do cotidiano, que propõe resgatar as situações triviais, banais e ocultas do trabalho.

A importância do cotidiano, mesmo nessas diferentes perspectivas, é relevante por evidenciar a relação e a interação dos indivíduos nos diferentes contextos sociais, sobretudo o aparecimento do homem comum imerso no cotidiano. Destarte, acredita-se que o SAMU não é apenas um lugar onde pessoas realizam atividades diárias de trabalho, mas também um espaço com diversidade de visões, sentimentos, sensações, experiências, vivências, relações e interações de grupos sociais, que se apresentam através de ações na trama social.

CAPÍTULO V

PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, por sua vez único, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.

De acordo com Minayo (1992), a pesquisa de base qualitativa permite explorar uma realidade através do aprofundamento de significados, atitudes, crenças, valores e relações humanas, o que não seria possível por meio de estudo meramente quantitativo. Para Pope e Mays (2009), a abordagem qualitativa revela que o pesquisador deseja estudar seu objeto *in situ*, com o intuito de compreender não apenas o fenômeno, mas também os significados individuais e coletivos que as pessoas a ele atribuem.

A essência da metodologia qualitativa para a pesquisa em saúde está na possibilidade de investigar questões que apresentam uma variedade muito grande de fatores que devem ser reconhecidos e cuja compreensão pode ser alcançada por esse método. A pesquisa qualitativa propõe uma interação entre o pesquisador e os dados. A necessidade de ir a campo para descobrir particularidades de um determinado contexto é intrínseca a este tipo de pesquisa. Pesquisadores qualitativos acreditam que os sujeitos que estudam este tipo de pesquisa são capazes de dar respostas a questões identificadas como situações problemas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A abordagem qualitativa permite desvendar com mais facilidade fenômenos ligados aos sentimentos, processos de pensamento e emoções (STRAUSS; CORBIN, 2008). A utilização deste método possibilita a construção de novas abordagens. Na pesquisa qualitativa a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto (POPE; MAYS, 2009, p. 11).

Para Ludke e André (2013, p. 13), na pesquisa qualitativa, o interesse do pesquisador, ao estudar determinado problema, é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas, uma busca em sempre compreender no lugar de explicar. Para Pope e Mays (2009), o pesquisador ao utilizar-se da abordagem

qualitativa, tem a opção de examinar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária.

Segundo Minayo (2006; 2007), a abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador trabalhar com o universo de significados e compreender as experiências vividas, as atitudes, aspirações, valores, crenças, comportamentos e ações. Tem a finalidade de entender o ser humano em suas relações com o mundo de uma forma holística, uma vez que apresenta maior aproximação com o cotidiano que corresponde ao espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos a números.

A abordagem metodológica qualitativa, segundo Minayo (2010, p. 57), tem como enfoque o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, frutos das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para Leopardi (2001) e Minayo (2007) há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, interpretar o fenômeno atribuindo-lhe significados é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do pesquisador quanto dos atores. Nesse sentido, a escolha do método qualitativo para o desenvolvimento desta pesquisa possui relação com o problema de pesquisa delineado já que este “têm muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde” (POPE; MAYS, 2009, p. 11).

O estudo de caso tem como objetivo captar as circunstâncias e as condições de uma vida cotidiana – novamente por causa das lições que pode fornecer sobre os processos sociais relacionados a algum interesse teórico (YIN, p.55, 2015). Destaca-se que esse método é mais utilizado na pesquisa qualitativa devido à observação direta que faz sobre o fenômeno e pela investigação ampla e exaustiva de um ou de poucos objetos, permitindo um amplo detalhamento (YIN, 2005).

Considerando-se o objeto de estudo, a necessidade de se utilizar a estratégia de pesquisa estudo de caso surgiu do desejo de compreender um fenômeno social complexo, com um olhar mais subjetivo e abrangente do universo de trabalho em seu contexto real, permitindo uma investigação que preserva as características holísticas e significativas da vida real. Este tipo de estudo de caso apresenta-se adequado por se tratar de um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida, em que o investigador tem controle muito reduzido sobre os eventos (YIN, 2005).

O estudo de caso é um método utilizado para se conduzir uma pesquisa empírica e exige uma preparação prévia por parte do pesquisador na organização de seu planejamento. É caracterizado como sendo um estudo profundo e exaustivo de um determinado fenômeno inserido em seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definíveis (YIN, 2015).

Segundo Yin (2005, p. 20), o estudo de caso “contribui com os conhecimentos que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados”. Triviños (1987, p. 133) diz que, entre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes, pois é uma categoria de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa profundamente e a complexidade da investigação aumenta à medida que se aprofunda no assunto.

Nessa perspectiva, o contexto histórico e o presente são estudados considerando-se a individualidade, a subjetividade e as singularidades dos sujeitos (MINAYO, 2006). A subjetividade, segundo Teixeira e Praxedes (2006), é um objeto valioso, que compõe a vida, uma dimensão do ser humano a ser questionada e compreendida. Nessa mesma direção, não se trata da subjetividade separada da dinâmica social e da cultura, mas nelas imbricada, numa perspectiva que rompe a antinomia subjetividade/ objetividade; indivíduo /sociedade.

De acordo com Yin (2015), é necessário definir o tipo de estudo de caso, se caso único ou casos múltiplos e a unidade de estudo. O caso único é uma variação dos estudos e a sua realização é justificável, se o caso se constituir em um evento raro ou exclusivo ou se servir a um propósito revelador. Este tipo de estudo pode contribuir significativamente para a formação do conhecimento e teoria, por ora, desafiando ou ampliando a teoria e colaborar em futuras investigações (YIN, 2015, p.54).

Em relação ao método, a unidade do estudo ou unidade-caso deve ser delimitada e pode ser um indivíduo, um setor, um serviço ou mesmo uma estrutura mais complexa (TRIVIÑOS, 1987).

Esta pesquisa é caracterizada como estudo de caso único e a unidade-caso é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Montes Claros.

No estudo de caso, a coleta de dados evidencia a oportunidade de o pesquisador utilizar fontes múltiplas de evidência. A vantagem para sua utilização é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, caracterizadas por triangulação de dados. A convergência de evidências, por meio de múltiplas fontes de evidência, contribui reforçando a

validade da investigação do estudo de caso, pois proporciona, essencialmente, várias avaliações do mesmo fenômeno (YIN, 2015, p.125).

Nesse sentido, o uso de múltiplas fontes de evidência permite que o pesquisador aproprie-se de uma variação maior de aspectos históricos e comportamentais. Assim, qualquer achado ou conclusão do estudo de caso terá maior probabilidade de ser mais relevante (YIN, 2015).

Flick (2004) apresenta a triangulação como uma estratégia de validação, na medida em que torna possível a combinação de metodologias para estudo do mesmo fenômeno. Por outras palavras, a triangulação permite obter, de duas ou mais fontes de informação, dados referentes ao mesmo acontecimento, a fim de aumentar a confiabilidade da informação.

Na triangulação de dados, as descobertas do estudo de caso podem ser apoiadas por análise de documentos, entrevistas abertas e fechadas, análise quantitativa de dados secundários e observações de campo diretas (YIN, 2015). [...] o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações (YIN, 2005).

Nesta pesquisa, optou-se por fazer uso de três fontes de evidências, sendo estas, análise de dados secundários; entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE C) e observação direta. A convergência de evidências ocorreu entre a entrevista e observação de campo.

O dado secundário corresponde à primeira fonte de evidência. Os dados obtidos deram origem a um estudo preliminar sobre o perfil de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em uma Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais.

A combinação metodológica quantitativa e qualitativa por meio da triangulação de dados é considerada uma forma robusta de se produzir conhecimentos, uma vez que se superam as limitações de cada uma das abordagens tradicionais (FREITAS; JABBOUR, 2011; YIN, 2015). Neste estudo, a combinação dos dados quantitativos e qualitativos deu sustentação ainda maior ao método de estudo de caso.

A entrevista consiste na coleta de informações do respondente acerca de determinada temática ou problemática (LAKATOS; MARCONI, 2009). No que se refere a estudos de caso, Yin (2015) destaca que as entrevistas predominam como fonte de evidência devido aos assuntos humanos e eventos comportamentais abordados nesse tipo de pesquisa.

A entrevista semiestruturada é descrita como “uma das mais importantes fontes de informações (YIN, 2005, p. 116)”. Esta é uma estratégia de coleta que propicia ao pesquisador o contato direto com os participantes do estudo e é neste momento que as expectativas são superadas, devido ao alcance de informações que extrapolam as questões previamente elaboradas (YIN, 2015). A entrevista é conduzida com um roteiro flexível, consistindo em questões abertas que abordem o objeto a ser explorado inicialmente, já que possibilita ao entrevistador ou ao entrevistado divergirem nas questões. Ademais, a flexibilidade do roteiro semiestruturado permite organizar um conjunto de outras questões sobre o tema em estudo com grande importância (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Ludke; André (2013, p. 39), “nas entrevistas com roteiro semi-estruturado não há a imposição rígida na ordem de questões. O tema proposto é dado ao entrevistado e ele discorre com informações que detém dando sentido à verdadeira razão da entrevista”. Entende-se que, à medida que a entrevista for sendo realizada, a troca de informações entre o pesquisador e o entrevistado pode contribuir na obtenção de dados relevantes ao objeto de estudo.

No que diz respeito à observação, optou-se por realizá-la como uma terceira fonte de evidência. A observação possibilita analisar “como as organizações funcionam, os papéis desempenhados por diferentes equipes e a interação entre equipes e clientes” (POPE; MAYS, 2009, p. 45).

Na observação, o pesquisador vivencia diretamente o objeto de estudo e apreende como o fenômeno incide no contexto real, sendo de extrema relevância registrar pontualmente todas as informações que vão além daquilo que foi obtido na entrevista semiestruturada ou em qualquer outra fonte de coleta.

Cabe esclarecer a opção pela observação direta neste estudo, entendida como uma técnica de coleta que auxilia o pesquisador a obter informações de forma imparcial da realidade do dia a dia, podendo recolher e registrar fatos no campo a ser estudado (YIN, 2015). A observação direta, “não restringe no sentido de simplesmente olhar o fenômeno social, mas de captar os aspectos não aparentes e mais profundos, as contradições, dinamismos e relações” (TRIVIÑOS, 1987, p. 153).

Segundo Yin (2015), quando os fenômenos de interesse não são puramente históricos, abre-se a oportunidade de o pesquisador presenciar eventos sociais ou ambientais, por meio da observação.

A observação é um instrumento fundamental que deve funcionar também como um diário das atividades desenvolvidas (YIN, 2015). Para tanto, utilizou-se o “Diário de Campo” para fins de registros de elementos que não foram captados pelas gravações das entrevistas, tais como o comportamento das pessoas e as relações estabelecidas, tornando-se possível adicionar novas dimensões ao entendimento do fenômeno estudado. Tais dimensões dizem respeito à forma de contornar as situações de estresse adquirido no trabalho, a organização do trabalho, as ambulâncias, unidades móveis de atendimento e as dependências do pátio do SAMU.

O diário de campo é um instrumento adequado para o registro dos processos e procedimentos de investigação, dada à vulnerabilidade da memória do pesquisador. Vázquez e Angulo (2003) salientam que esse instrumento é a expressão diacrônica do percurso da investigação que mostra não apenas dados formais e precisos da realidade concreta, mas também as preocupações, decisões, fracassos, sensações e apreciações da pessoa que investiga e do próprio processo de desenvolvimento; recolhe informação do próprio investigador e capta a investigação em situação.

5.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no SAMU Macro Norte do município de Montes Claros. A escolha do cenário foi intencional em virtude da sua importância e reconhecimento em nível nacional e internacional, haja vista que esse serviço vem-se tornando modelo de referência em gestão de urgência e emergência, apresentando notórios impactos na qualidade assistencial, com maior racionalização, equidade do acesso, humanização dos serviços de saúde, resolutividade e minimização de custos financeiros (MARQUES, 2009; 2011).

5.2.1 O município de Montes Claros

O município de Montes Claros está situado na Bacia do Alto Médio São Francisco ao Norte do Estado de Minas Gerais e localiza-se a 418 km de distância da capital mineira, Belo Horizonte, tendo como principal acesso a BR-135. Possui uma área de 3.568,935 km² e população estimada em 394.350 habitantes. (IBGE, 2015).

No que refere à economia, Montes Claros se destaca no setor terciário apresentando um PIB total de R\$ 4,5 bilhões e um PIB per capita de R\$ 12.436, 53 (IBGE, 2010). O município desempenha o papel de município “polo” da Região Ampliada de Saúde do Norte do estado em conformidade com o PDR⁷ (PDR-MG) instituído pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Figura 4: Município de Montes Claros



Fonte: Google imagens

A cidade de Montes Claros é atualmente o maior centro urbano da região Norte de Minas Gerais. Possui um alto potencial econômico decorrente da dinamicidade dos setores de comércio e prestação de serviços e também do desenvolvimento das atividades industriais. A variedade e especialização desses setores motivam fluxos populacionais provenientes da mesorregião Norte, dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e também do Sul do estado da Bahia (FRANÇA; QUEIROZ, 2013).

Nessa perspectiva, o município é um importante centro de oferta e procura de serviços de saúde para a população da região e apresenta uma infraestrutura complexa, dinâmica e especializada, que se deu a cargo da implantação de políticas públicas de planejamento federal, estadual e municipal, caracterizada como cidade-sede da gestão administrativa dos serviços de saúde da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas (FRANÇA; QUEIROZ, 2013).

Em virtude disso, Montes Claros destaca-se com infraestrutura para atender à demanda de urgência e emergência, os procedimentos referenciados de outros municípios,

⁷ O PDR/MG tem o objetivo de distribuir e ordenar os espaços territoriais do estado, tendo como fundamento uma tipologia de organização de serviços por níveis de atenção à saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS- SES, 2002).

além do acolhimento a pacientes que vêm espontaneamente em busca de uma simples consulta ou até de serviços mais complexos (MAGALHÃES; LIMA, 2012; FRANÇA, 2014).

A rede assistencial é composta por 46 estabelecimentos de saúde com administração estadual, 143 com administração municipal e 352 estabelecimentos privados (DATASUS-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2014).

Dentre os serviços de saúde de administração municipal, o município contém 137 unidades da Estratégia Saúde da Família cadastradas no CNES, o SAMU e 07 hospitais de médio e grande porte, tais como a Fundação Hospitalar Aroldo Tourinho; Hospital Dílson Godinho; Hospital Prontomente; Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa; Hospital Prontosocor; Hospital Universitário Clemente de Faria; Hospital Doutor Alpheu Gonçalves de Quadros e o Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira, totalizando 838 leitos hospitalares do SUS (CNES, 2014).

5.2.2 SAMU Macro Norte

O SAMU MN é gerenciado pelo CISRUN, consórcio de natureza jurídico público representado pelo corpo administrativo do SAMU regional, tendo como membro presidente, um gestor municipal representante de 86 municípios que integram a RAUE MN.

A base operacional do SAMU conta com o Complexo Regulador 192 Macro Norte localizado em Montes Claros, constituído pela Central de Regulação Assistencial (CRA) e pela Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (CRUE- SAMU) que atua de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada ordenando o fluxo das referências e contrareferências na rede de atenção (CISRUN, 2012).

O SAMU está estruturado com 37 bases descentralizadas localizadas em 9 regiões de saúde para atender cerca de 1,6 milhões de pessoas. O serviço possui 07 (sete) Unidades de Suporte Avançado (USA), 40 Unidades de Suporte Básico (USB) e 01 veículo de intervenção rápida (VIR) para deslocamento de equipe de suporte avançado à cena (CISRUN, 2012). As bases descentralizadas com USB estão implantadas em todas as regiões de saúde e as bases avançadas estão em 06 destas regiões, podendo ser observado na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de ambulâncias do SAMU MN nas Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

Regiões de Saúde	USA	USB	População	Área de abrangência	Município de referência
Montes Claros/Bocaiúva	2	7	454.683	11	Montes Claros
Brasília de Minas/São Francisco	1	6	234.714	16	Brasília de Minas
Salinas/Taiobeiras	1	7	197.952	16	Taiobeiras
Janaúba/ Monte Azul	1	6	265.832	15	Janaúba
Pirapora	1	4	138.378	7	Pirapora
Januária	1	3	110.273	5	Januária
Francisco Sá	0	3	70.973	6	Francisco Sá
Manga	0	3	57.689	5	Manga
Coração de Jesus	0	1	46.997	5	Coração de Jesus
Total	7	40	1.557.491	86	9

Fonte: Dados disponíveis no site do CISRUN, 2014. Montes Claros/MG

As unidades móveis com USB são tripuladas por condutor/socorrista e técnico de enfermagem que prestam atendimento de suporte básico de vida (SBV) e as USA e veículo de intervenção rápida (VIR) são tripuladas por condutor, médico e enfermeiro que prestam suporte avançado de vida (SAV).

5.2.2.1 Gestão de Pessoas do SAMU Macro Norte

Atualmente, o SAMU Macro Norte tem cerca de 800 profissionais, alguns admitidos por concurso e outros por meio de contrato. O SAMU regional está alicerçado em dois grandes pilares: administrativo e operacional.

O pilar administrativo está localizado apenas em Montes Claros e concentra-se na responsabilidade de gerenciar tecnicamente o processo de trabalho do SAMU MN totalizando 43 trabalhadores. Haja vista a estruturação descentralizada do SAMU Macro Norte, os profissionais gestores, coordenadores, assessores e técnicos administrativos encontram-se na sede administrativa do CISRUN e na base do SAMU de Montes Claros.

O pilar operacional está distribuído em todas as bases descentralizadas do SAMU e conta com estrutura física, materiais, equipamentos e todo aparato tecnológico necessário para prestar atendimento à população.

A tabela 2 mostra a distribuição dos profissionais do SAMU MN.

Tabela 2- Profissionais do SAMU Macro Norte, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil 2015.

Profissionais	Pilar Administrativo	Total
Gestor	presidente do CISRUN	1
	diretor executivo do SAMU	1
	gerente de recursos humanos	1
Coordenador	coordenação médica	1
	coordenação de enfermagem	1
	coordenação farmácia	1
	coordenação do NEP	1
	coordenação de frota	1
	coordenação de saúde ocupacional	1
	coordenação de psicologia	1
	coordenação de sistema de informação	1
	coordenação de estatística	1
Assessor	assessor de coordenação médica	1
	assessor de coordenação de enfermagem	1
	assessor de materiais	1
	assessor de coordenação de farmácia	1
	assessor de comunicação social	1
	assessor jurídico	1
	Técnico administrativo	25
	Total	43

	Pilar Operacional	Total
Profissionais	Médicos	80
	Enfermeiros	56
	Técnicos de enfermagem	312
	Condutores/socorristas	254
	Total	745

Fonte: Elaborado pela autora. Construído a partir de dados do diário de campo da pesquisa, 2016.

Em relação às atribuições, o profissional médico do SAMU, lotado na base operativa de Montes Claros, realiza rodízio nas funções, ora como intervencionista nas unidades móveis USA 1 e USA 2 ora como médico regulador na Central de Regulação das Urgências. Em decorrência de solicitação da central de regulação, o médico que atua em outras bases descentralizadas também pode exercer a função de regulador, para cobrir plantões em casos excepcionais.

Os técnicos de enfermagem atuam tanto na intervenção como na função de técnico auxiliar de regulação médica – TARM e, quando necessário, prestam suporte ao setor de farmácia. Já em outras bases descentralizadas, esses profissionais assumem a função de intervencionistas. Em relação aos condutores, também são socorristas e prestam apoio na assistência, uma vez que são capacitados pelo Núcleo de Educação Permanente – NEP.

5.2.2.2 Central de Regulação do SAMU Macro Norte

A Central de Regulação de Urgências e Emergências do SAMU é acessada pela população por via telefônica, em sistema gratuito pelo número 192 que funciona 24 horas por dia e 07 dias por semana. Na Central, todas as solicitações recebidas são gravadas, sendo feita a triagem por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência.

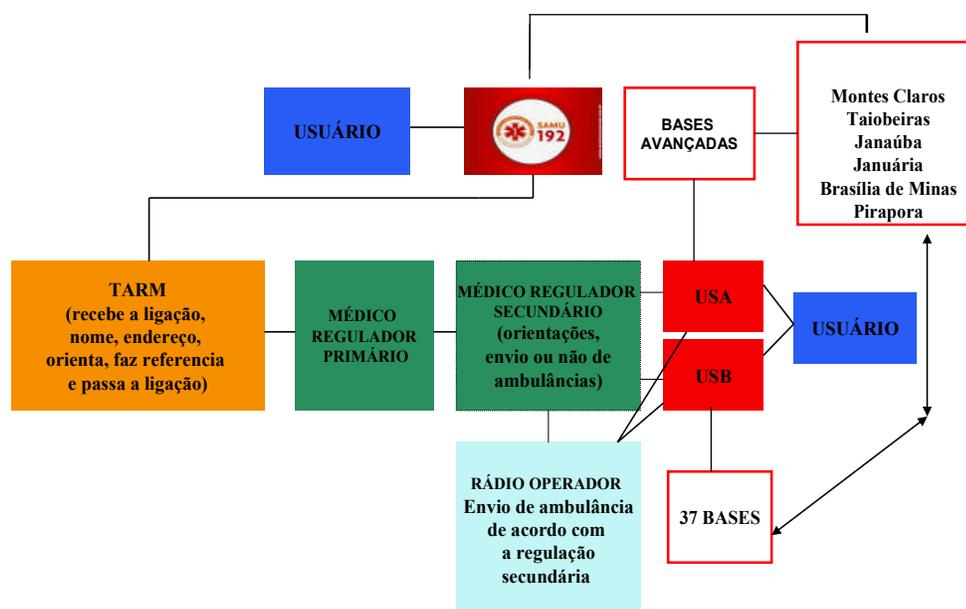
O primeiro atendimento telefônico é realizado pelo TARM, função que, segundo a legislação, esse atendente não é necessariamente o técnico em enfermagem, mas no SAMU MN, é o profissional instrumentalizado para atuar na CR. O TARM tem a função de identificar, localizar o solicitante e fornecer informação, se essa informação estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador (BRASIL, 2006).

O TARM, quando não possui a informação que precisa ser transmitida ao solicitante, solicita a orientação médica, que é realizada pelo médico regulador primário. O médico assume a chamada do solicitante e julga cada caso, define as respostas mais adequadas, fornece orientações para buscar atendimento com recursos próprios e pode autorizar a saída da equipe de atendimento ao local da ocorrência ou, ainda, o acionamento de múltiplos meios. O regulador secundário é responsável pelo suporte aos atendimentos que não precisam do envio de ambulâncias ou dependem de orientações detalhadas até que a ambulância chegue ao local da ocorrência (BRASIL, 2006).

Para a locomoção das ambulâncias, o despachante, conforme a legislação é o responsável por enviá-la após a solicitação do médico regulador, além de controlar a localização e a situação das unidades móveis (BRASIL, 2006). No SAMU MN, o despachante é designado como rádio operador.

As ambulâncias são acionadas e encaminhadas após a triagem realizada pelo médico regulador primário de acordo com a gravidade. É importante destacar que a USB também pode ser encaminhada para auxiliar a USA, quando estiver estrategicamente mais próxima do local do evento para dar suporte em ocorrências com maior número de vítimas. Já as USA são encaminhadas, prioritariamente em casos de maior gravidade devido ao fato de serem em menor quantidade que as de suporte básico. Na figura 5, pode ser observado o fluxo da regulação.

Figura 5- Fluxo da Central de Regulação de Urgência e Emergência do SAMU Macro Norte.



Fonte: Elaborado pela autora. Dados do diário de campo da pesquisa, 2015.

Para compreender a organização regional do SAMU, é necessário considerar que este não é um serviço com delimitação precisa de área física, uma vez que qualquer local da região pode ser lócus de atuação. Por isso, as equipes podem ser acionadas para prestar apoio às outras equipes, tanto para o atendimento com número maior de vítimas, bem como para a interceptação de pacientes graves.

A interceptação é realizada pelas equipes da USA em toda a Região Ampliada de Saúde, já que nem todas as bases do SAMU regional possuem unidades de suporte avançado. Essa prática ocorre quando há necessidade do SAMU de uma Região de Saúde realizar a transferência do paciente para outra equipe localizada em outro local/cidade. Há um protocolo

de interceptação que define a distância que cada equipe da USA do SAMU regional deve percorrer até a transferência do paciente para o hospital previamente estabelecido como referência. Assim, as equipes se encontram no meio do trajeto para proceder à transferência mencionada.

5.2.3 O SAMU de Montes Claros

Figura 6-Central de Regulação de Urgências e Emergências e base operativa do SAMU Macro Norte em Montes Claros.



Fonte: Google imagens

O SAMU de Montes Claros foi implantado em 2005 sob gestão municipal e, em 2008, foi regionalizado. Está instalado no Bairro Jardim São Geraldo, com sede própria adquirida com recursos do Estado de Minas Gerais e da União. Essa sede foi projetada para alojar as coordenações do serviço e dispõe de um pátio para o posicionamento das ambulâncias, almoxarifado, farmácia, sala de expurgo e de desinfecção, setores administrativos, espaço de convivência, copa, dormitórios, auditório, Central de Regulação Assistencial e Central de Regulação das Urgências e Emergências.

A base operativa do SAMU tem 132 profissionais no pilar operacional, sendo: enfermeiros (21), médicos intervencionistas e reguladores (42), técnicos de enfermagem (69) e condutores socorristas (50).

Atualmente, o SAMU base operativa de Montes Claros abrange outros onze municípios, contemplados na sua área de abrangência sendo estes: Bocaiuva, Francisco Dumont, Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Joaquim Felício, Juramento, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira e Olhos D'Água totalizando uma população de 454.683 habitantes.

5.3 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram classificados segundo o pilar administrativo e pilar operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Considerou-se o pilar administrativo por estar alocado em Montes Claros. Para a composição da amostra, foram respeitados critérios de inclusão e de exclusão.

Crítérios de inclusão

- Profissional estar lotado no SAMU no período da coleta

Crítérios de exclusão

- Profissional estar afastado por motivos de doença, licença ou férias

No universo de 150 profissionais que compõem o pilar administrativo e operacional do SAMU de Montes Claros, participaram desta pesquisa, 41 profissionais, sendo: 18 gestores, 10 técnicos de enfermagem; 11 enfermeiros e 02 médicos.

É importante destacar a não aceitação por parte da maioria dos médicos, 40, (95%). A esse respeito, cabe esclarecer que os médicos foram abordados em três momentos distintos, em plantões alternados diurno e noturno como estratégia para alcançar maior participação. Apesar disso, quatro médicos agendaram o local e horário para a entrevista, mas não compareceram, outros trinta e cinco não mostraram interesse em colaborar e um estava de férias. Ressalta-se que alguns médicos justificaram a não aceitação em decorrência de a entrevista ser narrada e gravada. Diante disso, a saturação de dados não foi alcançada nessa categoria profissional.

5.4 Inserção do pesquisador no cenário de pesquisa

Para a realização da pesquisa, foram feitos contatos com a coordenação de enfermagem e a assessoria de comunicação social em novembro de 2014 para conhecer o serviço por meio de uma visita técnica. Assim, foi possível entender os fluxos que deveriam ser seguidos para realizar o projeto na instituição, bem como avaliar sua viabilidade. Após conseguir essas orientações, foi solicitado pela coordenação de enfermagem que a

pesquisadora enviasse o projeto via email para que fosse agendada uma reunião com os gestores para a apresentação do projeto no SAMU.

A primeira reunião aconteceu em março de 2015 e o projeto foi apresentado, com explicação de seus objetivos, o método de coleta de dados e os preceitos éticos da pesquisa. Participaram da reunião o diretor, a assessora de comunicação e jurídica, o coordenador da regulação médica, coordenador de enfermagem, coordenador do núcleo de educação permanente e assessoria da coordenação médica. O projeto foi aceito, porém foi comunicado pela assessoria jurídica que este deveria ser apresentado novamente ao novo diretor do CISRUN que tomaria posse em junho de 2015.

Nesse período, a pesquisadora manteve contato com a assessoria jurídica, que ficou responsável por encaminhar o projeto ao diretor e agendar a reunião. Essa reunião ocorreu em julho de 2015 e o projeto foi apresentado ao diretor, bem como toda a documentação necessária para sua realização. A direção assinou a carta de anuência (Apêndice A) concordando com a realização do projeto.

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), foi feita uma visita ao serviço, com a intenção de criar uma ambientação do pesquisador com o campo. De acordo com Turato (2003, p. 317), “o refinamento pessoal de seu olhar e de sua escuta, bem como a clareza de sua consciência, é que vão determinar a apreensão do objeto em consideração”. Esse momento pode ser entendido como um período de familiarização do pesquisador com a visão dos sujeitos em relação ao objeto da pesquisa e do fazer deste na unidade pesquisada.

As várias idas ao campo de pesquisa constituíram-se em um processo de adaptação, procurando conhecer o cotidiano do serviço, as vivências e experiências de pessoas que ali se encontram. Após essa fase foi elaborado um cronograma para viabilizar a coleta de dados, uma vez que esta seria realizada em períodos diferentes e em duas etapas.

5.5 Coleta de dados

Para explorar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e de gestores do SAMU Macro Norte, utilizou-se da estratégia de pesquisa estudo de caso com fontes de dados secundário e primário com técnica de entrevista e observação.

A primeira etapa da coleta correspondeu aos dados secundários autorizada pelo CISRUN/SAMU, sendo os dados disponibilizados pelo departamento de estatísticas do SAMU nos meses de setembro a outubro de 2015. A fase inicial originou um estudo preliminar sobre o Perfil de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em uma Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais.

No segundo momento, foi realizada a etapa na qual foram utilizados dados primários, mediante a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado e a observação direta, ambas realizadas nos meses de novembro de 2015 a janeiro de 2016.

5.5.1 Organização dos dados secundários

Os dados secundários são aqueles que se encontram à disposição do pesquisador em boletins, livros, revistas, arquivos e outros. Para Marconi e Lakatos (2000), as fontes secundárias possibilitam a resolução de problemas já conhecidos e explorar outras áreas em que os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente. A utilização de dados quantitativos secundários está como primeira fonte de evidência.

Para compreender o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU, é preciso considerar que o serviço é regionalizado, com a proposta de atendimento em todo o território da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas. Logo, o SAMU de Montes Claros, cenário deste estudo, é orientado pela macroestrutura SAMU MN com implicações importantes no trabalho cotidiano. Portanto, percebe-se que o “micro” está no “macro” e o “macro” está no “micro”.

Os dados disponíveis equivalem aos períodos de maio de 2013 a agosto de 2015. A opção por esse período se deve ao fato de o departamento de estatística do SAMU ter sido implantado efetivamente a partir de maio de 2013. Os dados foram digitados em planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel 2007*, o que permitiu o agrupamento das variáveis disponibilizadas em (i) dados demográficos (sexo, idade); (ii) origem das chamadas; (iii) atendimento às ocorrências realizadas com Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (iv) ocorrências e transferências/interceptação de pacientes realizadas pela Unidade de Suporte Avançado (USA); (v) atendimentos por causa e (vi) evolução dos atendimentos.

5.5.2 Organização dos dados primários

O levantamento de dados ocorreu por meio do contato com o CISRUN, órgão gestor do SAMU MN. A proposta foi realizar contato com todos os gerentes, coordenadores e assessores de cada setor do SAMU, devendo todos esses profissionais estar previamente autorizados pelo CISRUN para receberem a pesquisadora. De forma geral, foi necessário obedecer ao fluxo burocrático intenso que demandou tempo e a reformulação das estratégias de contato, de forma que a proposta do projeto fosse apresentada pelo assessor jurídico a todos os profissionais do pilar administrativo, antes de a pesquisadora ir a campo.

O assessor jurídico do CISRUN abordou os profissionais do pilar administrativo, por meio de email que foi encaminhado aos coordenadores e gestores informando-os da realização do estudo. Em seguida, a assessoria encaminhou à pesquisadora o email dos profissionais para que fosse feito um segundo contato para convidá-los a participar da pesquisa. Após o retorno dos profissionais, foi possível agendar o dia, horário e o local das entrevistas. Pelo fato de a estrutura física do SAMU, ser dividida em base operativa e central administrativa onde se encontram os gestores, visto como locais diferentes, as entrevistas foram realizadas em ambos os locais em espaço reservado para estas.

Para abordar os profissionais do operacional, a assessoria jurídica se reuniu com o NEP e solicitou um auxílio à pesquisadora na abordagem dos profissionais intervencionistas, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. A primeira tentativa para abordar os médicos revelou a existência de outro fluxo a ser seguido, e para isso foi necessário solicitar auxílio da assessoria de regulação médica, que se encontra diretamente relacionada a esses profissionais.

Contudo, os contatos que ocorreram demonstraram as dinâmicas de trabalho no CISRUN/SAMU, pois, o processo de viabilização da pesquisa, em particular o agendamento das entrevistas com os gestores, coordenadores e médicos, aconteceu com variabilidade.

No estudo de caso, a entrevista representa uma das técnicas de coleta dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa e permite a captação da informação desejada de forma imediata e em tempo real (YIN, 2015). As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, pela pesquisadora, de forma individual, em local reservado com o intuito de garantir o sigilo das declarações dos participantes e foram gravadas em dois aparelhos.

As entrevistas foram direcionadas por um roteiro semiestruturado que orientou a temática em torno do objeto de estudo. Essa modalidade de entrevista merece atenção especial, sendo apresentada como “uma das mais importantes fontes de informações” (YIN, 2005, p. 116).

Para entrevistar os profissionais do pilar administrativo, optou-se pelo critério de intencionalidade ao considerá-los pessoas estratégicas na organização. As entrevistas ocorreram no CISRUN, central administrativa e no complexo operativo do SAMU.

No pilar operacional, a coleta baseou-se no critério de saturação por categoria profissional. A saturação é estabelecida quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já coletado, não mais contribuindo expressivamente para o aprimoramento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estavam sendo coletados (FONTANELLA et al. 2008).

De acordo com Minayo (2010), o critério de saturação de dados consiste na obtenção de um número suficiente de participantes para permitir certa reincidência das informações sem desprezar conteúdos considerados significativos.

5.5.2.1 A observação direta

Por muitas vezes via e ouvia o que o coração não queria sentir...

Para realizar a observação direta, buscou-se estabelecer uma relação de proximidade com os participantes e com a realidade na qual laboram. A observação ocorreu na Central Administrativa do CISRUN e na base operativa do SAMU, durante trinta e cinco dias e 210 horas e caracterizou-se como um momento singular da pesquisa, tendo sido concretizada pelo olhar, pela escuta, pelo diálogo entre os profissionais e comportamentos não verbais.

No ambiente, a pesquisadora atentou para os elementos que compõem o espaço da instituição, os comunicados, os cartazes, a estrutura física, as trocas de plantão, os dias comuns e atípicos, as relações instituídas e as chegadas e partidas para atendimento às ocorrências. Nesse local, observou também os setores para a organização de materiais,

medicamentos e aparelhos, almoxarifado, organização dos veículos, o atendimento à população, estudantes, pesquisadores e fornecedores.

Realizou-se também o acompanhamento de alguns atendimentos receptivos feitos pela Central de Regulação, como os procedimentos operacionais de orientação do atendimento, o momento em que a equipe TARM recebeu a chamada, passando pelo médico, o momento em que a viatura foi acionada para atender à ocorrência, o encaminhamento da unidade móvel, o retorno da equipe para a base, treinamentos do NEP e as impressões feitas pela própria pesquisadora.

O registro das observações foi executado exclusivamente em diário de campo, digitado após a coleta e preservado da forma mais fiel possível para integrar a análise de dados deste estudo, já que estas incidem diretamente no objeto de estudo. As observações são identificadas pelas letras NO, de notas de observação.

5.6 Análise dos dados

5.6.1 Compreensão dos dados quantitativos

Os dados secundários foram analisados no *Microsoft Office Excel 2007* por meio de estatística descritiva, tendo como objetivo descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU de uma Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais como forma de contribuir para a compreensão do trabalho prescrito de profissionais de saúde e de gestores do SAMU. Os dados foram apresentados em forma de números absolutos, percentuais e médias.

5.6.2 Compreensão dos dados qualitativos

O enfoque no estudo de caso permitiu que, pela aproximação junto ao serviço, fosse possível caracterizar a realidade vivida de profissionais do SAMU no que diz respeito ao desdobramento do seu trabalho cotidiano.

De acordo com Ribeiro e Machado (2012), compete ao pesquisador a responsabilidade de interpretar os dados de forma a não os modificar, mas, sim, destacá-los com a sensibilidade de um ouvinte disposto a aprender com a experiência e conhecimento do outro.

Com vistas à análise das narrativas orais obtidas por meio de entrevistas gravadas e observações, optou-se pela Análise de Conteúdo tipo análise categorial temática proposta por Laurence Bardin (2009). Essa técnica é utilizada para interpretar os significados das falas dos sujeitos, buscando o desenvolvimento da leitura e consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter a essência dos relatos por procedimentos sistemáticos e objetivos, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIM, 2009).

De acordo com Bardin (2009), a referida análise é realizada em três polos cronológicos: 1) pré-análise, 2) exploração do material, 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

1ª Fase: Pré-análise

Nessa etapa, ocorreu a organização do material coletado por meio de quatro etapas a seguir:

- (a) organização e leitura flutuante;
- (b) leitura exaustiva e repetida dos resultados com o objetivo de demarcar temas centrais e unidades comparáveis que favoreceram a elaboração das categorias analíticas
- (c) formulação de hipóteses e dos objetivos;
- (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que abrange a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

2ª Fase: Exploração do material

A exploração do material, como a segunda fase de análise, consistiu na transformação dos dados brutos do texto para atingir uma representação do conteúdo, através da seleção das unidades de registro e de contexto, da escolha das regras de contagem e da classificação e associação em categorias (BARDIN, 2000).

Essa fase de exploração do material é também denominada analítica, que trata do *corpus* (qualquer material textual coletado) orientado por hipóteses e referenciais teóricos

(BRADIN, 2009). Assim, a codificação, a classificação e a categorização foram feitas nessa fase.

3ª Fase: Tratamento dos dados obtidos e interpretação

A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados tornando-se possível a condensação com destaque das informações para a análise, culminando nas interpretações inferenciais marcada por um momento da intuição, análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

Essa organização proporcionou uma análise completa dos dados e deu origem a duas categorias e quatro subcategorias. As duas categorias constituídas foram: “A construção histórica do SAMU no Norte de Minas Gerais, Brasil: da concepção à regionalização”; “Um outro olhar sobre o trabalho cotidiano de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”.

As categorias foram elaboradas a partir da análise dos relatos dos profissionais de saúde e de gestores do SAMU e por meio da análise da observação.

5.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG). Foi aprovada com o parecer CAAE n. 50185515.4.0000.5149 em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A coleta dos dados foi realizada após aceitação do projeto pela instituição participante por meio da carta de anuência (Apêndice A) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFMG. É importante destacar que foi realizado o pré-teste do instrumento com profissionais enfermeiros do SAMU que estavam em período de férias para averiguar sua aplicabilidade.

Aos participantes que aceitaram a participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) que foi preenchido e assinado. Ao dar início à gravação da entrevista, foi informado o nome do projeto, orientou-se quanto ao local, data, horário do encontro e, posteriormente a história, a informação a ser narrada.

A participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária e todas as informações a respeito do estudo foram apresentadas a eles, deixando claro que não haveria nenhum tipo de ganho financeiro. Os danos causados pela exposição e/ou constrangimento foram mínimos, sendo-lhes garantida a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho. O caráter anônimo dos participantes foi assegurado e mantida a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por denominar os coordenadores, gestores e assessores como uma única categoria, usando-se a letra (GE). Essa adequação foi utilizada, visto que os gestores e assessores estão em menor número, o que facilitaria sua identificação. Para os profissionais do pilar operacional, adotou-se a letra (E) para enfermeiros; (M) para médicos e (TE) para técnicos de enfermagem. Para a transcrição das entrevistas, usou-se a codificação acima descrita, seguidas do número referente à entrevista e numerados de acordo com a sequência destas.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos em periódicos de circulação nacional e internacional, bem como em eventos científicos, independentemente de os resultados obtidos serem favoráveis ou não à instituição. Quanto às análises e anotações utilizadas, estas serão guardadas com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidas assim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação da tese.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não devemos enxergar apenas com os olhos da face, que só captam a luz exterior, as ondas eletromagnéticas. Precisamos também enxergar com os olhos do coração que captam os pensamentos e as emoções das pessoas.

Augusto Cury

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, atentou-se para o objetivo proposto pelo estudo. Para a apresentação dos dados, buscou-se atender à Resolução n. 031-2014- CPG de 02 de junho de 2014, que regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece critérios para admissão à defesa de tese e dissertação, conforme Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG e Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG.

A discussão dos resultados será feita por meio da apresentação da caracterização dos participantes e da análise de um tema, duas categorias e subcategorias.

6.1 Caracterização dos participantes

Os participantes que compuseram este estudo somam 41 profissionais do SAMU, sendo 18 no pilar administrativo e 23 no pilar operacional. O perfil foi delineado por meio de doze questões realizadas antes da entrevista propriamente dita. Tais questões correspondem aspectos que se referem ao sexo, idade, estado civil, tempo de formado, nível de qualificação, função no SAMU, profissão, tempo de experiência na área da saúde, tempo de experiência no SAMU, cursos de capacitação em atendimento pré-hospitalar, forma de admissão, jornada de trabalho semanal.

Para caracterizar os participantes da pesquisa, realizou-se uma análise descritiva do perfil do profissional do SAMU base operativa de Montes Claros, conforme o pilar administrativo e operacional adotados pelo SAMU Macro Norte.

Entende-se que a terminologia “pilar” caracteriza a estrutura de sustentação do SAMU 192, formado por elementos estratégicos para manter a organização e funcionalidade do serviço. Nesse sentido, os pilares são intrinsecamente diferentes, mas não independentes, uma vez que, estão diretamente interligados e trabalham de forma integrada para o alcance dos objetivos do SAMU.

O pilar administrativo direciona o planejamento, as estratégias, normas e as ações do pilar operacional, cuja execução resulta na assistência do SAMU.

6.1.1 Pilar administrativo do SAMU Macro Norte

A caracterização dos participantes do pilar administrativo pode ser observada na tabela 3.

Tabela 3- Caracterização dos profissionais entrevistados no pilar operacional do SAMU de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Pilar administrativo			
	Variáveis	N	%
Sexo	Masculino	7	39
	Feminino	11	61
Idade	20 a 29 anos	4	23
	30 a 39	8	45
	> 40 anos	6	33
Estado civil	Casado	7	38
	Solteiro	9	50
	Separado	1	6
	Divorciado	1	6
Função	Gestor	3	17
	Coordenador	10	56
	Assessor	6	27
Tempo de formação	< 1 ano	14	78
	1 a 9 anos	3	17
	10 a 20 anos	1	5
	> 20 anos	1	5
Nível de qualificação	Técnico	2	11
	Graduação	2	11
	Especialização	12	67
	Pós graduação strictu sensu	2	11
Experiência na área da saúde	< 1 ano	10	55
	1 a 9 anos	6	33
	10 a 20 anos	1	6
	> 20 anos	1	6
Experiência no SAMU MN	< 1 ano	5	28
	1 a 9 anos	11	61
	10 a 20 anos	2	11
Curso de capacitação	Sim	9	50
	Não	9	50
Forma de admissão	Concurso	1	6
	Contrato	15	83
	Processo seletivo	2	11
Jornada de trabalho	24 horas	2	11
	30 horas	7	39
	36 horas	9	50
	40 a 44 horas	9	50
Total		18	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo, SAMU de Montes Claros, Minas Gerais, 2015.

No pilar administrativo, os entrevistados que participaram da presente pesquisa somaram dezoito profissionais com diversas formações. Observa-se que a maioria 11(61%) é do sexo feminino. Esse achado assemelha-se a dados encontrados em estudos anteriores

realizados por Sousa; Moraes (2012) e Melo et al. (2013), cujo percentual de mulheres atuantes na gestão de serviços públicos de saúde foi de 90%, 80% e 67% respectivamente.

De acordo com Wermelinger et al. (2010), a participação feminina no setor de saúde, tem aumentado, e cerca de 60% das categorias profissionais de nível superior são compostas por mulheres, exceto no curso de medicina.

A faixa etária de gestores deste estudo, variou entre 20 e 29 anos, com 4(23%); 30 e 39 anos com 8(45%); 6(33%) mais de 40 anos. Estudos realizados demonstraram que a idade predominante dos gestores varia de 31 a 40 anos (SOUSA, 2012; COELHO et al., 2015). Outro estudo realizado em distritos sanitários de Natal/ RN demonstrou média de 43 anos de idade para os gestores (MELO et al., 2013).

Percebe-se assim, que o quadro gerencial do SAMU MN possui certa maturidade, com profissionais mais jovens e alguns no início de carreira.

Ainda na tabela 3 observar-se que 9(50%) são solteiros (as); 7(38%) casados (as); 1(6%) divorciado e 1(6%) separado. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Coelho e colaboradores, que apontou 14(44%) dos gestores são casados/união estável, 8(25%) solteiros (as) e divorciados (as) e 2(6%) viúvos (as) (COELHO et al., 2013).

Quando analisada a formação dos entrevistados, 12(67%) profissionais com formação na área de saúde e destes 6(34%) são enfermeiros; 3(17%) farmacêuticos; 1(5%) médico; 1(5%) psicólogo; 1(5%) gestor em saúde; 6(34%) somam outras áreas, tais como engenharia elétrica; técnico em contabilidade; técnico em telecomunicação; jornalista e um profissional com formação em comunicação social, evidenciando a presença de profissionais tanto da área da saúde quanto de outras áreas.

Quanto à função, 03 são gestores, 10 coordenadores e 06 assessores. Os gestores do SAMU, além da experiência no setor público de saúde, apresentam uma característica peculiar, uma vez que o maior percentual é de enfermeiros que atuam na função de coordenador e assessor.

Estudos realizados em serviços públicos de saúde, em diferentes regiões do Brasil, apresentaram dados semelhantes em relação à categoria profissional dos gestores. Em Goiânia, a enfermagem predominou com 36(49%) e em São Luís, 22 (69%) (MORAES, 2012; COELHO et al., 2015). Percebe-se assim, que o enfermeiro, vem ganhando espaço nos cargos gerenciais em diferentes contextos do serviço público de saúde.

Considerando o tempo de formação do grupo, a média é de 9 anos; 14(78%) têm até 9 anos de formado. Estudo realizado com gestores de saúde em São Luís apresentou dado diferente, a maioria dos gestores 14(44%) tinha acima de 10 anos de formação (COELHO et al., 2015).

Em relação ao nível de qualificação, identificou-se que, 12(67%) têm formação especializada; 2(11%) têm mestrado; 2(11%) são graduados e 2(11%) têm formação técnica. Dos enfermeiros, dois são especialistas nas áreas de Saúde da Família, um em Enfermagem do Trabalho e um em Urgência Emergência e Trauma.

Estudo realizado com gestores de um serviço público de São Luís demonstrou dado semelhante, 21(66%) dos gestores são pós-graduados (COELHO et al., 2015). Para Mezomo (2001), essa realidade pode ser justificada, como uma necessidade do mercado de trabalho que se apresenta cada vez mais exigente, onde a cada dia se trabalha mais a questão “qualidade”, tendo em vista a necessidade de boas práticas nos serviços.

Resultados de um estudo realizado em unidades pré-hospitalares móveis e fixas em Goiânia mostraram que, dos 74 gestores com curso superior, 35(47,2%) referiram ter realizado formação especializada para exercer a função de gestão na saúde pública. Destes, 15(43%) realizaram cursos oferecidos pela FIOCRUZ, tais como especialização de gestão em saúde e especialização em saúde pública. Na área de administração foram cinco pós-graduados e apenas um dos gestores afirmou ter realizado o mestrado como parte da formação (MORAES, 2012).

No estudo sobre análise dos distritos sanitários de Goiânia 16(80%) dos gestores afirmaram ter qualificação profissional específica para o cargo de gestão em saúde (SOUSA, 2012). Estes dados diferem desta pesquisa, pois os gestores afirmaram ter formação especializada em outras áreas de atenção à saúde.

Para Batista e Gonçalves (2011), apesar de alguns avanços na qualificação, o perfil dos profissionais de saúde demonstra necessidade crescente de educação permanente, considerada um grande desafio para o fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

Em relação ao tempo de trabalho na área da saúde, a maioria 10(55%) têm entre 1 a 9 anos. No que tange ao tempo de experiência no SAMU, 11(61%) têm entre 1 a 9 anos; 2 (11%) têm entre 10 a 20 anos e 5 (28%) têm menos que 1 ano. Pode-se inferir, que no SAMU, os gestores com mais de 10 anos de experiência foram contratados antes mesmo de o ser regionalizado. Além disso, demonstra que gestão do SAMU é formada por profissionais

experientes e por outro lado, de jovens que possuem tempo de experiência na área de saúde e no SAMU diferenciados.

Estudo realizado em Goiânia com gestores de unidades pré-hospitalares de urgência demonstrou que os gestores possuem um histórico de experiências associadas aos serviços de saúde, e 84(100%) têm experiência de gestão na saúde pública (MORAES, 2012).

Quanto à capacitação em urgência e emergência, 9(50%) dos 18 gestores são capacitados na área com os cursos de *Basic Life Support- BLS*, *PreHospital Trauma Life Support - PHTLS* e outros oferecidos pelo NEP, e 9(50%) não possuem capacitação em UE. Considerando que o curso *Advanced Cardiovascular Life Support -ACLS* é direcionado apenas aos profissionais de saúde, 3(17%) dos participantes têm essa formação.

Nota-se que há lacunas, em relação à formação especializada de gestores na área de gestão em saúde pública, e a capacitação em UE. Esta realidade sinaliza necessidade crescente dos gestores buscarem estratégias para o desenvolvimento de qualificação especializada e educação permanente.

De acordo com Melo et al. (2013), a qualificação dos representantes da saúde, daqueles que estão envolvidos nos processos de direção, condução e comando das ações pode ser considerado um fator que interfere na eficiência, eficácia e efetividade do Sistema Único de Saúde.

No que tange à natureza do vínculo empregatício, 15(83%) são contratados; 2(11%) foram admitidos por processo seletivo e 1(6%) concursados. O vínculo empregatício por contrato caracteriza uma relação de instabilidade e representa um traço de comando político governamental da região.

Estudo realizado em serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência de Goiânia, demonstrou que 59(70%) dos gestores possuem vínculo efetivo e 25(30%) têm contratos de trabalho. Ainda assim, os contratos podem ser considerados precários ou viciados pela interferência política partidária.

O vínculo empregatício mobilizado por questões políticas influencia a mobilidade dos cargos de gestão, o que determina profissionais com tempo curto de experiência e fixação no serviço. Essa condição demonstra a necessidade de proteger o serviço da descontinuidade administrativa, uma vez que seus profissionais lidam com a vida e a saúde das pessoas em situação de agravos urgentes e emergentes.

Em relação à jornada de trabalho semanal, 9(50%) dos profissionais trabalham de 40 a 44 horas. Pesquisa realizada em unidades pré-hospitalares no estado de Goiás demonstrou resultado diferente, a maioria dos gestores 75(89%) afirmou ter carga horária de 40 horas semanal.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar trabalham 24 horas e, especialmente o SAMU, por ser regionalizado, apresenta características peculiares que demandam dos gestores comprometimento e maior disponibilidade de tempo, tendo em vista caráter de urgência, a imprevisibilidade e as demandas de profissionais de bases descentralizadas localizadas em outros municípios.

6.1.2 Pilar operacional do SAMU Montes Claros

No pilar operacional, foram entrevistados 23 profissionais, sendo onze enfermeiros, dez técnicos de enfermagem e dois médicos reguladores e intervencionistas do SAMU/ MN de Montes Claros. Na tabela 4 é possível observar o perfil dos participantes.

Tabela 4- Caracterização dos profissionais entrevistados no pilar operacional do SAMU de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis	Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Médico		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	3	27	3	30	2	100	8	35
	Feminino	8	73	7	70	0		15	65
Idade	20 a 29 anos	4	36	2	20	1	50	7	31
	30 a 39	6	56	5	50	1	50	12	52
	> 40 anos	1	9	3	30			4	17
Estado civil	Casado	8	72	4	40	1	50	13	57
	Solteiro	2	18	4	40	1	50	7	31
	Separado	1	4					1	4
	Divorciado			2	20	2		2	8
Tempo de formação	< 1 ano	1	9					1	4
	1 a 9 anos	9	82	5	50	2	100	16	70
	10 a 20 anos	1	9	4	40			5	22
	> 20 anos			1	10			1	4
Nível de qualificação	Técnico			10	100			10	100
	Graduação	3	27			1	50	4	31
	Especialização	8	73			1	50	9	69
Experiência na área da saúde	< 1 ano							13	56
	1 a 9 anos	8	73	5	50			8	35
	10 a 20 anos	2	18	4	40	2	100	2	9
	> 20 anos	1	9	1	10				
Experiência no SAMU MN	< 1 ano								
	1 a 9 anos	10	90	8	80	2	100	20	87
	10 a 20 anos	1	10	2	20			3	13
Curso de capacitação	Sim	10	90	10	100	2	100	22	96
	Não	1	10					1	4
Forma de admissão	Concurso	5	46	6	60			11	48
	Contrato	4	36	1	10	2	100	7	30
	Processo seletivo	2	18	3	30			5	22
Jornada de trabalho	24 horas	1	9			1	50	2	9
	30 horas	9	82	8	80			17	74
	36 horas	1	9	2	20	1	50	4	17
Total	11	100	10	100	2	100	23	100	

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo no SAMU Macro Norte, Minas Gerais, 2015.

Os dados coletados revelaram que 15(65%) dos participantes são do sexo feminino com destaque na enfermagem, 8(73%). Este achado corrobora com a pesquisa realizada sobre o perfil da enfermagem brasileira, que demonstrou o predomínio da força de trabalho do sexo feminino na enfermagem, cujo percentual é de 84,6% (MACHADO et al., 2015).

Outros estudos realizados no SAMU de Belo Horizonte, Florianópolis e na região oeste de Santa Catarina identificaram, dentre os participantes, que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (ALVES et al., 2013; LUCHTEMBERG; PIRES, 2016; WORM et al., 2016).

Pesquisa realizada sobre as condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, demonstrou resultado diferente com predomínio do sexo masculino entre os profissionais de enfermagem, gestores e motoristas, fato que pode ser justificado pela necessidade de o trabalho no SAMU, demandar força e preparo físico (VEGIAN; MONTEIRO 2011).

Quanto à idade dos participantes deste estudo, predominou a faixa etária entre 30 a 39 anos, com 12(52%). Estudos realizados no SAMU de duas capitais brasileiras demonstraram o predomínio da faixa etária de 21 a 35 anos (ALVES et al., 2013; STUMM et al., 2009). Esses resultados mostram trabalhadores, predominantemente jovens nos serviços de urgência e emergência.

Quanto ao estado civil, 13(57%) são casados. Esse resultado corrobora com outros estudos realizados no SAMU de diferentes regiões do Brasil (STUMM et al., 2009; ROCHA, 2015; WORM et al., 2016).

Em relação à função do profissional no SAMU, todos os enfermeiros são intervencionistas e trabalham nas unidades móveis de suporte avançado. Quanto aos médicos, 100% são intervencionistas e reguladores. No que se refere aos técnicos de enfermagem, 6(60%) são intervencionistas das unidades móveis de suporte básico e 4(40%) são técnicos auxiliares de regulação médica – TARM.

Nota-se que os enfermeiros atuam especificamente nas ambulâncias de suporte avançado e os técnicos de enfermagem nas unidades de suporte básico e na central de regulação. Nota-se que os técnicos de enfermagem atuam sem supervisão direta do enfermeiro na unidade de suporte básico. Já na Central de Regulação, o técnico de enfermagem atua sob a supervisão da enfermeira assessora de regulação e dos médicos reguladores.

De acordo com a Resolução 375/11 do COFEN, é indispensável à presença direta ou não do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, que se dá em unidades móveis, terrestres, aéreas e marítimas com presença de risco conhecido ou desconhecido, bem como no atendimento intra-hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Atualmente, há discussões sobre a inclusão do enfermeiro na ambulância de suporte básico do SAMU, partindo do pressuposto de que cidades onde há apenas bases descentralizadas com unidades de suporte básico, também recebem ocorrências de maior complexidade, que necessitam de suporte avançado (MORAIS et al., 2015).

Quanto ao tempo de formação, 16(70%) têm entre 1 a 9 anos de formado. A média de tempo de formação dos enfermeiros é de 6,5 anos e destes, 9(82%) têm entre 1 a 9 anos de formado. Os técnicos de enfermagem têm média de 11 anos de formação, destes, 5(50%) têm de 10 a 20 anos de formado. Na categoria médica, 100% têm de 1 a 9 anos de formado.

Estudo realizado no SAMU de Florianópolis- Santa Catarina apresentou resultados semelhantes, em relação ao tempo de formação de enfermeiros e médicos. Cerca de 60% desses profissionais, afirmaram ter entre 5 a 10 anos incompletos de profissão e 25%, entre 10 a 20 anos (STUMM et al., 2009).

Considerando o tempo de experiência na área da saúde, 13 (56%) têm entre 1 a 9 anos e 8(35%) têm entre 10 a 20 anos. Analisando cada categoria profissional, a média de experiência, os enfermeiros têm 8 anos; técnicos de enfermagem e médicos, têm 11 e 4 anos respectivamente. Neste estudo, os técnicos de enfermagem são os profissionais com maior tempo de experiência na área da saúde.

No que refere à experiência de trabalho no SAMU, 20(87%) dos profissionais têm entre 1 a 9 anos, e deste, os profissionais de enfermagem têm maior tempo de experiência, quando comparado aos médicos. Estudo realizado no SAMU de Contagem – MG demonstrou, que 38,4% dos profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos e motoristas tinham entre 5 a 10 anos de experiência (ROCHA, 2015).

No que tange ao tempo de formação da enfermagem, pesquisa realizada por Machado e Cols (2015) mostrou que 63,7% dos enfermeiros brasileiros, têm de 10 anos ou menos de formação. Considerando os que têm no máximo 5 anos de formado, o percentual ultrapassa 38%. Já aqueles que atuam há mais de 30 anos somam pouco mais de 5% do total (MACHADO et al., 2016).

Na análise do nível de qualificação dos participantes 9(69%) dos médicos e enfermeiros são especialistas e 4(31%) são graduados. Dos enfermeiros, 55% são especialistas na área de urgência emergência e trauma; 18% na área de gestão, auditoria e Saúde da Família.

Dados semelhantes foram apresentados no estudo realizado no SAMU de Florianópolis- Santa Catarina. Mais de 40% dos médicos e enfermeiros são especialistas e cerca de 25% são graduados. Esse resultado comprova que as pessoas estão investindo em sua formação profissional, buscando atualização na área (STUMM et al., 2009).

A pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil publicada em 2015 revelou que cerca de 80% dos enfermeiros, nesse período, tinham concluído ou estavam fazendo alguma Pós-Graduação. Dentre as modalidades mais cursadas, 72,8% refere-se à especialização, e 10,9% ao mestrado acadêmico (MACHADO et al., 2015).

O expressivo percentual de enfermeiros brasileiros com Pós-Graduação é um dado que não pode ser analisado de forma isolada, pois só tem sentido, quando tomado de forma contextualizada e analisado à luz da política de aumento da escolarização de um modo geral, relacionada à ampliação de vagas e facilitação do acesso ao ensino superior experimentada nos últimos anos (MACHADO et al., 2016, p.19).

Quanto à capacitação profissional, (96%) dos participantes possuem cursos em urgência e emergência, tais como BLS, PHTLS e outros oferecidos pelo Núcleo de Educação Permanente do SAMU- NEP, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. Considerando que a capacitação em suporte avançado é somente para profissionais com formação de nível superior, 54% dos enfermeiros e médicos têm formação em ACLS.

Em se tratando especificamente de APH, a respectiva área exige uma gama de conhecimentos, atuação especializada e formação da equipe compatível com as demandas da população. Nesse sentido, os percentuais de profissionais com especialização, graduação e cursos de capacitação mostram que eles são qualificados para atuarem no referido serviço e esse resultado pode influenciar positivamente no enfrentamento de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho.

A Portaria 2.048 de 2002 salienta que os conteúdos de urgência e emergência ministrados nos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina são insuficientes. Para reverter esse quadro, os profissionais devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências. Estes núcleos têm como objetivo promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento, de acordo com o diagnóstico de cada região, capacitar recursos humanos, estimular a criação de equipes multiplicadoras, entre outros (BRASIL, 2002).

Ao analisar a variável forma de admissão, 48% dos profissionais foram admitidos por concurso público, predominantemente a enfermagem. A admissão por contrato corresponde a 30% e o processo seletivo a 22%, predominante, nas três categorias, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

É interessante destacar que houve, em 2012, concurso público para a área operacional do SAMU Macro Norte, mas, ainda assim, percebe-se a permanência de outros critérios de admissão, o que pode pôr em risco não apenas a lógica do sistema integrado, bem como a coesão, a cooperação e a interação das equipes de trabalho, a qualificação ofertada pelo Núcleo de Educação a Distância para esses trabalhadores e a satisfação no trabalho, diante da instabilidade que possuem em seus postos de trabalho.

Esses achados sinalizam para a necessidade de reestruturação dos vínculos empregatícios e de estratégias para o fortalecimento das condições de trabalho. De acordo com Scalco et al. (2010), a inserção fixa do trabalhador no sistema minimiza a precarização do trabalho e favorece com garantias trabalhistas, sendo este um indicador importante na gestão das pessoas.

Em relação à jornada de trabalho, cerca de 80% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalham 30 horas semanais. Na categoria médica, (50%) trabalha 24 horas e outro, 36 horas semanal.

Nota-se que a maioria dos profissionais da enfermagem do SAMU MN trabalha em regime de 30 horas, tendo em vista a conquista de redução da jornada de trabalho e o vínculo empregatício, isto é, por ser concursado.

Pesquisa realizada no SAMU da região Oeste de Santa Catarina demonstrou resultados diferentes desta pesquisa. Cerca de 61% dos enfermeiros atuam em plantões de 24 horas; sendo que a carga horária da maioria dos trabalhadores é de 12 horas (72%) e (50%) trabalham 40 horas semanais.

A carga de trabalho está definida como um componente de risco ao adoecimento para alguns trabalhadores podendo ocasionar problemas biopsíquicos (SCHMOELLER et al., 2011).

6.2 Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados deste estudo foram organizados em um tema e duas categorias. O tema 1 foi elaborado por meio de dados secundários, obtidos no banco de dados do CISRUN/SAMU MN e trata-se de um estudo preliminar sobre o perfil de atendimento do SAMU no Norte de Minas Gerais. As categorias 2 e 3 emergiram da triangulação de dados dos relatos dos participantes, obtidos nas entrevistas e na observação de campo. Esta apresentação é demonstrada no quadro 1.

Quadro 1- Apresentação do tema, categorias e subcategorias de estudo.

Tema	Categorias	Subcategorias
1. “Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais”.	1. A Construção Histórica do SAMU no Norte de Minas Gerais, Brasil: da concepção à regionalização.	1.1 A criação do SAMU na cidade de Montes Claros: “foi algo assim... que foi construído”; 1.2 A regionalização do SAMU Macro Norte: características, entraves e avanços.
	2. Um outro olhar sobre o trabalho cotidiano de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	2.1 A construção macroestrutural do SAMU. 2.2 O cotidiano: desvelando situações vividas 2.3 As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O tema e as categorias serão apresentados por meio de três artigos conforme a seguir:

Artigo 1- “Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais”.

Artigo 2- “A Construção Histórica do SAMU no Norte de Minas Gerais, Brasil: da concepção à regionalização”.

Artigo 3- “Um outro olhar sobre o trabalho cotidiano de profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”.

“O Sertão é muita coisa, Pensar no Sertão é pensar em ser muito, em ser tão...

Ser tão do Sertão

Ser da caatinga, caatinga do Sertãozão

Ser tão cheiroso feito o pequi

Ser tão lutador feito o povo Xacribá,

quilombola, geraizeiro

Ser tão biodiversidade...”

(Ser tão – Ana Amélia Cordeiro)



Fonte: Arquivo fotográfico da Pesquisadora. Rio São Francisco em Januária/MG, Brasil, 2016

**6.2.1 ARTIGO 1- PERFIL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA NO NORTE DE MINAS GERAIS**

**PROFILE OF SERVICE OF THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE IN
THE NORTH OF MINAS GERAIS**

**PERFIL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA
EN EL NORTE DE MINAS GERAIS**

Hanna Beatriz Bacelar Tibães¹
Doane Martins da Silva²
Marilia Alves³
Claudia Maria de Mattos Penna⁴
Maria José Menezes Brito⁵

1-Hanna Beatriz Bacelar Tibães. Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hannabacelar@gmail.com

2-Doane Martins da Silva. Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: doane.ef@hotmail.com

3-Marilia Alves. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: marilix.alves@gmail.com

4-Claudia Maria de Mattos Penna. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

5-Maria José Menezes Brito. Doutora em Administração. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: mj.brito@globo.com

Autor correspondente: hannabacelar@gmail.com. Endereço: Rua, Huraia de Arruda Alcântara, n.32. Bairro: Jardim Panorama, Montes Claros, Minas Gerais, CEP: 39401-876. Tel: (38)32230664. Brasil.

Aceito para publicação na Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online

Data: 07/02/2017

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais. **Método:** Estudo descritivo utilizando dados secundários do setor de estatística do SAMU referentes às ocorrências atendidas no período de maio de 2013 a agosto de 2015. **Resultados:** Foram registradas 1.062.109 ligações, sendo 32% ligações secundárias. Foram realizados 117.289 atendimentos, com predominância de usuários do sexo masculino (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos (55,62%). Do total de atendimentos, as causas clínicas (56,7%) e causas externas (35,8%) foram as mais frequentes. Nos atendimentos por causas externas, destacam-se os acidentes de trânsito, quedas e violência urbana. A Unidade de Suporte Básico foi utilizada em 87,5% dos atendimentos; os usuários foram encaminhados para hospitais (65,43%). **Conclusão:** Os resultados fornecem informações úteis às autoridades sanitárias e gestoras do setor saúde capazes de auxiliar na organização do serviço.

DESCRITORES: Perfil de Saúde, Serviços Médicos de Emergência, Socorro de urgência, Epidemiologia Descritiva, Assistência Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of the services performed by the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in the Expanded Health Region of Northern Minas Gerais. **Method:** Descriptive study using secondary data from the statistical sector of SAMU related to occurrences met from May 2013 to August 2015. **Results:** There were registered 1,062,109 phone calls, 32% of which were secondary. A total of 117,289 services were performed, with a predominance of male users (55.22%), aged between 20 and 60 (55.62%). Of the total of services, clinical causes (56.7%) and external causes (35.8%) were the most frequent. In the services of external causes, traffic accidents, falls and urban violence were prominent. The Basic Support Unit was used in 87.5% of the services; the users were referred to hospitals (65.43%). **Conclusion:** The results provide useful information to health authorities and managers of the health sector capable of assisting in the organization of the service.

DESCRIPTORS: Health Profile; Emergency Medical Services; Emergency Relief; Epidemiology Descriptive; Prehospital Care.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de las atenciones realizadas por el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) en la Región Ampliada de Salud del Norte de Minas Gerais. **Método:** Estudio descriptivo utilizando datos secundarios del sector de estadística del SAMU sobre las ocurrencias atendidas entre mayo de 2013 y agosto de 2015. **Resultados:** Se registraron 1.062.109 llamadas, con 32% de llamadas secundarias. Se realizaron 117.289 atenciones, con predominio de hombres (55,22%), con edades entre 20 y 60 años (55,62%). Del total de atenciones, las causas clínicas (56,7%) y las causas externas (35,8%) eran las más frecuentes. En las atenciones por causas externas, accidentes de tráfico, caídas y violencia urbana

tuvieron más destaque. La Unidad de Soporte Básico se utilizó en el 87,5% de las atenciones; los usuarios eran remitidos a hospitales (65,43%). **Conclusión:** Los resultados suministran informaciones útiles para las autoridades sanitarias y gestoras del sector de salud capaces de ayudar en la organización del servicio.

DESCRIPTORES: Perfil Del Salud; Servicios Médicos de Urgência; Socorro de Urgência; Epidemiología Descriptiva; Atención Prehospitalaria.

INTRODUÇÃO

A necessidade de organizar um sistema de atenção às urgências e emergências no País foi reconhecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.048/2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços.¹ Posteriormente, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram considerados quatro componentes para a organização de redes de atenção integral às urgências: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.² O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel, foi instituído pela Portaria nº 1.864/2003, como principal elemento da PNAU a ser implantado em todo o território brasileiro.³

O SAMU tem como finalidade atender pessoas com risco elevado de vida, sendo, na maioria das vezes, um serviço local de urgência e emergência com gestão municipal. Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais (MG), em consonância com a proposta de regionalização de atenção à saúde, a partir de 2008, o SAMU foi incorporado a uma rede de atenção às urgências em âmbito regional, consistindo em uma ação pioneira no Estado. Esta nova forma de organização regional remete à necessidade de se conhecer o perfil de atendimento deste serviço, como forma de contribuir para o monitoramento das urgências e emergências e subsidiar o planejamento e avaliação de saúde neste lócus, considerando suas características populacionais, geográficas e condições de saúde. Ressalta-se, também a relevância do presente estudo, haja vista as mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos no Brasil, caracterizadas pelo aumento da morbimortalidade por causas externas, doenças crônicas e maior número de idosos, gerando aumento da demanda,

superlotação e esgotamento dos serviços de urgência, tendo em vista que serviços abertos 24 horas, tendem a ser a porta de entrada preferencial dos usuários.⁴⁻⁵

Na Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, a organização do SAMU Regional aconteceu de modo distinto de outros municípios, visto que já existia um SAMU local, sob a gestão municipal. Análises da situação de saúde da região evidenciaram elevados índices de mortes por causas mal definidas, elevado número de atendimentos devido agudização de doenças crônicas, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à alta densidade territorial, fragmentação das ações em saúde e desigualdade na alocação de recursos, o que revelou a necessidade da estruturação de uma Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RAUE) na Região.⁶

A RAUE é constituída pelos pontos de atenção hospitalares classificados de acordo com sua tipologia e função, o Protocolo de Manchester para a classificação de risco e o SAMU regional com 37 bases descentralizadas, com uma Central de Regulação própria, que coordena os atendimentos das Unidades Pré-Hospitalares.⁷

O atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência, embora tenha apresentado avanços, ainda revela problemas estruturais do sistema de saúde, incluindo barreiras no acesso dos usuários, inadequação na formação dos profissionais de saúde, precarização de recursos, lotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, número insuficiente de leitos especializados e fragilidade dos mecanismos de referência, indispensáveis para a organização dos fluxos de atenção integral às urgências.⁸⁻⁹

A organização do SAMU regional visava minimizar estas dificuldades, e superar desafios históricos ampliando não somente o acesso e o uso dos equipamentos sociais com menor custo, mas também qualificando o atendimento em todos os pontos de atenção da rede. Assim, o conhecimento do perfil de atendimentos pode subsidiar a otimização dos recursos existentes na região, bem como as decisões estratégicas da esfera gestora.

Este estudo é relevante, tendo em vista que o SAMU regionalizado foi uma experiência pioneira no Estado de MG e sua organização e gestão foi referência para a conformação de outras redes regionais já estruturadas nas Regiões Ampliadas de Saúde Centro Sul, Nordeste Jequitinhonha, Sudeste e Sul. Assim, este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do perfil dos atendimentos de urgência e emergência realizados pelo SAMU na Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. A opção por este período de estudo se deve ao fato de o setor de estatística do SAMU, com sede no município de Montes Claros ter sido implantado em maio de 2013. Anteriormente a esta data, o serviço não contava com sistema informatizado e equipe específica para o registro de informações sobre os atendimentos.

O serviço em foco integra a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde de MG e possui 37 bases descentralizadas, com central operacional na cidade de Montes Claros e gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN). A Região Ampliada abrange 86 municípios de 09 Regiões de Saúde, a saber: 1): Montes Claros/Bocaiúva; 2): Brasília de Minas/ São Francisco; 3): Salinas/Taiobeiras; 4): Janaúba/ Monte Azul; 5): Pirapora; 6): Januária; 7): Francisco Sá; 8): Manga; 9): Coração de Jesus.¹⁰

O SAMU regional possui 07 (sete) Unidades de Suporte Avançado (USA) e 40 Unidades de Suporte Básico (USB), distribuídas estrategicamente pela região e tem uma organização com vasta área de cobertura para urgências clínicas e traumatológicas. As USB estão instaladas em todas as Regiões de Saúde e as USA em apenas seis destas Regiões. Cada região conta com um município referência, sendo Montes Claros com 02 (duas) USA, Brasília de Minas, Taiobeiras, Janaúba, Pirapora e Januária, que contam com uma USA.

Foram utilizados dados secundários disponibilizados pelo setor de estatística do SAMU, referentes às ocorrências atendidas no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Entende-se por ocorrência as chamadas recebidas, mesmo que sejam trotes, ligações secundárias ou resultem em queda de ligação. O número ocorrências não corresponde ao número de atendimentos, tendo em vista que estes dizem respeito a situações que demandaram a intervenção das equipes de suporte básico ou avançado, com o envio de ambulância.

Os dados foram digitados em planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel 2007*, obtendo-se o agrupamento das variáveis disponibilizadas em (i) dados demográficos (sexo, idade); (ii) origem das chamadas; (iii) atendimento às ocorrências realizadas com Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (iv) ocorrências e transferências/interceptação de pacientes realizadas pela Unidade de Suporte Avançado

(USA); (v) atendimentos por causa e (vi) evolução dos atendimentos. Os dados foram submetidos à análise por meio da estatística descritiva e apresentados em números absolutos, percentuais e médias, tendo sido utilizado o programa *Microsoft Office Excel 2007*.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, foram atendidos os preceitos da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer Técnico CAAE nº 50185515.4.0000.5149, após autorização da instituição.

RESULTADOS

No período de maio de 2013 a agosto de 2015, foi registrado um total de 1.062.109 ligações sendo 341.137 (32%) de ligações secundárias, ou seja, uma segunda chamada para um mesmo evento já registrado; 225.229 (21,20%) foram trotes e 167.890 (16%) resultaram em orientação não médica, em sua maioria fornecida por técnicos de enfermagem que ocupam o cargo de Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização das ligações telefônicas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N=1.062.109).

Ligações telefônicas	Anos						Total	
	2013		2014		2015		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Trote	46.605	18,6	98.197	21,9	80.427	23	225.229	21,2
Orientação não médica	29.295	11,7	75.651	16	62.944	18	167.890	16
Orientação médica	44.892	17,9	34.528	7,7	24.479	7	103.899	9,79
Envio de ambulância	36.340	14,5	45.399	9,8	31.453	8	113.192	10,65
Queda de ligação	16.577	6,4	52.233	11	41.962	12	110.762	10
Chamadas secundárias	77.396	30,9	155.339	33,6	108.402	31	341.137	32
Total	250.105	100	461.347	100	349.686	100	1.062.109	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

Quanto ao número de atendimentos realizados pelo SAMU, foram registrados 117.289. A maioria dos atendimentos foi prestada a usuários do sexo masculino, perfazendo

64.754 pessoas (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos, correspondendo a 64.679 (55,62%) dos atendimentos, conforme Tabela 2. A diferença entre a totalidade por sexo e faixa etária se deve à falta de registros das informações.

Tabela 2- Distribuição dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo sexo e faixa etária, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Atendimento por Sexo e Faixa etária	Anos						Total	
	2013		2014		2015		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	21.878	54	26.135	57	16741	54	64.754	55,22
Feminino	15.531	39	18.620	40	12.305	40	46.456	39,61
Não informado	2.864	7	1.329	3	1.868	6	6.061	5,17
Total	40.273	100	46.084	100	30.914	100	117.271	100
Idade de 0 a 1 ano	3.500	8,7	534	1	330	1,0	4.364	3,75
Idade 2 a 9 anos	1.032	2,56	360	1	252	0,82	1.644	1,41
Idade de 10 a 19 anos	3.668	9	4.361	9	2.835	9,17	10.864	9,34
Idade de 20 a 60 anos	21.923	54,45	25.568	58	17.188	55,6	64.679	55,62
Idade > 60 anos	9.926	24,65	11.058	24	7601	24,6	28.585	24,58
Não informado	224	0,55	3.223	7	2706	8,75	6.153	5,3
Total	40.273	100	46.104	100	30.912	100	117.289	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

No período do estudo, a USA foi responsável por 12.871 atendimentos. Deste total, 9.521 (73,97%) foram para atendimentos às ocorrências (Tabela3).

Tabela 3- Distribuição dos atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo regiões de saúde por ano, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N =9.521).

Regiões de Saúde	Atendimento às Urgências com USA							
	Anos							
	2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Montes Claros	1.595	50,65	1.718	48,54	1.420	50,12	4.733	49,71
Januária	280	8,9	350	9,89	280	9,89	910	9,56
Pirapora	358	11,36	367	10,37	302	10,66	1.027	10,78
Janaúba	508	16,13	568	16,05	389	13,73	1.465	15,39
Brasília de Minas	227	7,21	282	7,97	227	8,0	736	7,73
Taiobeiras	181	5,75	254	7,18	215	7,6	650	6,83
Total	3149	100	3539	100	2833	100	9.521	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

Em 3.350 (26,03%) atendimentos, a USA foi utilizada nos casos de transferências/interceptação de pacientes, que ocorre quando há necessidade do SAMU de uma Região de Saúde realizar a transferência do paciente para outra equipe localizada em outro local/cidade. Há um protocolo de interceptação que define a distância que cada equipe do SAMU regional deve percorrer até a transferência do paciente. Assim, as equipes se encontram no meio do trajeto para proceder à transferência mencionada.

Nas transferências ocorre o envio de dois veículos para atender a um só paciente. A transferência é contabilizada como uma única chamada e corresponde ao envio de dois veículos, o que justifica a diferença entre o número de atendimentos realizados pela USA e o envio de ambulâncias. Do total de 3.350 transferências/interceptação de pacientes realizadas pela USA, a Região de Montes Claros apresentou maior frequência, com 1.309 (39,1%).

No período do estudo, as USB realizaram 102.652 atendimentos, sendo a maioria, 42.694 (41,60%) na Região de Saúde de Montes Claros, conforme tabela 4.

Tabela 4- Distribuição dos atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo regiões de saúde por ano, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N =102.652).

Regiões de Saúde	Atendimento com USB							
	Anos							
	2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Montes Claros	14.232	41,76	17.313	41,9	11.149	40,9	42.694	41,6
Januária	2.254	6,61	2.930	7,09	2.013	7,3	7.197	7,01
Pirapora	2.986	8,76	3.502	8,48	2.198	8,1	8.686	8,46
Janaúba	5.588	16,4	6.699	16,2	4.451	16,4	16.738	16,3
Francisco Sá	1.154	3,4	1.342	3,24	832	3,1	3.328	3,24
Coração de Jesus	624	1,83	727	1,75	533	2,0	1.884	1,84
Brasília de Minas	3.205	9,4	3.863	9,34	2.781	10,2	9.849	9,6
Taiobeiras	3.000	8,8	3.800	9,19	2.427	8,9	9.227	8,99
Manga	1.035	3,03	1.156	2,8	858	3,2	3.049	2,97
Total	34.078	100	41.332	100	27.242	100	102.652	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

O envio de ambulâncias é menor que o total de atendimentos realizados, porque a equipe de uma ambulância pode prestar atendimento a mais de uma vítima, conforme o evento. O SAMU contabiliza este dado como uma chamada e o envio de uma ambulância. Por outro lado, há situações em que a Central de Regulação pode enviar mais de uma ambulância para realizar atendimento, dando apoio a uma equipe já encaminhada. Nesse caso, é contabilizado o envio de mais de uma ambulância, registrando-se uma única chamada.

As causas de atendimento, classificadas em clínicas, psiquiátricas, obstétricas e causas externas, mostram predominância de situações clínicas, com 56,7% dos casos, seguidas pelas causas externas, com 35,8%, conforme tabela 5.

Verifica-se que o número total de atendimentos por causa é menor do que o número total de atendimentos (por sexo e faixa etária), o que pode estar relacionado à ausência de registro de dados. Na distribuição das causas de atendimento segundo o sexo, a maior prevalência foi para o masculino, tanto para as causas clínicas como para as causas externas.

Tabela 5- Distribuição das causas de atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N=115.457).

Atendimentos por causa	Anos							
	2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Clínicas	22.333	58	25.173	56	17.007	55	65.513	56,7
Psiquiátricas	1.564	4	1.679	4	1.210	4	4.453	3,9
Obstétricas	1.522	4	1.451	3	1.189	3,8	4.162	3,6
Causas externas	13.235	34	16.545	37	11.549	37,2	41.329	35,8
Total	38.654	100	44.848	100	30.955	100	115.457	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

Entre os atendimentos por causas externas, os acidentes de trânsito registraram o maior número, 27.305 (68,22%), seguidos de quedas com 8.142 (20,34%), violência urbana com 4.024 (10,05%), autoagressão com 417 (1,04%) e acidente de trabalho com 139 casos (0,35%). Nos acidentes de trânsito, os acidentes de motocicleta ocuparam o primeiro lugar com 16.881 (61,82%) atendimentos, seguido de veículos com 5.667 (20,76%), bicicleta com 2.598 (9,51%) e atropelamento com 2.159 (8%) atendimentos.

Quanto à violência urbana, houve um total de 4.031 atendimentos, agressões interpessoais ocuparam o primeiro lugar com 1.729 casos (42,9%), seguidas de agressões por arma de fogo, com 1.319 (32,72%) e agressões por arma branca com 983 (24,38%) atendimentos.

No que se refere à evolução dos atendimentos, 76.747 (65,43%) dos pacientes foram encaminhados para hospitais, 19.273 (16,43) liberados no local, 2.938 (2,5%) foram a óbito e nos demais atendimentos não foi especificada a evolução.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que 32% das ligações recebidas foram secundárias, o que geralmente acontece nos casos em que há demora no envio de ambulâncias para o local da ocorrência, fazendo com que o solicitante refaça a ligação. A demora entre a solicitação de atendimento e a chegada da equipe ao local da ocorrência pode estar relacionada às dificuldades de operacionalização do serviço, à falta de ambulâncias ou à indisponibilidade

por estarem atendendo outras ocorrências, congestionamento no trânsito, barreiras geográficas, grande extensão territorial, estradas de difícil acesso e retenção de macas do SAMU em serviços de emergências hospitalares.

A superlotação dos serviços de urgência e emergência, insuficiência de recursos financeiros e humanos são outros fatores que contribuem para a demora no tempo de início da conduta, podendo comprometer o prognóstico dos casos e a qualidade do atendimento.^{8,11}

O fator “tempo resposta”, correspondente ao tempo existente entre a chamada e a chegada da equipe à cena é determinante para a qualidade do atendimento.³ Segundo o *Committeon Trauma of Surgeons*, o tempo ideal para a intervenção pré-hospitalar em pacientes vítimas de traumas é de 20 minutos.¹²

No Brasil, pesquisas mostraram que a média do tempo resposta em Manaus foi de 2 minutos, 15 minutos no Recife, no Distrito Federal e em Curitiba de 10 minutos e no Rio de Janeiro 9 minutos.¹³ Em Teresina/Piauí, estudo constatou que em relação ao deslocamento para o local da ocorrência na zona urbana, o SAMU gasta cerca de 36% a mais de tempo que o recomendado pelo *Committeon Trauma of Surgeons*.¹⁴

Do total de ligações recebidas, verificou-se elevado percentual de trotes, situação que pode comprometer o atendimento às vítimas que realmente necessitam de atendimento. Estudo realizado no SAMU de Teresina/Piauí mostrou em média 330 trotes por ano.¹⁴ O número de trotes recebidos no SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, somente em 2014, foi superior ao encontrado em Teresina, com uma média de 8.183 trotes mensais. Em algumas ocorrências, ao receber a ligação do solicitante, o TARM consegue triar casos que evidenciam trotes. No entanto, há situações para as quais é enviada ambulância e, somente ao chegar ao local de origem da chamada, a equipe reconhece a ocorrência de trote. Estas situações resultam em deslocamento desnecessário de ambulâncias, o que gera custos e desgaste da equipe. Ademais, a utilização inadequada do SAMU é prejudicial para os pacientes graves, que ao buscarem atendimento, podem enfrentar demora no envio de ambulâncias que muitas vezes, são enviadas para solicitações oriundas de trotes.

A realidade descrita revela a necessidade de sensibilizar e orientar a população quanto às prioridades de acionamento do serviço, bem como os prejuízos para o serviço e população advinda de situações de trotes.

A orientação não médica apresentou alta frequência na caracterização das ligações telefônicas. Trata-se de uma prática no trabalho da CR, regulamentada por protocolo de

atendimento. Esta central é composta por médico regulador primário e secundário e o TARM, orientado para atuar na CR. A ligação é recebida primeiro pelo TARM para identificar o solicitante, o tipo de chamada, localizar a ocorrência e fornecer as informações necessárias. Se não houver necessidade de orientação médica, o TARM encerrará a solicitação sem a intervenção do médico regulador.¹⁵

Em situações que necessitem de orientação do médico regulador, cabe ao mesmo realizar o acolhimento do solicitante, estabelecer estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta adequada e equânime à solicitação.¹⁵ Nas situações em que couber a intervenção da equipe no local, esta será acionada para o atendimento e, quando não se caracterizar como urgência ou emergência, o solicitante será orientado quanto aos primeiros cuidados ou para se dirigir à unidade de saúde por meios próprios.

Na presente pesquisa 9,79% das orientações foram fornecidas pelo médico, sem necessidade de encaminhamento de ambulâncias ao local da ocorrência, evitando custos para o SAMU, sendo, portanto, uma prática positiva para o trabalho da CR. No entanto, fatores estruturais dificultam a comunicação, tais como a qualidade do sinal das antenas e fibra ótica, usadas pela telemedicina e interrupções por intempéries ambientais que comprometem o funcionamento deste sistema, resultando em queda de ligação em 10% das chamadas.

Os resultados revelam que a maioria dos atendimentos foi para o sexo masculino, na faixa etária entre 20 a 60 anos. Estudos¹⁶⁻⁷ realizados em SAMU mostraram que houve predomínio do sexo masculino nos atendimentos realizados, tanto por USA quanto por USB.

O maior número de atendimentos ao sexo masculino pode se relacionar ao fato de homens freqüentemente recorrerem aos serviços em virtude de doenças agudas e casos de agudização de doenças crônicas já instaladas. As mulheres buscam outros serviços da rede de atenção, como a Atenção Primária à Saúde (APS), para realizar ações de prevenção. Por outro lado, homens tendem a delongar a procura por atendimento e se mostram resistentes a procurar os serviços de prevenção e promoção à saúde.¹⁸

Quanto à faixa etária dos usuários que receberam atendimento no SAMU verificou-se que a população economicamente ativa tem sido precocemente atingida por agravos que exigem intervenção do serviço. Estudo realizado com o transporte aéreo do SAMU do Estado de Pernambuco apontou que a maioria dos atendimentos ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos e 20 a 49 anos.¹⁹ Usuários na faixa etária de 60 anos ou mais, registraram o segundo maior número de atendimentos, o que está relacionado às mudanças ocorridas na pirâmide

etária do Brasil, caracterizadas pelo envelhecimento da população e pela transição epidemiológica, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, sendo o serviço de urgência freqüentemente solicitado nos casos de agudização de problemas crônicos.

Nos atendimentos de urgência por unidades móveis predominaram as USB, com 87,5%. Estas unidades são equipadas para realizar o primeiro atendimento às urgências e contam com técnico de enfermagem e condutor/socorrista, que intervém por meio de medidas não-invasivas sob orientação de médicos das centrais de regulação.¹⁵ As USB são em maior número no SAMU e sua utilização sinaliza atendimento de pacientes sem risco imediato de vida. Em alguns casos, as USB oferecem suporte às USA no atendimento a vítimas em estado grave.

As USA são utilizadas no atendimento às situações de risco iminente de vida. Houve atendimento com USA em todas as regiões de saúde pelo fato do serviço ser regionalizado e descentralizado. Estas unidades também são utilizadas para transferência inter-hospitalar de pacientes para serviços de maior complexidade, conforme regulamentado pela Política Nacional de Atenção às Urgências,¹⁵ ou ainda são enviadas após avaliação pela equipe de suporte básico. A USA possui materiais necessários para atender todos os tipos de agravos e a equipe é composta por médico, enfermeiro e condutor.

Estudos realizados nos SAMU de outras regiões do País apresentam dados semelhantes aos achados da presente pesquisa. Em Catanduva- SP, do total de 76.296 atendimentos realizados pelo SAMU no período de janeiro de 2006 a agosto de 2012, a USB foi utilizada em 90% das ocorrências.¹⁶ Em Porto Alegre- RS, as equipes de suporte básico também foram as mais acionadas.²⁰ No SAMU de Belo Horizonte, o atendimento às vítimas de acidentes de trânsito foi realizado predominantemente por USA.²¹

Na realização da transferência inter-hospitalar com utilização da USA, a Região de Saúde de Montes Claros apresentou maior percentual (39,1%). Apesar dos dados não revelarem o local de transferência dos pacientes, pode-se inferir que estes foram admitidos em instituições hospitalares localizadas em Montes Claros, o maior centro urbano da região Norte de Minas, com infraestrutura capaz de atender as demandas de urgência e emergência, procedimentos referenciados de outros municípios da Região Ampliada de Saúde, além de acolher pacientes que buscam serviços complexos que não existem em seus locais de origem.²²

Entre as causas de atendimento predominaram as causas clínicas, seguidas de causas externas, psiquiátricas e obstétricas. Dados semelhantes foram encontrados em Catanduva, Porto Alegre-RS e macrorregião centro-sul de Minas Gerais.^{16,20-3}

Na população masculina, causas clínicas e externas foram apontadas com maior percentual de atendimentos. Estudos realizados nos SAMU do Brasil revelam o crescimento de agravos clínicos e decorrentes da violência do trânsito e urbana em homens, o que remete a importância da implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção destes agravos que visem a queda nos números desses tipos de agravos, baseando-se nas consequências que a imprudência no trânsito pode resultar.^{16,23-4}

Nos atendimentos por causas externas, predominaram os acidentes de trânsito (68,22%). Este resultado é superior aos achados no SAMU em João Pessoa-PB, cujo percentual de vítimas no trânsito representou aproximadamente 25% dos atendimentos realizados pelo serviço.²⁵ Acidentes com motocicletas ocuparam o primeiro lugar, com 61,82% dos atendimentos. Em outros estudos, o percentual de envolvimento de motocicleta foi inferior a este achado.²³⁻⁶

O número de acidentes com motocicletas revela o aumento da utilização deste veículo nos grandes centros urbanos, uma vez que é econômico e atende aos serviços alternativos, como as empresas prestadoras de serviços, que a utilizam como meio de transporte rápido.

As quedas representaram a segunda maior causa de atendimentos por causas externas (20,34%). Embora as mesmas não tenham sido especificadas nos registros de atendimento do SAMU, infere-se que esse tipo de evento pode estar associado ao uso de motocicletas, responsáveis pelo maior número de acidentes de trânsito e ainda, casos de quedas de pacientes idosos, a segunda maior população atendida (24,58%). Os idosos possuem maior risco de queda e são particularmente vulneráveis ao aumento da morbidade e mortalidade na sequência de uma queda.²⁷

Nos atendimentos a casos de violência urbana foi verificado maior número de atendimentos a vítimas de agressão interpessoal (42,9%), situações em que há uso intencional da força física de uma pessoa contra outra, resultando em lesões que demandam atendimento do SAMU. As agressões por arma de fogo ocuparam o segundo lugar (32,72%) nos atendimentos por violência urbana. Estudo realizado em Sorocaba apontou dados inferiores quando comparados aos da presente esta pesquisa, do total de 10.401 atendimentos pelo SAMU por causas de violência, 0,45% foram vítimas de projétil de arma de fogo.²⁸

A violência urbana representa a terceira maior taxa de óbitos nos Países da América Latina, principalmente em pessoas com idade entre 15 e 44 anos e a sexta maior causa de internação hospitalar.²⁹ No Brasil, apesar da criação do Estatuto do Desarmamento, Lei 10.826/03, que regulamenta o registro, posse e comercialização de armas de fogo, a violência urbana ainda persiste como um problema de saúde pública.³⁰

Na evolução dos atendimentos, o encaminhamento de pacientes para o hospital foi predominante, o que também foi verificado em outros estudos.^{16,26} A liberação da vítima no local evidencia que a mesma está em condições favoráveis e não necessita ser encaminhada pelo SAMU para outros serviços da rede de atenção à saúde ou pode haver recusa, por parte da vítima, em ser conduzida para outro serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de maio de 2013 a agosto de 2011, no SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais foram registrados 117.289 atendimentos, nos quais houve necessidade de envio de ambulâncias. O sexo masculino representou a maior parte dos usuários atendidos. A faixa etária de 20 a 60 anos foi a de maior demanda, seguida dos maiores de 60 anos. A USB foi a mais utilizada nos atendimentos. Quanto às causas de atendimento foram predominantes as clínicas, seguidas pelas causas externas. A maioria dos usuários atendidos foi encaminhada para hospitais.

Os dados encontrados reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção relacionadas às causas clínicas e causas externas, com destaque para os acidentes por motocicleta. Verificou-se dificuldades na operacionalização do serviço, reveladas pelas ligações secundárias, a queda de ligações na Central de Regulação, alta frequência de trotes, o que ocasionou desperdício de recursos e perda de tempo, um dos fatores primordiais para a prestação de assistência de qualidade do serviço.

O estudo apresenta limitações por não especificar a natureza das causas clínicas, psiquiátricas e obstétricas e os dados serem consolidados por regiões de saúde, o que dificulta o planejamento de ações específicas para cada município. Além disso, dados consolidados não possibilita análises mais precisas dos eventos. A validade externa está condicionada ao território geográfico estudado, sendo permitida apenas a transferência de conclusões para

realidades semelhantes. A ausência de registro de alguns dados revela a importância dos profissionais serem orientados quanto à importância do preenchimento dos dados de atendimento para o monitoramento do perfil de atendimentos do SAMU.

A análise do perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU propiciou a obtenção de informações úteis às autoridades sanitárias e gestoras do setor saúde da região. Os resultados podem contribuir para a adoção de estratégias voltadas para a organização e melhoria na oferta de serviços. Espera-se que os resultados alcançados impulsionem a realização de novos estudos.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, 12 Nov 2002.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 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 do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, 6 Out 2003.

4. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud av [Internet]. 2013; [cited 2016 feb 07]; 27(78):27-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

5. Marques AJS, Mendes EV, Silva JÁ, Silva MVCP. Rede de Urgência e Emergência. In: Marfa AA, Marques AJS, Mendes EV, Carvalho LL, Júnior WC. Choque de Gestão em Minas Gerais: resultado na Saúde. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010. p. 117-135.

6. Marques AJS. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

7. Conselho intermunicipal de saúde da rede de urgências do Norte de Minas (CISRUN). Relatório de gestão, 2011-2012. Montes Claros (MG); [201?].

8. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011; june [cited 2016

apr 06];45(3): 519-28. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010

9. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009; june [cited 2016 apr 19];18(2):266-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707200900020000

10. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. PDR-Plano Diretor de Regionalização Assistencial. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2002.

11. O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. *Saude soc* [Internet]. 2013; mar [cited 2016 mar 19]; 22(1): 199-210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100018>.

12. Whitaker IY, Gutiérrez MGR de, Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev Assoc Med Brás* [Internet]. 1998; june [cited 2016 mar 9]; 44(2): 111-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000200008>.

13. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008; aug [cited 2016 apr 4]; 24(8):1877-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>.

14. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012; july-sept [cited 2016 apr 4]; 17(3):471-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29287>

15. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Especializada. Secretária de Atenção à Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília (DF): MS; 2006.

16. Gonsaga RAT, Brugognolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC da, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013; apr-june [cited 2016 apr 4]; 22(2):317-24. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a13.pdf>

17. Pitteri JSM, Monteiro OS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2010; [cited 2016 apr 4]; 21(3):227-36. Available from: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2010Vol21_3art5CaracterizacAO.pdf

18. Oliveira MM, Daher DV, Silva, JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [cited 2016 Apr 4]; 20(1): 273-78. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63033062030>

19. Nardoto EMI, Diniz JMT, Cunha CEG. Perfil da vítima atendida pelo Serviço de Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011; mar [cited 2016 apr 19]; 45(1): 237-242. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100033&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100033>.

20. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. *Acta paul enferm* [Internet]. 2011; [cited 2016 apr 19]; 24(2): 185-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200005>.

21. Resende VD, Morais DA, Mota PA, Araújo RM, Avelino RP, Henriques RPH. Ocorrências de acidentes de trânsito atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Belo Horizonte. *R Enferm Centro O Min* [Internet]. 2012; may-aug [cited 2016 apr 19]; 2(2):177-94. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/187>

22. Magalhães, SCM; Lima SC. Cenário da rede de saúde no Norte de Minas Gerais. *Hygeia* [Internet]. 2012; dec [cited 2016 apr 19]; 8 (15):245-58. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19880>

23. Rocha GE, Caetano EA, Gir E, Reis RK, Pereira FMV. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014; oct [cited 2016 mar 4]; 8 (10): 3624-31. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6666>

24. Gomes ATA de L, Silva M da F, Dantas BA Da S, Dantas RAN, Mendonça AEO De, Torres G De V. Caracterização dos acidentes de trânsito assistidos por um serviço de atendimento móvel de urgência. *J. pes.: fundam. care. online* 2016; abr./jun; 8(2):4269-4279

25. Soares RAS, Pereira APJT, Moraes RM, Vianna RPT. Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012; Dec [cited 2016 apr 24]; 21(4): 589-600. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400008>.

26. Duarte SJH, Lucena BB, Lorita LHM. Atendimentos prestados pelo Serviço Móvel de Urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011; july-sept [cited 2016 mar 19]; 13(3):502-7. Available from: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/10977>.

27. Coussement J, Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing falls in acute and chronic care hospitals: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2008; jan [cited 2016 apr 20]; 56(1):29-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18031484>

28 Ciantelli GI, Morais LA, Moda M, Leonato DD, Rodrigues JMS. Vítimas de ferimentos por arma de fogo atendidas pelo SAMU- Sorocaba. *Rev Fac Ciênc Méd* [Internet]. 2013; [cited 2016 apr 19]; 15(2):22-3. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/7853>

29. Organização Panamericana de Saúde. OPAS. *Violência e Saúde Pública*. Washington: OPAS; 2003.

30. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 10.826. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 Dez 2003.

6.2.2 ARTIGO 2- A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DA CONCEPÇÃO À REGIONALIZAÇÃO

THE HISTORICAL CONSTRUCTION OF A MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE: FROM CONCEPTION TO REGIONALIZATION

LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA MÓVIL: DESDE EL DISEÑO HASTA LA REGIONALIZACIÓN

Hanna Beatriz Bacelar Tibães¹
Danielle de Araújo Moreira²
Cecília Maria de Lima Cardozo³
Lívia Nápoli Afonso⁴
Claúdia Maria de Mattos Penna⁵
Maria José Menezes Brito⁶

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Montes Claros/MG, Brasil. E-mail: hannabacelar@gmail.com.

2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: danimg12@yahoo.com.br

3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: cecialimacardoso@yahoo.com.br

4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: livia_napolli@yahoo.com.br

5 Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

6 Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: mj.brito@globo.com

Autor correspondente: hannabacelar@gmail.com. Endereço: Rua, Huraia de Arruda Alcântara, n.32. Bairro: Jardim Panorama, Montes Claros, Minas Gerais, CEP: 39401-876. Tel: (38)32230664. Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender a construção histórica do SAMU Macro Norte de Montes Claros-Minas Gerais: da sua concepção à regionalização. Método: estudo qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, realizado com 41 profissionais. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e submetidos à análise de conteúdo temática. Resultados: a regionalização, com a incorporação do SAMU na rede de urgência e emergência, proporcionou melhorias no sistema de saúde, pois ampliou o acesso dos usuários aos serviços. Ademais, a proposta da regionalização foi efetivada mediante o comprometimento de todos os envolvidos, destacando o sentimento de pertencimento do grupo e a socialização como elementos que contribuíram neste processo. Conclusão: apesar dos avanços proporcionados pela regionalização, alguns desafios estiveram presentes, afinal, sempre haverá uma situação de desafio, o lugar comum do SAMU a ser confrontado a cada dia pelos profissionais.

Descritores: Regionalização; Serviços Médicos de Emergência; Redes de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Assistência Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to understand the historical construction of SAMU Macro Norte de Montes Claros - Minas Gerais: from its conception to regionalization. Method: qualitative study, based on Comprehensive Sociology of Daily Life, carried out with 41 professionals. The data were collected through an interview with semi-structured script and submitted to thematic content analysis. Results: the regionalization, with the incorporation of SAMU into the emergency and emergency network, provided improvements in the health system, as it increased users' access to services. In addition, the proposal of regionalization was carried out through the commitment of all involved, highlighting the group's sense of belonging and socialization as contributing factors in this process. Conclusion: despite the progress made by the regionalization, some challenges were present, after all, there will always be a challenge situation, the common place of SAMU to be confronted every day by professionals.

Descriptors: Regionalization; Emergency Medical Services; Network Health Care; Health Management; Prehospital Care.

RESUMEN

Objetivo: una construcción histórica del SAMU Macro Norte de Montes Claros - Minas Gerais: da sua concepção à regionalização. Método: estudo cualitativo, fundamentado en Sociología Compreensiva do Cotidiano, realizado com 41 profissionais. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista con un roteiro semiestruturado y sometidos a análisis de contenido temático. Resultados: a regionalización, con una incorporación de SAMU en la red de urgencia y de emergencia, proporcionou mejoras sin sistema de salud, para ampliar la información de los servicios de los servicios. Ademais, una propuesta de regionalización para la realización mediante el compromiso de todos los envueltos, destacando el sentimiento de

pertenencia al grupo y la socialización como elementos que contribuyen a este proceso. Conclusión: a menudo, los desafíos de la regionalización, los desafíos de los planes, los desafíos, los desafíos y los desafíos.

Descriptor: Regionalización; Servicios Médicos de Urgência; Redes de Servicios de Salud; Gestión en salud; Atención Prehospitalaria.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) tem apresentado avanços no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos de organizar o sistema, superar a fragmentação das ações e serviços e qualificar a gestão do cuidado por meio da incorporação de novas tecnologias.¹

Entretanto, a adequação da atenção às Urgências e Emergências (UE) ainda consiste em um desafio a ser enfrentado pelo SUS, em especial, no que concerne a questões estruturais na rede de atenção à saúde. Tal realidade é evidenciada por barreiras no acesso dos usuários aos serviços, inadequação na formação dos profissionais de saúde, precarização e desigualdade de alocação de recursos, lotação das portas dos serviços de urgência, número insuficiente de leitos especializados e fragilidade dos mecanismos de referência.²⁻⁴

No Estado de Minas Gerais, a implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência da região Macro Norte (RAUE MN), ocorreu em 2008, por meio da regionalização da atenção às UE, consistindo em uma ação pioneira do Estado. A regionalização busca fortalecer a atenção às UE no SUS, de forma cooperativa, para organizar a atenção à saúde, ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos, a fim de garantir a integralidade e a equidade do cuidado.⁵⁻⁶

A Região Macro Norte, configura-se como a atual Região Ampliada de Saúde, definida pelo Plano Diretor de Regionalização e encontra-se dividida em nove regiões de saúde com abrangência de 86 municípios.⁷

Neste contexto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel da PNAU, tem como objetivos atender da forma mais precoce possível a vítima em situação de UE e garantir atendimento e transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.¹ Em relação à RAUE, o SAMU foi regionalizado em 2009, com intuito de ampliar não somente o acesso e o uso dos

equipamentos sociais com menor custo, mas também qualificar o atendimento em todos os pontos de atenção da rede.

A construção do SAMU, a sua estruturação, a organização regionalizada, as ações do cuidado, as práticas profissionais e a forma de atuar na RAUE são estruturadas pelo trabalho prescrito e real, intimamente articulados. O trabalho prescrito contempla um conjunto de atividades previamente planejadas e organizadas com instruções, normas, legislações, protocolos.⁸ O trabalho real por sua vez, diz respeito ao momento em que o profissional executa as ações determinadas, sendo capaz de modificá-las na medida em que reconhece um distanciamento entre as prescrições e as situações do seu cotidiano de trabalho.⁹ Destaca-se que no contexto do SAMU regional, o trabalho real se sobressai.

A Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas possui peculiaridades, como elevada extensão territorial e densidade populacional, extensas áreas rurais, diversidades geográficas, culturais e epidemiológicas e elevada desigualdade socioeconômica. Diante destas características, a subjetividade dos profissionais é assumida como aspecto relevante para a organização do trabalho, tendo em vista que precisam adotar estratégias para uma atuação singular, com vistas a superar os desafios do cotidiano de trabalho.

A singularidade e relevância deste estudo encontram-se relacionadas ao fato de abordar experiências de profissionais e gestores de diferentes categorias que atuam em um serviço no qual foram implantadas e desenvolvidas ações pioneiras de regionalização em âmbito nacional.

Espera-se que estudos dessa natureza possam fomentar reflexões e melhorias na qualidade do trabalho da equipe do SAMU e oferecer subsídios para a organização de outros serviços e para o sistema de saúde.

OBJETIVO

Compreender a construção histórica do SAMU Macro Norte do município de Montes Claros, em Minas Gerais: da sua concepção à regionalização.

MÉTODO

Devido às características e especificidades do estudo utilizou-se abordagem qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. A abordagem qualitativa revela que o pesquisador deseja estudar seu objeto *in situ*, com o intuito de compreender não apenas o fenômeno, mas também os significados individuais e coletivos que as pessoas a ele atribuem.¹⁰ Assim, considerando o objeto de estudo, a opção pela Sociologia Compreensiva do Cotidiano como referencial teórico permite compreender o sentido que os atores atribuem às relações sociais em que estão envolvidos, o que possibilita relativizar as microatitudes e situações com as perspectivas das macroestruturas.¹¹

O estudo foi desenvolvido no SAMU Macro Norte (MN), base operativa de Montes Claros – Minas Gerais, o qual se destaca por conter a Central Administrativa, a Central de Regulação Assistencial e a Central de Regulação de Urgência, concentrando um maior número de profissionais do SAMU MN incorporado a RAUE MN.

Foram convidados a participar todos os profissionais intervencionistas e da área administrativa. Constituiu como critérios de inclusão do estudo, o profissional estar lotado no SAMU no período da coleta de dados. Em relação à área administrativa participaram (gerentes, coordenadores e assessores, designados neste estudo como gestores). Em relação aos profissionais intervencionistas participaram enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, optando-se pelo critério de saturação de dados por categoria. Assim, participaram do estudo quarenta e um profissionais do SAMU base de Montes Claros, sendo 18 gestores, 11 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 2 médicos.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado, e realizadas em locais restritos que assegurassem a privacidade dos participantes. As entrevistas foram agendadas por e-mail e presencialmente, com data e horário pré-estabelecidos e realizadas na Central Administrativa do CISRUN (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas) e na base operativa, ambos ambientes de trabalho dos participantes. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática¹², respeitando três pólos cronológicos: pré-análise do material, a exploração e o tratamento dos resultados. A fase de pré-análise fundamentou-se na organização e leitura flutuante do material e nas fases seguintes realizou-se a exploração do material e o tratamento dos resultados de maneira a serem significativos e válidos. Concluídas estas etapas foi possível realizar inferências e

interpretações dos dados, correlacionando-os com os objetivos propostos. Da análise de dados emergiram duas categorias: A criação do SAMU na cidade de Montes Claros: “foi algo assim... que foi construído” e “A regionalização do SAMU Macro Norte: características, entraves e avanços”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no mês de outubro de 2015, sob o parecer CAAE no 50185515.4.0000.5149. No SAMU a aprovação se deu por meio de Carta de Anuência. Em respeito aos preceitos éticos e legais da resolução 466/2012, todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optou-se por identificar os depoimentos com as iniciais de cada categoria, gestores, coordenadores e assessores- foi utilizada a sigla GE de gestores, enfermeiros - E, técnicos de enfermagem - TE e médicos - M, seguidas do número de identificação de cada participante. Foram utilizados critérios consolidados para o Reporting Pesquisa Qualitativa (COREQ), com o intuito de garantir o rigor do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CRIAÇÃO DO SAMU NA CIDADE DE MONTES CLAROS: “Foi algo assim... que foi construído”

O SAMU de Montes Claros foi fundado pela gestão municipal e instituído pela portaria nº 247/GM de 6 de fevereiro de 2006. O atendimento priorizava as necessidades locais, a um raio de 50 a 80 km, não integrava a perspectiva da RAUE e era considerado de pequeno porte, com uma equipe de 86 profissionais.

O serviço foi referenciado pelos participantes deste estudo, como desconhecido no período de sua criação, por não existir atendimento pré-hospitalar de UE na região e também por ser pioneiro.

Quando eu fui chamado para trabalhar no SAMU para ajudar aqui, até mesmo na montagem, eu vou ser sincero, eu nem sabia o que era o SAMU. Eu lembro até hoje, eu estava de plantão no CTI de um hospital e uma das coordenadoras do SAMU perguntou se eu tinha interesse de colaborar com o serviço. Mas o quê que é isso? O quê que é SAMU?(GE 12)

Era um serviço novo, ainda desconhecido pela população.(TE4)

Pesquisas realizadas com o SAMU de outras regiões do Brasil mostram que o desconhecimento do serviço por parte de profissionais de saúde e pela população está relacionado a fatores, como o trabalho que é prestado pelo SAMU, o número disponível para o solicitante recorrer a este serviço e as prioridades de atendimento.¹³⁻⁴

No que tange a composição das equipes do SAMU, foram utilizadas duas estratégias. Uma delas foi o processo seletivo realizado pela secretaria de saúde do município.

Na época que eu entrei foi por processo seletivo, em 2005. Foi feito pela secretaria de saúde, aí foi feito um processo por avaliação de currículo, depois foi feita uma avaliação prática por profissionais do corpo de bombeiros.(E7)

Outra estratégia de seleção foi a indicação por coordenadores, com convites feitos a profissionais de sua confiança, que já atuavam nos serviços de saúde local, para compor as equipes. Desta forma, foi possível encontrar participantes que atuam no SAMU desde a fundação da empresa.

Foi algo assim, que foi construído, então o coordenador da época pôde estar chamando as pessoas de confiança. Nós éramos poucos e tinha muita relação de confiança e amizade de um com o outro e isso era muito importante para o trabalho, sabe? Tanto dos médicos, dos enfermeiros, dos técnicos e dos condutores, porque era um serviço pequeno no começo, ficavam dois médicos por plantão. (GE11)

A construção e sustentação da forma de seleção de profissionais para compor as equipes do SAMU referenciam a “metáfora da tribo” atribuída por Mafessoli a um tipo de formação grupal. Para o autor, tribo é um símbolo que delinea um estilo às pessoas e permite que elas, por meio da identificação, permaneçam juntas por compartilhar um sentido estético, os gostos e interesses em comum.¹⁵ Ademais, a relação de confiança, destacada por GE11, remete a condução do trabalho em equipe, aspecto inerente à resolutividade da assistência. Assim, o trabalho do SAMU requer cooperação entre os profissionais para otimizar o fator tempo resposta, frente as imprevisibilidades das ações de UE.¹⁶

O fato de fazer parte do SAMU desde a sua criação reflete no estabelecimento de laços de identificação e o sentimento de pertencimento ao serviço conforme a fala de TE8.

Para mim foi uma empolgação inicial, porque eu sou da primeira turma do SAMU, então era empolgante aquilo ali, era gratificante ver um serviço inovador na cidade. (TE8)

Nesse sentido, fazer-se parte da tribo, é assumir a corresponsabilização coletiva imprescindível para qualificar os espaços de trabalho e ampliar a eficácia das práticas.¹⁷ A efetividade do trabalho pré-hospitalar não está relacionada apenas à disponibilidade de recursos materiais, o seu resultado depende das competências e responsabilidades de cada membro que compõe a tribo, da sintonia, cooperação e integração no momento do atendimento.¹⁶ Assim, cada agente dessa tribo designada SAMU complementa o trabalho da saúde com um saber específico.

A REGIONALIZAÇÃO DO SAMU MACRO NORTE: características, entraves e avanços

A implantação do SAMU municipal representou um avanço no setor saúde do município de Montes Claros. O SAMU não atendia numa perspectiva regional, ao passo que a região Norte de Minas carecia de maiores investimentos na saúde. Ao longo do tempo, a iniciativa do estado de Minas Gerais de regionalizar e implantar a RAUE MN incorporou o SAMU à rede de urgência com uma nova forma de operacionalização.

Foi um trabalho muito árduo e de muito investimento pessoal de todos os que participaram. Foram reuniões exaustivas, calorosas, profícuas. Se eu não me engano foram sete oficinas que a gente fez, reunindo representantes de todos os municípios. Oitenta e seis municípios que compõem a macrorregião, e nessas oficinas foram costuradas as diretrizes que iam nortear o trabalho a partir da regionalização. Era tudo muito complexo. (GE3)

O processo de regionalização da saúde pode ser dividido em dois momentos. O primeiro foi o processo de regionalização dos serviços, com vistas a organizar e torná-los mais eficientes e eficazes ao atingir os objetivos do SUS, de universalização, integralidade e equidade, com maior qualidade e ao menor custo financeiro. O segundo refere-se ao processo implícito de regionalização, que recai na criação de regiões de saúde, por meio das características epidemiológicas de determinada população.¹⁸

A regionalização do sistema de emergência é assumida por autoridades, gestores e profissionais como estratégia necessária, por permitir o acesso ao melhor cuidado, segundo a gravidade, e garantir o acesso ao cuidado especializado, o qual não pode ser disponibilizado em centros locais.¹⁹

O processo de regionalização do SAMU e sua implementação na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, fomentaram debates e exigiram esforços de gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços e outros profissionais das regiões de saúde, para sensibilizar e orientar os envolvidos quanto ao trabalho que seria prestado.

Além das oficinas e reuniões realizadas para otimizar a estrutura organizacional do SAMU MN, os profissionais recorreram aos modelos de organização de atendimento regionalizado de UE americano e francês, com o intuito de adaptá-los à realidade regional. Portanto, o serviço se constitui como um misto das experiências destes países.

Esse modelo foi uma troca de informações com todos os outros serviços de urgência e emergência. A gente conseguiu entrar em contato com Portugal, Espanha, com os Estados Unidos. Então nós adequamos essas duas normas que já existiam americano e francês. Os modelos deles de atendimento de equipamentos, ambulâncias, de drogas, de procedimentos a serem realizados, nós adequamos eles aqui. Ai as pessoas de fora (Portugal, Espanha, Estados Unidos) vieram para gente poder agregar, troca de informações, troca de conhecimento mesmo. Então essa troca de informações eu acho que foi bacana. (GE10)

Nesta perspectiva, foi possível identificar que as experiências de atores com a troca de informações se transformaram em espaços de socialidade, um movimento de viver junto, coletivamente, o qual possibilitou aos profissionais compartilhar experiências, sentimentos, informações e conhecimentos. A socialidade “assenta-se em espaço partilhado” e que de maneira explícita “trata-se de sair de si mesmo, de romper a clausura do próprio corpo, de ter acesso a um corpo coletivo e participar de um espaço mais amplo”.^{20:161} Dessa forma, a socialidade é movida pelo prazer das pessoas em estarem juntas, identificada no sentimento de pertencimento, na qual o grupo partilha as mesmas idéias, interage e desenvolve atos de solidariedade, e de reconhecimento do outro, face ao desafio de ofertar atendimento de UE regionalizado.

A troca de informações com outros serviços foi essencial para formatar o plano de trabalho e definir as etapas para a sua execução. No entanto, as adequações citadas por GE10 foram primordiais para a implantação do SAMU, haja vista as diferenças culturais, econômicas, ambientais e epidemiológicas. É preciso planejar o serviço a partir dos recursos disponíveis e de uma análise das políticas operantes.²¹

Outra fonte de informação mencionada pelos participantes foi o CISRUN. Para GE5, é fundamental buscar informações com outros consórcios para trabalhar as demandas diárias do serviço.

Nós estamos sempre em contato com os outros consórcios para poder saber qual que é o balisamento que eles estão tendo, qual a orientação que eles têm do Ministério Público ou até mesmo do judiciário. Quando a gente recebe alguma demanda, a gente busca outros consórcios para poder tentar fazer uma atuação uniforme, porque é uma figura muito nova. (GE5)

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são apresentados como possíveis estratégias e iniciativas autônomas de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e com maior densidade tecnológica para a saúde da população, com vistas à descentralização na direção dos princípios do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços.²²

O CISRUN, constituído em janeiro de 2010 é responsável por gerenciar os recursos financeiros do SAMU repassados pela União, Estado e municípios consorciados, dar suporte infraestrutural as bases descentralizadas do SAMU e ao Complexo Regulador Macrorregional; monitorar as ações e serviços de saúde de urgência e integrar os serviços de urgência no âmbito do CISRUN.²³

A comunicação dos profissionais com a população, também foi uma estratégia citada como forma de orientá-la sobre a funcionalidade e as prioridades do serviço.

Então foi assim, devagarzinho, a gente pedia para população ligar pra gente, a gente avisava, 'gente aqui tem um serviço, liga 192, é de graça'. Então foi uma experiência que foi acontecendo, como se fosse de pouquinho a pouquinho, porque as pessoas não conheciam. (TE5)

Então precisava fazer uma calibragem nisso, de forma que não houvesse um choque de realidade, um exercício do trabalho e também houvesse o uso racional. Porque o SAMU, ele não é um serviço para

ser usado em larga escala, entendeu? Só para ser usado em casos urgentes e emergentes. (GE3)

Esse contexto organizacional é caracterizado pela relação existente entre o grau de interdependência no trabalho e o desempenho do grupo, o qual exige a construção de interações, o desenvolvimento de relações e a efetiva troca de informações a fim de viabilizar o processo de trabalho. Para tanto, é imprescindível uma prática comunicativa centrada em um processo de interação entre profissionais, profissionais e população com vistas ao entendimento mútuo e eficácia organizacional.²⁴

A educação da população, no que diz respeito às reais aplicabilidades do SAMU, pode implicar diretamente no cotidiano de trabalho dos profissionais. Estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul (RS) revelou que o desconhecimento da população sobre as funções do serviço pré-hospitalar, pode levar ao deslocamento desnecessário da ambulância e conseqüentemente, impactar no atendimento de casos específicos do SAMU.²⁵

Além das estratégias mencionadas para operar o SAMU, os profissionais de saúde fizeram alusão aos entraves no início da regionalização, tais como dificuldades regional, estrutural, de formação profissional e de conscientização da população.

Em relação ao aspecto regional, foi destacada a geografia, as características da malha viária e as distâncias percorridas da base até o local de ocorrência que exigiram planejamento por parte dos profissionais sobre os recursos necessários para assistir a população.

Com relação à região a gente foi observar, observar também a malha viária entendeu? Nós temos cidades aqui com muitas serras perigosas, malha viária com muito movimento de veículos, ou então nós temos cidades com pequenas indústrias, então nós tivemos o cuidado de com o tempo ir observando esses detalhes para poder fazer um controle de estoque, de materiais, suprimento e de reposição. Dessa forma, nós criamos mecanismos dentro do sistema que o Samu atende, criamos protocolos, os protocolos operacionais padrão mesmo. (GE10)

Cada dia era um local mais engraçado que o outro que você ia (risos). O lugar era longe, longe, aí você imaginava, 'mora gente nesse lugar? Você achava que estava perdido. 'Ah é trote, não tem, não existe gente num lugar desse não'. Você andava uma hora, uma hora e meia, no meio do mato, mato, eucalipto, eucalipto, mato. Você imaginava assim ' meu Deus, se essa ambulância quebrar aqui o que

vai ser de nós? Se um pneu furar aqui o que vai ser de nós? Ai menina, andava, andava, andava até que chegava nesse destino. (TE 10)

Diante da multiplicidade de dificuldades e entraves apresentados, o profissional do SAMU detém de estratégias que não estão preconizadas como regras do trabalho prescrito, as normas e legislações, mas que são valorizadas e emergem das suas necessidades para estruturar-se e reestruturar-se no cotidiano de trabalho. Esta estratégia assemelha-se ao denominado por Maffesoli como respiradouro social, uma forma de enfrentamento do grupo para sobreviver nas agruras do cotidiano, que dá sentido ao trabalho.¹⁵

Para o autor, torna-se necessário ir além do aspecto formal das coisas, é preciso dar importância para a aparência das coisas, relativizar a razão, mas sempre apoiar-se nos pequenos detalhes do cotidiano.¹⁵

Estudo realizado no SAMU do Rio de Janeiro, também apontou a distância como fator dificultador para o atendimento com maior presteza.¹⁴ A PNAU prevê que o critério mais impactante para garantir o atendimento oportuno do SAMU é o tempo resposta, sendo a distância a ser percorrida até o local da ocorrência, um fator determinante para a acessibilidade ao serviço de saúde.

A acessibilidade ao sistema de saúde deve ser garantida do ponto de vista geográfico, econômico, cultural e funcional. Logo, a sua eficiência não pode ser avaliada somente quanto à qualidade do serviço, mas também quanto ao seu alcance pela população.²⁶

As características da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas influenciaram o trabalho do SAMU desde o início da regionalização, persistindo ainda hoje, como um desafio para os profissionais das bases descentralizadas. Este contexto reflete a importância de adaptar o trabalho à realidade por meio de estratégias efetivas.

A gente colocava uma borracha para os negócios não caírem, para as caixas não caírem. Então a ambulância é adaptada como forma da gente conseguir trabalhar naquele local. Porque igual lá em Francisco Drumond, a gente pegava muita estrada de chão, muita terra, e aí você tinha que pegar os colares, envelopar todos nos sacos para não pegar poeira, porque senão, quando você voltava da ocorrência tinha que lavar todos aqueles colares. Então você tinha que adaptar ao trabalho do socorrista. (TE 10)

As características do local da ocorrência muitas vezes ultrapassam a normalidade da rotina de trabalho, principalmente o atendimento em zonas rurais, desafiando o profissional a dirimir tais problemas e encontrar alternativas para zelar pela segurança e integridade do paciente. No exercício das práticas, o profissional busca formas de ofertar o cuidado aliando a criatividade, sensibilidade e improvisação que lhe permitem adaptar às situações do ambiente.²⁷

No que dizem respeito às dificuldades estruturais, os profissionais mencionaram a ferramenta de comunicação 192 para contato do solicitante com o SAMU, a logística e a infraestrutura dos municípios. No que tange ao sistema de comunicação 192, foram apontadas perdas de contato com o sistema, o que prejudicava o atendimento à população.

A gente trabalhava com estrutura que envolvia o 192 que era bem antigo, era analógico, caía o sistema, não vou mentir para você a gente tinha que rezar para voltar porque o sistema era muito ruim. Aí implantou um projeto digital, que hoje a gente trabalha com fibra e todo o sistema que envolve o 192 praticamente nunca mais tivemos problema. Lógico que fenômenos da natureza a gente não pode falar. (GE1)

Para os profissionais das bases descentralizadas, o sistema de comunicação era ruim, falho e impossibilitava o contato do solicitante e da própria equipe com a Central de Regulação de Urgências e Emergências (CRUE), levando os profissionais a tomarem decisões sem a intervenção da regulação médica.

O telefone naquela época, não funcionava como funciona hoje, os autotracks não, até que você enviava uma mensagem, você não tinha como parar uma ambulância com o paciente grave para você enviar uma mensagem pelo autotrack, então você tinha que seguir viagem, seguir viagem do jeito que você está. Pedia apoio da USA, os telefones não funcionavam, era mato, os telefones não funcionavam, você e o condutor sozinhos, com o paciente grave. (TE 10)

Os profissionais do SAMU vivenciavam constantemente situações imprevistas. Os diferentes contextos onde ocorriam os atendimentos, as condições nas quais eram realizados e as condições tecnológicas levavam os participantes a adotarem estratégias, de forma a tomar decisões rápidas e precisas.

As equipes do SAMU em ocorrências nas zonas rurais enfrentavam dificuldades relacionadas ao contato com a CRUE por meio do autotrack, haja vista as limitações da área de abrangência do sistema operacional de telefonia na região. Assim, a equipe contava com a ajuda do próprio usuário ou da família para ter acesso a um telefone para estabelecer a comunicação.

Quando a gente ia para uma ocorrência na roça, a gente subia em cima das cancelas, mas era engraçado. Você subia em cima da cancela para você ligar para cá. Você tinha que encontrar um ponto estratégico, ou então você chegar na casa da vítima 'oh, você tem um telefone rural? Empresta aí que vou ligar, vou usar o seu telefone para passar os dados para base. 'Aí você ligava 192, passava o caso para o médico, o médico falava tudinho o que você tinha que fazer. Dali, você pegava o paciente, colocava ele na ambulância e ia embora. Se no percurso acontecesse alguma coisa com aquele paciente, o médico só iria ficar sabendo no momento em que a gente chegasse ao local que tivesse ponto de pegar telefone. (TE 10)

Esta realidade demonstra que o vivido independe de regulações e normas estabelecidas, uma vez que as equipes da USA e USB devem estabelecer a comunicação com o médico regulador para dar início e continuidade ao atendimento. No entanto, tal conduta era entendida como viável considerando a situação vivenciada no período de implantação de regionalização do SAMU.

Ademais, a centralidade administrativa do SAMU no município de Montes Claros foi mencionada como um dificultador para as bases descentralizadas. O profissional que atuava fora do município de Montes Claros tinha que se deslocar muitas vezes com grandes distâncias para participar de treinamentos, reuniões e realizar exames, os quais eram ofertados exclusivamente na central administrativa. É importante destacar que a distância é um importante indicador da regionalização do SAMU.

A gente era de fora, então, você tinha que vir aqui para Montes Claros. O acesso, você tinha que pagar do seu próprio bolso, para você estar vindo para cá para treinar, você tinha que vir para cá para uma reunião, para fazer um exame, então tudo era aqui. (TE1)

É importante considerar também, a infraestrutura de transporte público intermunicipal que interferia no cotidiano de trabalho. Neste sentido, TE6 aponta que o apoio do gestor

municipal foi importante para manter o profissional atuante, apesar das dificuldades encontradas.

Ele [gestor municipal] pagava hotel para gente, para gente não vim embora, porque o gasto era muito. Não tinha ônibus direto para a cidade, tinha só ônibus da saúde. Ele dava a vaga para a gente ir e vir, porque não tinha ônibus para vim, para ir, aí ele dava a vaga pra gente. (TE6)

Ainda no enfoque das dificuldades no início do SAMU regionalizado, a formação profissional foi identificada como um obstáculo para estruturar o serviço, justificado pela escassez de cursos e instituições de ensino superior e técnico na região.

Na época em que me formei, não tinha muitas opções de faculdade, de cursos técnicos. (GE10)

Assim, igual Miravânia, não tinha todos os técnicos de enfermagem. Era para eu ficar um mês, fiquei um ano e três meses. (TE6)

Destaca-se também, as dificuldades encontradas pelo profissional para desempenhar um trabalho efetivo na saúde, relacionadas à falta de experiência em UE e no atendimento pré-hospitalar.

Eu peguei muito recém-formado e eu também na época tinha pouca experiência. Hoje em dia, eu descobri que quando eu entrei, eu estava cru como se diz né, em construção. (GE13)

Situação semelhante foi identificada em estudo realizado no SAMU do Rio de Janeiro. Dentre as dificuldades vivenciadas, destacou-se a deficiência de conhecimento técnico específico de profissionais para a UE pré-hospitalar móvel. Ressalta-se que tais dificuldades estão previstas na PNAU, as quais são justificadas pela baixa oferta de especialização em UE pré-hospitalar para médicos e enfermeiros no Brasil.¹⁴

Em relação aos profissionais de saúde foi destacada também a resistência atrelada ao estigma de que o SAMU aumentaria a demanda do atendimento hospitalar.

Foi um período de mudança de paradigma, principalmente na cidade de Montes Claros, onde nós tivemos certa resistência dos profissionais da área da saúde, que recebiam nossos pacientes, do SAMU. Criou-se até uma mística de que o número de atendimentos dos hospitais aumentava de forma considerável e, era o contrário, porque muitos pacientes nossos eles eram medicados e liberados no local. (GE 12)

A situação mencionada por GE12 reflete o pouco entendimento por parte dos profissionais de saúde hospitalar, de que SAMU integraria a RAUE e cumpriria parte da tarefa em relação ao fluxo da atenção às urgências.

Mediante os entraves abordados, os achados deste estudo corroboram com estudos realizados sobre a regionalização do sistema de saúde, os quais apontaram fatores que interferem na acessibilidade aos serviços de saúde, relacionados à extensão territorial, a densidade populacional, as barreiras geográficas, a malha viária, a condição socioeconômica, aos aspectos culturais, sociais e profissionais, as condições de investimento em saúde e a condição da região.^{5,14} Apesar das dificuldades vivenciadas e dos desafios superados ao longo do tempo, o SAMU é considerado um serviço importante, por ampliar o acesso do usuário à rede de atenção à saúde e estruturar o atendimento das equipes de forma a oferecer melhor resposta às demandas.

O serviço se expandiu cobrindo aqui todo o Norte de Minas, população de 86 municípios e mais de um milhão e seiscentas mil pessoas. A rede faz essa cobertura. Acho que nós temos 86 municípios né? Já foi para 37 bases, o número de profissionais subiu para mais de 700 profissionais. (E7)

Foi uma ação do governo muito boa, porque tem muitas cidades que não tinham esse tipo de serviço. Então, a gente percebe hoje, como que é importante ter ambulâncias, ter pessoas voltadas para área de urgência e emergência e no resgate. Imaginar que no interior, antigamente não tinha esse resgate, né? Não tinha como fazer isso, e hoje tem. (TE8)

A regionalização do SAMU MN é considerada um avanço também no que se refere à redução da mortalidade e à integração dos pontos de atenção à saúde.

Antes tinha pacientes, que em cidades próximas de Montes Claros que não tinham esse atendimento. Então assim, o SAMU ia a 60, 80 quilômetros de distância para atender um paciente, mas até chegar a esse paciente, o paciente ia a óbito e era um dano maior para família. (TE4)

É uma coisa que eu acho muito importante, foi grandioso aqui para nossa região. Foi através dessa regionalização, que a gente conseguiu integrar os serviços, atenção primária com a secundária, a terciária né? (E7)

A integração dos serviços citada por E7 remete a regionalização, como uma estratégia que possibilitou a configuração de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.²⁸

Outro avanço apontado pelos profissionais foi o reconhecimento adquirido pelo serviço, o qual se configura como modelo para outras regiões do Brasil e para outros países.

Foi a primeira olimpíada de atendimento pré-hospitalar, inclusive do Brasil, onde eles solicitaram equipes de vários SAMUs do país. A gente saiu aqui de Montes Claros, uma equipe com seis profissionais, onde a gente concorreu com equipes de SAMUs de várias outras cidades aqui do Brasil. Nós tivemos a honra de ganhar em primeiro lugar né, então assim, para mim foi uma experiência única, a gente viver e ter trazido esse título aqui para o Norte de Minas. (E7)

Fomos referência para os criadores do SAMU na França, que tinha até um vínculo muito grande com a gente aqui, com o SAMU Macro Norte, principalmente em Montes Claros, antes de questões de mudanças políticas, até uma equipe foi remanejada daqui para lá e de lá para cá para fazer esse intercâmbio. (E9)

Com base nas entrevistas realizadas, destaca-se o que pode ser aparentemente insignificante, a socialidade no intuito de elucidar as relações de pertencimento enquanto sujeito de um grupo e o estar junto com mesmo que efêmero e passageiro. Por meio da vontade de estar junto, das interações entre pessoas, do valor dado ao sensível e as pequenas coisas do dia a dia, que a satisfação e felicidade das pessoas acontecem.²⁹

Além de todos os avanços referidos, é importante salientar que o SAMU MN passou a ser respeitado e reconhecido pela população, o que pode estar relacionado ao fato de o SAMU ir ao encontro da vítima, oferecer cuidados no local e transportar o usuário até o serviço de urgência, fazendo com que seja reconhecido como um serviço de credibilidade e confiança.²⁹

As pessoas hoje reconhecem o trabalho da gente, sabe onde a gente está, a pessoa sabe agradecer, então isso aí a gente se sente muito, muito feliz, quando você chega no local a pessoa diz assim 'nossa, você chegou a tempo, você salvou a minha vó'. (TE10)

Os depoimentos privilegiam a representatividade do SAMU no desempenho do sistema de saúde por contribuir para o aumento de resolutividade dos eventos.

CONCLUSÃO

Os depoimentos dos entrevistados sobre a implantação e regionalização reforçam os momentos que ainda estão vivos, são experiências marcantes e gratificantes na vida profissional e se fazem presentes na construção do cotidiano de trabalho. Sempre haverá uma situação de desafio, o lugar comum do SAMU a ser confrontado a cada dia pelos profissionais.

Embora com pouco tempo de implantação, o SAMU MN se configura como uma proposta estruturadora da RAUE MN. A operacionalização do SAMU regionalizado permitiu a organização dos fluxos de entrada nas urgências com perceptível melhora na qualidade da atenção à saúde.

No entanto, revelou também dificuldades e entraves na organização da atenção pré-hospitalar no início da implantação do SAMU MN, principalmente no que se refere ao aspecto regional e estrutural, a formação e capacitação profissional, a conscientização da população e a articulação entre os serviços.

A importância do estudo está na possibilidade de permear discussões sobre a regionalização do sistema de saúde como uma nova forma de organizar os serviços na rede de atenção às UE.

O estudo permitiu compreender a construção histórica do SAMU MN de Montes Claros, da sua concepção à regionalização, pela voz dos que compõem o SAMU, que conseguem lidar com um trabalho que ultrapassa o que está prescrito.

Os limites do estudo estão relacionados ao fato de se ater ao SAMU MN base de Montes Claros, sendo importante conhecer a história e a realidade deste serviço em outras regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 515p.
3. O'Dwyer G, Da Matta IEA; Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2008 Sept/Oct [cited 2016 June 11]; 13(5):1637-1648. Avaliabile from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500027
4. Marques AJS. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.42p
5. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Rev. Saúde Soc. São Paulo[Internet]. 2015 [cited 2016 May 11];24(1):361-373. Avaliabile from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf>
6. Tavares FA, Marques AJS, Santos RR, Souza HF. A formulação estratégica das redes de urgência e emergência do estado. VII congresso CONSAD de gestão pública; 2014 18p; Brasília (DF). Avaliabile from: http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2015/CONSAD/037_A_Formulacao_Estrategica_e_a_Concepcao_das_Redes_de_Urgencia_e_Emergencia_no_Estado.pdf
7. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Portaria nº 247/GM de 6 de fevereiro de 2006. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 do Município de Montes Claros (MG).
8. Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade. In: LANCMAN, S; SZNELWAR, L.I (orgs). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2004.
9. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV; 2003.
10. Pope C, MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Maffesoli M. Le réenchantement du monde: une éthique pour notre temps. Paris: Éditions de La Table Ronde; 2007.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. Edições 70. São Paulo; 2011.

13. Santana MM, Boery RNSO, Santos J. Debilidades atribuídas pela comunidade de Jequié ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 2009 Jul/Set [cited 2016 May 08];8(3):444-451. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9045/0>
14. O'Dwyer G, Mattos RA de. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 June 11];22(1):141-160. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100008
15. Maffesoli M. No fundo das aparências. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
16. Luchtemberg MN, Pires DEP. O que pensam os enfermeiros do SAMU sobre o seu processo de trabalho. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Jul/Set [cited 2016 June 13];20(3):457-466. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40964>
17. Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde Soc São Paulo*[Internet]. 2015 [cited 2016 June 11];24, supl.1:92-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092.pdf>
18. DUARTE LS, PESSOTO UC, GUIMARÃES RB. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2016 May 17];24(2):472-485. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472
19. Institute Of Medicine-IOM. Regionalizing emergency care: workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-1290201500010036100000&lng=en
20. Maffesoli M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Trinta AR, tradutor. São Paulo: Brasiliense; 1988.
21. Soares FRR, Moura LMS, Soares JDD, Miranda AN. Regionalização dos serviços móveis de urgência a partir da política nacional de atenção às urgências. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 May 10]; 7(5):4332-4339. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4132/pdf_2710
22. Moraes VS de, Chaves APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr/June 11];25(2):349-360. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200349
23. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas- CISRUN. Relatório de Gestão. Governo de Minas, 2011-2012. 76 p.

24. Saldaña DMA, Alarcón MP, Romero HA. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 08]; 33(1):102-111. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148161>
25. Silva SF, Lucio DBM, Ilha S, Diefenbach GD, Pereira JC. Dificuldades vivenciadas em um serviço de atendimento móvel de urgência: percepções da equipe de enfermagem. *R. Enferm. Cent. O. Min* [Internet]. 2015 May/Ago [cited 2016 May 08];4(2):161-1172. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/541>
26. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Apr [cited 2016 May 15];26(1):725-737, 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015
27. Merhy EE. *A Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
28. Barreto Junior IF. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 13];24(2):461-471. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200461&script=sci_abstract&tlng=pt
29. Maffesoli, M. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes; 1998.
30. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 June [cited 2016 May 15];33(2):146-152. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf>

Agradecimentos:

À CAPES e a Fapemig, pelo financiamento de pesquisa.

**6.2.3 ARTIGO 3- UM OUTRO OLHAR SOBRE O TRABALHO COTIDIANO DE
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**ANOTHER LOOK AT THE EVERYDAY WORK OF EMERGENCY MOBILE
CARE SERVICE PROFESSIONALS**

**OTRO MIRADA SOBRE EL TRABAJO COTIDIANO DE PROFESIONALES DEL
SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA**

Hanna Beatriz Bacelar Tibães¹
Danielle de Araújo Moreira²
Claudia Maria de Mattos Penna³
Maria José Menezes Brito⁴

1 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Montes Claros/MG, Brasil. E-mail: hannabacelar@gmail.com.

2 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: danimg12@yahoo.com.br

3 Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

6 Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: mj.brito@globo.com

Autor correspondente: hannabacelar@gmail.com. Endereço: Rua, Huraia de Arruda Alcântara, n.32. Bairro: Jardim Panorama, Montes Claros, Minas Gerais, CEP: 39401-876. Tel: (38)32230664. Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU Macro Norte do município de Montes Claros. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso único, fundamentada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Participaram da pesquisa 41 profissionais da base do SAMU de Montes Claros. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e observação. Os dados foram analisados por meio da Análise Conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias “A construção macroestrutural do SAMU”; “O cotidiano: desvelando situações vividas”; “As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho”. **Conclusão:** Esta pesquisa possibilitou desvelar as subjetividades dos profissionais, minúcias, pequenas situações do dia-a-dia e estratégias que ultrapassam o preestabelecido no trabalho. Assim, os saberes, as práticas de cuidado e os modos de fazer são (re) construídos e (re) organizados para atender às demandas do serviço. Ademais, o cotidiano de trabalho apontou entraves organizacionais, estruturais, relacionais e culturais que interferem na operacionalidade do SAMU.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Socorro de urgência; Rede de Atenção à Saúde

ABSTRACT

Objective: to understand the daily work of professionals from SAMU Macro Norte in the municipality of Montes Claros. **Methodology:** qualitative research, of the single case study type, based on Comprehensive Sociology of Daily Life. 41 professionals from the SAMU base in Montes Claros participated in the study. Data collection was performed through individual interviews with semi-structured script and observation. The data were analyzed using the Bardin Content Analysis. **Results:** three categories emerged: "The macrostructural construction of SAMU"; "The everyday: revealing situations lived"; "The difficulties encountered in the daily work". **Conclusion:** This research made it possible to reveal the subjectivities of the professionals, minutiae, small situations of daily life and strategies that go beyond what is preset at work. Thus, knowledge, care practices and ways of doing are (re) constructed and (re) organized to meet the demands of the service. In addition, the work routine pointed to organizational, structural, relational and cultural obstacles that interfere with the operation of SAMU.

Descriptors: Emergency medical services; Emergency Relief; Network Health Care

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de urgência ampliou no cenário brasileiro mediante a publicação da Portaria 2.048/02 que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, as normas e critérios de seu funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços (BRASIL, 2002). Posteriormente, a Portaria nº 1.864/2003, de 29 de setembro de 2003 instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003).

Em 2011 a PNAU foi reformulada pela Portaria GM/MS nº1.600, de 7 de julho de 2011 e sua efetivação teve como marco a regionalização e o financiamento federal, visando à configuração da rede de urgência e emergência – RUE, como proposta de reorganização da atenção às urgências e emergências - UE (BRASIL, 2011). Inserido nesta rede, o SAMU 192 é o componente pré-hospitalar móvel, composto por Centrais de Regulação 192 que atuam de forma única, regionalizada e descentralizada, Núcleos de Educação em Urgência e bases descentralizadas (BRASIL, 2012).

O atendimento pré-hospitalar móvel tem o objetivo de atender de forma precoce a vítima em situação de risco e conduzi-la adequadamente aos hospitais de referência (BRASIL, 2012). Assim, de acordo com o arcabouço legal e teórico, o SAMU deve responder às demandas de urgências onde o usuário precisar, com sua logística e profissionais qualificados para atender a complexidade de sua condição.

O SAMU caracteriza-se por ser um serviço com demandas incertas, pois, além de lidar com UE, o cotidiano de trabalho dos profissionais é imprevisível, haja vista a tempestividade de demandas de diferentes complexidades que surgem diariamente (FARIA; ARAÚJO, 2010). O aumento da incidência de agravos crônicos agudizados e acidentes por causas externas e violência (COSTA et al., 2012) tem aumentado a procura por serviços de urgência, o que requer dos profissionais do SAMU atendimento rápido e qualificado com vistas a capaz de minimizar as sequelas de agravos sofridos pela vítima.

Nessa perspectiva, a estrutura organizacional do SAMU é ancorada por um aparato gerencial, tecnológico e assistencial, formada por equipes multidisciplinares com formações, saberes e experiências distintas. O trabalho deve ser realizado de maneira coletiva, de forma que a variedade de situações encontradas no cotidiano seja atendida eficientemente. Logo, a

participação interativa e a integração de diversos atores na rede de atenção à saúde tornam-se essenciais para a produção de cuidados.

Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais (MG), em consonância com a proposta de regionalização de atenção à saúde, a partir de 2008, o SAMU foi incorporado a Rede de Atenção às Urgências e Emergências Macro Norte (RAUE Macro Norte), consistindo em uma ação pioneira no Estado. Sua operacionalização se dá de forma peculiar, em face desta organização regional, demarcação de territórios e dificuldades cotidianas que implicam no agir imediato, por conseguinte na criação, (re) produção e maneiras de prestar o cuidado.

Esta forma de operacionalização remete à necessidade de compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU na RAUE MN sob olhar dos atores envolvidos.

Considerando o objeto de estudo, fez-se a opção em lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano fundamentada em Michel Maffesoli como referencial teórico, que permite compreender o sentido que os atores atribuem às relações sociais, relativizando as microatitudes nas mais diversas situações vivenciadas, sem desconsiderar, entretanto, as macroestruturas socialmente estabelecidas (MAFFESOLI, 2007).

A Sociologia Compreensiva do Cotidiano lida com a subjetividade, com as relações estabelecidas no cotidiano dos sujeitos, buscando compreender o vivido de acordo com a experiência de quem o viveu em determinado tempo-espço (PENNA, 1997, p. 48). Assim, compreender o trabalho cotidiano de trabalhadores do SAMU é ater-se à apresentação das coisas como elas são, isto é, a partir de sua “forma”, que pode lhe dar várias modulações sem reduzir a uma simples explicação causal, considerando o SAMU como um espaço com diversidade de visões, valores, sentimentos, experiências, vivências, relações e interações de grupos sociais que se apresentam através de ações na trama social.

A relevância deste estudo encontra-se relacionada ao fato de abordar experiências de profissionais e gestores de diferentes categorias que atuam em um serviço pioneiro na regionalização da saúde em âmbito nacional. Espera-se que estudos dessa natureza possam fomentar reflexões sobre o trabalho da equipe do SAMU e oferecer subsídios para melhorias na estruturação da rede de atendimento às urgências.

OBJETIVO

Compreender o trabalho cotidiano de profissionais do SAMU Macro Norte do município de Montes Claros.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso único, fundamentada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. O caso pesquisado foi o SAMU Macro Norte (MN), base operativa de Montes Claros – Minas Gerais, que se destaca por conter a Central Administrativa, a Central de Regulação Assistencial e a Central de Regulação de Urgência, concentrando um maior número de profissionais do SAMU Macro Norte, incorporado a RAUE MN.

O SAMU MN, localizado na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, é gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN), de natureza jurídico público.

Atualmente, o SAMU MN possui trinta e sete bases descentralizadas e uma regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. O SAMU MN conta com 47 unidades de atendimento móvel USA e/ou USB, distribuídas em 09 regiões de saúde que abrangem oitenta e seis municípios, totalizando cerca de 1,6 milhões de pessoas (CISRUN, 2012).

Em relação ao pessoal, conta com cerca de 800 profissionais lotados no setor administrativo 43 (5%) e 745 (95%) no operacional. Destaca-se que 100% dos profissionais do administrativo e 19% do operacional estão lotados no SAMU de Montes Claros, com área de abrangência para atendimento a onze municípios, perfazendo uma população de 454.683 habitantes.

Foram convidados a participar todos os profissionais da área administrativa (gerentes, coordenadores e assessores, designados neste estudo como gestores). Os critérios de inclusão foram: estar lotado no SAMU no período da coleta de dados, e de exclusão: estar afastado por doença, licença ou férias. Em relação aos profissionais intervencionistas, participaram enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, optando-se pelo critério de saturação de dados para cada categoria. Assim, participaram do estudo quarenta e um profissionais do SAMU base de Montes Claros, sendo 18 gestores, 11 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 2 médicos. Destaca-se que 40 médicos não participaram do estudo,

e destes 35 (83%) se recusaram a participar alegando o fato de a entrevista ser gravada, e outros por não comparecerem ao local da entrevista na data agendada. Portanto, para esta categoria não foi possível alcançar a saturação de dados.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2015 a janeiro de 2016, por meio de observação direta e entrevistas individuais, estas últimas guiadas por um roteiro semiestruturado. As observações foram realizadas na Central Administrativa do CISRUN e na base operativa, durante trinta e cinco dias e concretizadas pelo olhar, pela escuta, pelo diálogo entre os profissionais e comportamentos não verbais.

No ambiente, atentou-se para elementos que compõem o espaço da instituição, a estrutura física, a organização de materiais de apoio, as trocas de plantão, as chegadas e partidas para atendimento às ocorrências, os dias comuns e atípicos, o acompanhamento de alguns atendimentos receptivos feitos pela Central de Regulação e os treinamentos do Núcleo de Educação Permanente (NEP). As observações foram registradas em diário de campo e identificadas pelas letras NO de notas de observação.

As entrevistas foram agendadas por e-mail e presencialmente, e realizadas na Central Administrativa do CISRUN e na base operativa. Ademais, as entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas na íntegra. Optou-se por identificar os depoimentos com as iniciais de cada categoria, gestores - G, enfermeiros - E, técnicos de enfermagem - TE e médicos - M, seguidas por número de identificação de cada participante.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Bardin, respeitando três pólos cronológicos: pré-análise do material, a exploração e o tratamento dos resultados. Concluídas estas etapas foi possível realizar inferências e interpretações dos dados, correlacionando-os com o objetivo proposto. Da análise de dados emergiram três categorias temáticas: “A construção macroestrutural do SAMU”; “O cotidiano: desvelando situações vividas”; “As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho”.

A pesquisa foi aprovada pelo SAMU Macro Norte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais CAAE no 50185515.4.0000.5149 e respeitou os preceitos éticos e legais da resolução 466/2012. Em cumprimento com esta resolução, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A construção macroestrutural do SAMU

O SAMU destaca-se como o componente pré-hospitalar móvel da rede de urgência e emergência (SOARES et al., 2013) e sua organização estrutural abrange as áreas administrativa, tecnológica e assistencial.

Em relação à estrutura administrativa, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Norte de Minas (CISRUN) é responsável pela gestão do SAMU, juntamente com as equipes que compõem os departamentos de gestão de pessoas, jurídico, psicologia e saúde ocupacional, educação permanente, de regulação médica e de enfermagem, sistema de informação e comunicação, estatística, frota, farmácia e almoxarifado e departamento administrativo.

No que tange a estrutura tecnológica do trabalho, de acordo com a Portaria Ministerial nº 1.010 de 2012, o SAMU é composto por Centrais de Regulação, Núcleos de Educação em Urgência e bases descentralizadas (BRASIL, 2012). As Centrais de Regulação do SAMU são compostas por médicos reguladores; técnicos auxiliares de regulação médica (TARM's) e rádios operadores (RO) e representam a porta de comunicação aberta ao público, por meio da qual, os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados após classificação de risco, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação (BRASIL, 2006).

Em consonância com a proposta de regionalização de atenção à saúde, a Central de Regulação 192 do SAMU atua de forma única e descentralizada.

A gente atende oitenta e seis municípios e tem só uma central e a central é sediada aqui em Montes Claros. Então, por exemplo, quem liga lá de Berizal para o 192, vai cair na central aqui de Montes Claros, quem liga lá de Gameleiras para o 192, vai cair na central aqui de Montes Claros, e aqui a gente gerencia tudo e entra em contato com a equipe descentralizada. GE7

A Central de Regulação é responsável por suprir trinta e sete bases descentralizadas, distribuídas em nove regiões de saúde, que abrangem oitenta e seis municípios da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas. Dessa forma, o trabalho é organizado por uma única central localizada em Montes Claros, que atende o chamado do solicitante e de acordo com a demanda apresentada são acionadas equipes das bases descentralizadas onde ficam ambulâncias com suas respectivas equipes responsáveis por uma área/localidade.

Para GE4, a Central de Regulação é o cérebro do SAMU, traduzindo-se como o centro de comando, que coordena, controla e regula toda a logística de equipamentos e insumos, transporte e pessoas, para manter a funcionalidade e prestar atendimento à população.

A regulação está acima, vamos dizer que é o cérebro do SAMU. Então eles (profissionais) vão ajudar na melhor forma possível para resolver tal problema. Então eles que ajudam na logística do sistema, eles vêem se está faltando maca, se precisa de equipe para sair, acionam equipe para buscar maca, “ah, tá precisando que aquela ocorrência seja mais rápida”, então vai e precisando de ajuda, liga para regulação. Então, o nosso elo é a regulação. GE4

A falta de macas para atendimento do SAMU foi presenciada em diversas vezes. Notou-se que diariamente a equipe de busca ativa era acionada pela Central de Regulação, para resgatar equipamentos retidos nos hospitais de Montes Claros. (NO)

O relato de GE4 revela uma organização do trabalho da Central de Regulação que não está prescrita na PNAU. As dificuldades cotidianas do SAMU, como a retenção de equipamentos nas portas de entrada das UE, revelam aspectos que caracterizam o trabalho real, revelando uma relação entre o que é prescrito e o que acontece no cotidiano, na busca por manter a efetividade do serviço.

De acordo com legislações e portarias que regulamentam a Central de Regulação, as rotinas de atendimento começam no TARM, que tem a função de receber o primeiro chamado, identificar e localizar o solicitante, extrair o maior número de informações sobre o agravo ocorrido, fornecer informações e orientações e encaminhar o chamado para o médico regulador (BRASIL, 2012).

O atendimento do SAMU se caracteriza por uma cadeia de responsabilidades, como elos de uma engrenagem, cuja regulação é a mola propulsora. Em um cenário com grande demanda de chamados, nem sempre é possível garantir ao solicitante atendimento imediato. Dessa forma, o TARM torna-se uma peça essencial.

Porque tem horas que está tumultuado de ligações, e os três médicos estão atendendo outras ligações. Se é uma convulsão, eu tenho como orientar esse solicitante, porque se eu for esperar também sem dar uma orientação, eu posso piorar o caso desse paciente. Uma convulsão eu vou pedir para virar a cabeça dele de lado, não enfiar nada na boca, para que ele não engula. TE3

O profissional, conforme depoimento de TE3, reconhece a grande demanda por atendimento e detém uma concepção de urgência que o permite reconhecer que o tempo de espera do solicitante para ter contato com o médico, não pode ser desprezado. Assim, orienta o solicitante a realizar práticas de cuidado simples, mas fundamentais para o não agravamento do caso.

No SAMU, os profissionais necessitam de raciocínio rápido, o que se traduz em saber pensar e agir imediato, com vistas à resolução de problemas nas mais variadas situações que podem envolver o paciente (DIAS; PENNA, 2014).

A atuação eficiente do TARM é de primordial importância para garantir a “regra do minuto de ouro”. Esta regra equivale a minimizar o tempo de atendimento do solicitante até a intervenção do médico regulador, mediante a descrição correta do caso, facilitando a compreensão do médico e tornando mais ágil o atendimento.

Dentro daquela sala, você atenta para a regra do minuto de ouro. Você como TARM, tem que ser mais objetivo, tem que minimizar o máximo de tempo possível com o solicitante, não perguntar desnecessariamente para o solicitante, porque quem vai fazer a regulação é o médico. TE8

Notou-se o elevado número de ligações diárias no SAMU 192. Quando os TARMS atendiam as ligações, percebeu-se tranquilidade e concentração na comunicação com o solicitante. Ao conversar com um TARM sobre requisitos necessários no momento do atendimento, o profissional respondeu ser de primordial importância, saber ouvir atentamente o solicitante, manter a calma, perguntar apenas o necessário e conseguir a descrição do caso. (NO)

Embora, a normatização ministerial estabeleça critérios para recepção do chamado na Central de Regulação, notou-se que no dia-a-dia, o TARM adota requisitos subjetivos que não estão prescritos em sua rotina, mas que são fundamentais para a compreensão da complexidade das necessidades de saúde.

Quando são colhidas informações suficientes e há entendimento de que o agravo necessita de atendimento, o TARM transfere a ligação para o médico regulador, que realiza a triagem do caso e decide sobre a conduta a ser realizada para cada atendimento.

Os TARMS vão acolher o chamado do solicitante e vão passar para os médicos e os médicos vão fazer a regulação, triar pelo grau de gravidade aquele chamado e verificar se tem necessidade de envio de

algum recurso e qual recurso será enviado, ou então se é só uma orientação. No mínimo orientação tem que ser oferecida ao solicitante, nem que seja para ele procurar por meios próprios. M2

Aí depois vem a atuação dos rádios operadores que é quem entra em contato com as equipes descentralizadas, falando qual a ocorrência, qual é o código da ocorrência e aí a equipe sai para intervenção. GE7

A decisão do médico em relação à conduta pode desencadear, ou não, o envio de uma ambulância para atendimento à ocorrência. Quando se reconhece a necessidade de envio da ambulância, o médico regulador solicita ao rádio operador o acionamento da equipe de intervenção.

Os médicos reguladores são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder as solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema, necessários ao adequado atendimento do paciente (BRASIL, 2002).

O depoimento de E10 demonstra que a equipe é acionada pela Central de Regulação por via de rádio ou telefone. A comunicação é mantida por códigos que orientam a equipe sobre a prioridade de atendimento do paciente, segundo a classificação de risco, e determina o tempo de deslocamento da base e gerencia as ambulâncias para as próximas ocorrências.

Eles (regulação) nos solicitam e nós somos acionados via rádio ou telefone. Quando somos acionados nos é passado um código de prioridade desse paciente, sendo ele vermelho ou amarelo ou, algumas poucas vezes, verde, que é o tempo que nós temos de saída da base. Sendo acionado, assim nós temos aquele tempo. Nós chamamos de 'J'. J9 saída do local com a vítima para ir para um hospital, J10 chegou no hospital, J11 saindo do hospital para retornar a base e J12 horário de chegada na base. Esses horários são passados para a regulação, para que eles saibam onde a nossa ambulância se encontra para facilitar a regulação delas para outras ocorrências. E10

No serviço pré-hospitalar móvel, a comunicação é considerada um eixo central em todas as etapas de atendimento ao paciente, e quando padronizada, mantém uma linguagem única que garante a organização do serviço, controle e segurança das informações. Portanto, precisa ser um meio de interação, ensino, aprendizagem e propiciar segurança e clareza para que os profissionais compreendam as informações transmitidas (SANTOS et al., 2012).

Ademais, as atividades são realizadas por meio de protocolos, importantes instrumentos que visam padronizar as condutas dos profissionais no acolhimento da chamada, na triagem do caso e no acionamento de ambulâncias.

Aqui cada profissional segue um protocolo. Então, existe protocolo do TARM, protocolo do médico, existe protocolo do rádio operador, então se cada profissional seguir adequadamente o protocolo, a solicitação daquela ocorrência flui tranquilamente. GE7

É interessante ressaltar que os participantes do estudo reafirmam a importância de realizar as tarefas orientando-se sempre por protocolos, pois estes formalizam as atribuições de cada categoria profissional, contribuindo positivamente para a realização das atividades e na relação interpessoal.

Eu acredito que aqui no SAMU a gente tem uma convivência muito boa entre a equipe, por conta dos protocolos. Então todo mundo agindo de acordo com o protocolo está tudo certo, todo mundo sabe sua função, sabe o que deve fazer no momento da ocorrência e no momento que chegamos à base. Então isso facilita muito a gente agir em sintonia, trabalhar em sintonia. E10

O relato de E10 deixa explícito que o protocolo é como um ingrediente indispensável para unir a equipe e mantê-la integrada para suprir as necessidades do usuário e prestar uma assistência efetiva. A rotina estabelecida por protocolos têm uma relação de segurança e confiança, constituída de forma a produzir subsídios para orientação das práticas e prestação da assistência. Nesse sentido, não basta o conhecimento teórico/prático, a observância dos protocolos é essencial para o saber agir. Pode-se inferir que o trabalhador é construído nessa relação, pois ao mesmo tempo em que define o trabalho do trabalhador, o protocolo é também constituinte do trabalhador.

Estudo realizado no SAMU 192, no estado de São Paulo, revelou que os auxiliares de enfermagem reconhecem a importância da criação de protocolos que possam norteá-los e padronizar a prestação da assistência. No entanto, ressaltaram que em muitas situações, o profissional torna-se obrigado a extrapolar o que está prescrito nos protocolos e a usar o conhecimento técnico-científico e a criatividade (SANTOS et al., 2012).

Os protocolos nacionais de intervenção para o SAMU 192 foram construídos mediante análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos

e da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado (BRASIL, 2014).

Segundo o disposto no *Prehospital Treatment Protocols General Operating Procedures* da cidade de Nova York, os protocolos foram desenvolvidos para garantir e padronizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas em situação de urgência e emergência, garantindo qualidade na assistência prestada (Regional Emergency Medical Advisory Committee – REMAC, 2015).

Outra importante tecnologia é o sistema operacional SS SAMU 192, por meio do qual o solicitante entra em contato com o serviço, e o médico regulador mantém escuta permanente com as equipes de intervenção para orientá-los quanto à natureza da ocorrência, bem como na assistência a ser prestada aos usuários do SAMU.

Eu escuto as ligações por meio do sistema, que a gente tem o SS SAMU 192 para ver se os profissionais estão atendendo bem o solicitante, para ver se o profissional está seguindo os protocolos, aí diante disso, eu consigo dá um feed-back profissional. GE7

A gente tem uma ferramenta que ajuda bastante que é o SS SAMU 192. Tudo que você fala no 192 fica gravado, então toda a conversa que o técnico tem com o médico, todos os dados, tudo está lá gravado. Então tudo que ele faz, o médico tem que estar ciente. GE8

Os participantes consideram o sistema SS SAMU 192 importante para o monitoramento do comportamento do profissional em face da qualidade do atendimento prestado. Esse monitoramento adotado ilustra a constante vigilância que se faz presente na estrutura do SAMU, que se legitima como prática social, enquanto se repete e não apenas realiza os objetivos da organização do trabalho, mas torna-se um dispositivo constituinte de subjetividade dos sujeitos.

Embora as equipes trabalhem de forma restrita às ambulâncias e bases de trabalho, a vigilância extrapola o local de atendimento. O sistema de comunicação via rádio é um dos mecanismos que permite que presenças e ausências sejam controladas e que os comportamentos sejam constantemente analisados. Assim, a vigilância pode ser observada durante o contato telefônico da regulação com o solicitante e durante a interação entre as equipes de trabalho e a Central de Regulação do SAMU, permitindo a vigilância auditiva e visual entre os pares e pela Central de Regulação (ROCHA, 2015; VELLOSO et al., 2014).

A organização deste serviço revela-se permeada de singularidades que diferenciam o SAMU dos demais serviços de saúde.

O atendimento do SAMU não restringe a encaminhar a ambulância para levar para o hospital. Começa na ligação, uma orientação médica já está prestando atendimento. TE2

O participante reconhece que o atendimento do SAMU se dá em diferentes lócus de atuação, tendo início desde o contato do solicitante com a Central de Regulação, que pode ou não encaminhar ambulância.

O lócus de atuação é compreendido como um espaço que possibilita prestar atendimento indireto, realizado exclusivamente por TARMs e médicos reguladores da Central de Regulação por via telefônica, e atendimento direto com equipe intervencionista, que pode atuar em vias públicas, residências e locais de trabalho (GUIMARÃES et al., 2015).

O atendimento direto é realizado com envio de ambulância e tem início com o acionamento da equipe de intervenção pela Central de Regulação e encaminhamento da ambulância de suporte avançado (USA) ou básico (USB), até o local da ocorrência.

A equipe multiprofissional de intervenção do SAMU é dividida em equipes de suporte básico, composta por técnico de enfermagem e condutor/socorrista que prestam atendimento de suporte básico (SBV) e equipes de suporte avançado, composta pelo enfermeiro, médico e condutor/socorrista que prestam atendimento com suporte avançado de vida (SAV).

Os atendimentos, aqui no SAMU da base de Montes Claros a gente tem duas USAs que são os transportes avançados, de suporte avançado e temos mais cinco básicas, tripuladas por técnico e condutor. E3

Nota-se que o técnico de enfermagem atua na USB sem supervisão direta do enfermeiro, o que contrapõe a Resolução do COFEN, nº 375 de 2011, no Art 1º alínea 1, que requer que a assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, seja realizada sob a supervisão direta do Enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

O contexto real revela que na prestação do cuidado, nem sempre o que está prescrito é o que melhor responde ao cotidiano assistencial. Nesse contexto, observa-se que há um

duelo entre prescrições, isto é, entre o preconizado pelo SAMU MN e o COFEN, porém é importante considerar que nesse embate, o trabalhador se constrói no cotidiano.

Em relação ao lócus de atuação do SAMU, observa-se também, no depoimento de GE4 que o serviço representa o elo do usuário com os demais serviços de saúde.

O SAMU ele acaba sendo muito importante para ter esse elo, ligação entre a casa do paciente, ou então uma estrada, ou o que for o que aquele paciente esteja necessitando de atendimento até o hospital.
GE4

Entende-se que a terminologia “elo” é designada pelo participante por reconhecer que a equipe do SAMU vai ao encontro da vítima, em qualquer local, para prestar atendimento e conduzi-lo adequadamente ao serviço de referência.

No que tange às rotinas dos intervencionistas, o check-list das ambulâncias é designado aos profissionais da enfermagem, e consiste em realizar a conferência dos materiais no início de cada plantão.

Quando a gente recebe a ambulância do SAMU, a equipe tem que checar todo o material da ambulância, para quando a gente chegar numa ocorrência, ter todos os materiais que a gente necessita. Então isso é muito importante, conferir todos os itens que a gente utiliza dentro da ambulância. TE10

Durante entrevista com uma enfermeira, a mesma foi interrompida por um enfermeiro e um técnico de enfermagem que precisavam ocupar a sala de apoio. Os profissionais explicaram após o atendimento é necessário finalizar o preenchimento das fichas de atendimento pré-hospitalar para lançar no sistema do SAMU. O enfermeiro completou, e disse que se trata de uma atividade obrigatória, pois os dados vão para o setor de estatística que faz o compilado dos atendimentos realizados pelo SAMU. (NO)

Os participantes deste estudo reconhecem no trabalho prescritivo do SAMU, a importância de executar o check-list, mantendo assim, a organização das ambulâncias, para estarem sempre aptas para atender às ocorrências, bem como abastecer o sistema de informação com a ficha de atendimento pré-hospitalar.

Em estudo realizado sobre a operacionalização do SAMU regionalizado, os resultados se assemelham os da presente pesquisa e revelam a importância da equipe intervencionista realizar o check-list dos materiais das ambulâncias (MORAIS et al., 2015).

No atendimento assistencial, quando as equipes são acionadas, é primordial realizar a avaliação e reconhecimento da segurança da cena. A avaliação da cena consiste em uma primeira atividade a ser realizada pela equipe, que embasará a conduta a ser tomada na sequência do atendimento.

No dizer popular nós somos os olhos do médico no local do sinistro, então assim, tudo que eu vejo naquele local, eu vou passar as informações para o médico responsável, o nosso médico regulador.
TE4

O depoimento de TE4 mostra que a avaliação da cena ocorre por meio das descrições do socorrista, o que contribui para a segurança da equipe quanto às vulnerabilidades e riscos externos e internos, para dar prosseguimento ao atendimento.

O depoimento de GE14 aponta que a segurança da cena que faz parte da educação permanente do SAMU MN, havendo a exploração de situações diversas para que seja possível orientar, capacitar e treinar as equipes quanto à segurança no trabalho.

Por exemplo, o SAMU recebeu uma chamada de alguém que foi baleado, esfaqueado. Se o SAMU chegar antes da polícia, o SAMU espera a polícia e não entra na cena. Então, eles já são bem treinados para isso, para lidar com situações de conflito. GE14

Observou-se que os condutores e o pessoal do almoxarifado discutiam no pátio, sobre a legislação de segurança no trabalho e a segurança na cena. Para os condutores há necessidade de mais equipamentos, neste caso de cones nas ambulâncias para sinalizar a presença da equipe nos atendimentos às ocorrências em vias e estradas. Esta observação denota a preocupação dos profissionais com os riscos externos no cotidiano de trabalho. (NO)

Os esforços para melhorar a segurança no trabalho são enfatizados por meio de parcerias com outros setores e pela participação dos próprios trabalhadores, que reconhecem na legislação sobre segurança no trabalho aspectos que podem ser incorporados para atender a sua realidade. Nota-se, pois, que o trabalho do SAMU é permeado pelo diálogo entre o que está prescrito e que o que pode ser criado no cotidiano.

Após a avaliação da cena, os socorristas abordam a vítima realizando a avaliação inicial, que subsidiará as etapas seguintes do atendimento. Considerando a especificidade das funções da equipe multidisciplinar, o técnico de enfermagem intervencionista do SAMU MN

trabalha na unidade de suporte básico, sob orientações da regulação médica. Assim, o profissional passa para o médico regulador todas as informações da ocorrência e por meio deste, recebe orientações sobre como deve proceder ao atendimento. Este profissional realiza anamnese e práticas de cuidado, que consistem em aferir pressão sanguínea, verificar glicemia, medicar sob orientação do médico e transportar a vítima para o hospital de referência.

Nossa atividade é bem simples, só olhar pressão, glicemia, identificar se ele corre risco ou não, medicar se for o caso, sob ordem da regulação e conduzir ele para o hospital, conduzir ele bem para o hospital. TE9

Como técnico de enfermagem, aqui no SAMU, a gente realiza todo cuidado de nível técnico com o paciente, ou seja, suporte básico de vida, desde abordagem, uma anamnese mais básica, mais criteriosa voltada para urgência, procedimentos não muito invasivos. TE2

A atividade é básica, é identificar o risco de vida do paciente, se ele está correndo um risco de vida ou não, prestar o atendimento básico, se fugiu do básico, a gente tem que acionar a ambulância do médico. Se for um caso mais crítico, vai ser a ambulância do médico. TE9

É importante destacar no depoimento de TE9, que o profissional reconhece, por meio das condições do paciente, os limites de sua intervenção. Para isso, em caso de atendimento crítico, a equipe de suporte básico deve solicitar a Central de Regulação, apoio da equipe de suporte avançado para condução do atendimento.

Estudo realizado com o SAMU regionalizado de Parnaíba mostrou que o técnico de enfermagem trabalha tanto na unidade de suporte básico, sob orientações da regulação médica, como no suporte avançado, com supervisão do enfermeiro, diferentemente do SAMU MN (MORAIS et al., 2015).

Outro aspecto importante, é que muitas vezes, os técnicos de enfermagem se deparam com situações complexas, que exigem conhecimentos de nível superior para manter o atendimento qualificado.

Porque aqui no pré-hospitalar, como membro e líder da equipe do suporte básico de vida, como só tem eu na equipe de saúde com o condutor, a responsabilidade cai toda sobre a gente da enfermagem. Aí a gente tem que buscar maior conhecimento até de nível superior para aperfeiçoar, para fazer um trabalho mais bem feito. TE2

Estas considerações reforçam a importância de aquisição de conhecimentos e habilidades e a presença do enfermeiro na equipe de suporte básico.

Atualmente, há discussões sobre a inclusão do enfermeiro no suporte básico, partindo do pressuposto de que cidades que possuem apenas bases descentralizadas do SAMU, com unidades de suporte básico, também recebem ocorrências de maior complexidade, que necessitam de suporte avançado. Tal inclusão tem o objetivo de promover melhorias e otimizar o atendimento (MORAIS et al., 2015).

De acordo com a Resolução 375/11 do COFEN, é indispensável à presença direta ou não do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, que se dá em unidades móveis, terrestres, aéreas e marítimas com presença de risco conhecido ou desconhecido, bem como no atendimento intra-hospitalar (COFEN, 2011).

Outros entrevistados ressaltam que o enfermeiro é primordial no atendimento pré-hospitalar, pois consegue supervisionar a equipe e ter um olhar holístico sobre a ocorrência, e reconhecem o enfermeiro como sendo elo entre os profissionais e o responsável pela sistematização da assistência.

O enfermeiro tem a função dele ali, o médico tudo bem, é ele que fica de olho no paciente, mas o enfermeiro também fica de olho no paciente, ele vê o que o médico está fazendo, o que o condutor está fazendo, o que está ao redor dele. Ele consegue organizar, minimizar a bagunça na ambulância. Ele consegue fazer isso tudo ao mesmo tempo, enquanto os outros simplesmente fazem as suas partes. Então ele acaba unindo aqueles profissionais e criando um elo de ligação que organiza o serviço e maximiza todo o processo. E9

A supervisão é considerada atividade essencial no momento do atendimento à vítima, o que decorre especialmente do grau de complexidade das ações e das características peculiares do atendimento pré-hospitalar móvel. Assim, o enfermeiro que atua no SAMU precisa reconhecer a importância do trabalho gerencial perante a equipe, de forma a favorecer a articulação dos profissionais e a organização do trabalho (BERNARDES et al., 2014).

Ainda em relação ao trabalho assistencial do SAMU MN, destacam-se as práticas de transporte intra-hospitalar, transferência e interceptação de pacientes graves, exclusivas de equipes que atuam com suporte avançado de vida.

Aqui a gente faz atendimento e a interceptação com outras cidades, interceptação intra-hospitalar, quer dizer levar um paciente de um hospital, para fazer tomografia em outro. E3

Observo que as equipe das USA foram solicitadas várias vezes para interceptar pacientes de outras cidades. Ao indagar a enfermeira sobre esta prática, a mesma relatou que é feita apenas por médicos, enfermeiros e condutores. Além disso, mencionou que muitas vezes isso causa desgaste no profissional, já que se desloca para longe e ao longo do plantão surgem outras demandas que devem ser atendidas pela equipe. (NO)

No depoimento de E3 e na observação mencionada, percebe-se a despeito de reconhecer a importância da prática de interceptação, o profissional considera tal prática como desgastante para a saúde do trabalhador, tendo em vista as longas distâncias e a rotina diária. A interceptação faz parte de pactuação da regionalização e pode ser entendida como uma peculiaridade do serviço regionalizado, ocorrendo quando há necessidade do SAMU, de uma Região de Saúde, realizar a transferência do paciente para outra equipe, localizada em outro local/cidade, objetivando assegurar o acesso do usuário a um hospital com aporte tecnológico suficiente para dar continuidade à assistência.

No que diz respeito ao trabalho do médico, suas atividades consistem em regular, na Central de Regulação, e prestar assistência com suporte avançado de vida.

Aqui, as atividades em todo plantão, o normal é você regular seis horas; e tem também a parte de intervenção, que são chamados que necessitam de suporte avançado de vida que nós vamos sair para a intervenção. M1

As atividades como médico intervencionista é igual eu falei, cada dia é uma coisa diferente. Então sempre tem uma intervenção diferente, casos diferentes, que a gente está sempre aprendendo. M2

No depoimento de M3, nota-se que não há disposição das funções do médico. Contudo, é explicitado seu relevante papel no atendimento à urgência, haja vista que possui domínio sobre técnicas intervencionistas e capacidade para atender em diferentes situações.

No que se refere às especificidades das ações do socorrista, é interessante destacar a comunicação não verbal utilizada. Observa-se que esta forma de comunicação não está prescrita em normas, portarias, legislações e protocolos do SAMU, mas é uma manifestação

da linguagem que influencia diretamente o cotidiano de trabalho de profissionais do SAMU. Dessa forma, o prescrito e real se entrecruzam o tempo todo.

Quando nós estamos no atendimento, um olha para o outro e já sabe o que deve fazer e o que não deve fazer, e às vezes, um consentimento 'ah, agora é hora de parar', só basta uma olhadinha, então é o entrosamento com a equipe. TE2

Então, a gente sai numa ocorrência, e só de um olhar, a gente sabe o que o outro está querendo, todo mundo aqui se capacita, todo mundo já vai pensando o que a gente pode encontrar. Então todo mundo tem o mesmo pensamento. E4

Observa-se nos relatos que o elemento utilizado para comunicar foi a expressão facial, por meio do olhar e que esta decorre da interação da equipe envolvida no processo de cuidar, uma vez que os sinais identificados pela pessoa são igualmente captados por seu grupo. Dessa forma, os sinais não verbais, tais como gestos e expressões faciais podem ser utilizados para transmitir mensagens, complementar ou contradizer a comunicação verbal sobre o modo de agir e reagir durante a assistência, influenciando positivamente para a organização, equilíbrio nas ações do cuidado, eficiência da assistência e na relação entre profissionais.

Estudo realizado sobre a comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva pediátrica revelou que o trabalho em equipe é fundamental para o processo de comunicação não verbal, uma vez que a interação da equipe auxilia na detecção das necessidades da criança, propiciando o cuidado integral, direcionado e individualizado. Ademais, a interação entre os profissionais de saúde e familiares favorece o reconhecimento das necessidades das crianças e, conseqüentemente a recuperação (PONTES et al., 2014).

O cotidiano: desvelando situações vividas

O cotidiano de trabalho de profissionais do SAMU é apresentado com situações diversas, inusitadas e imprevisíveis, que se fazem presentes tanto no trabalho gerencial, quanto no assistencial. No primeiro, apesar de ter demandas fixas, em face de questões que surgem cotidianamente, estas se tornam preferenciais para serem resolvidas, haja vista a circunstância de ser urgente.

A gente tem as demandas fixas, que são os processos. Além delas, tem as rotinas variadas, que chegam conforme o dia. Às vezes a gente programa um dia "ah, hoje eu vou responder tais e tais solicitações", mas quando chega, tem uma demanda mais urgente, você não tem como seguir aquela rotina ali não, você tem que dar um auxílio. GE5

Os participantes mencionaram, ainda, a imprevisibilidade como importante característica que demanda a reorganização imediata de atividades do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU.

As nossas atividades são de forma elaboradas, planejadas. Claro que acontecem algumas situações, que a gente tem que atender de forma emergencial, mas todas as nossas atividades do núcleo de educação são planejadas em equipe, nós avisamos e são pautadas nas necessidades. GE12

Por um lado, o processo de treinamento e capacitação do NEP é pautado em situações vivenciadas e em necessidades apresentadas pelos profissionais, realizadas de forma programada e elaborada. Por outro lado, mudança na ordem do processo de trabalho advém de situações vivenciadas no dia-a-dia, que sua vez demanda intervenção emergencial do núcleo abrindo espaços para adaptar e criar novas formas de fazer o cuidado.

Ainda no que concerne à imprevisibilidade do cotidiano, os participantes apontaram que o SAMU “sai no escuro” para prestar assistência, já que dificilmente se têm conhecimento prévio sobre o que será encontrado na cena, seja em relação às condições do local de atendimento, seja em relação à condição clínica da vítima.

Assim, é um desafio atrás do outro. Todo dia, todo dia é um atrás do outro, nunca a ocorrência é a mesma, nunca as informações são as mesmas. Então assim, a gente sai no escuro, o SAMU não vê, o SAMU só vê quando ele chega lá no local. GE10

A gente nunca sabe o que vai encontrar. Quando você sai na ambulância, você é acionado por um código, um exemplo, um código amarelo, ele pode evoluir, você nunca sabe quem está lá a sua espera. Então você tem que estar pronto para atender. TE7

Ademais, o depoimento de TE6 revela que o cotidiano do atendimento pré-hospitalar é diferente do hospitalar, uma vez que a equipe intervencionista se desloca para ir ao encontro

da vítima. Destarte, os profissionais caracterizam o trabalho como impactante, já que se deparam com diversas situações nas quais as vítimas se encontram.

Quem está no hospital e vai para urgência e emergência é totalmente diferente. O impacto é outro. Lá no hospital você só recebe, aqui você vai ao encontro para preparar para o hospital receber, você se depara com tudo. TE6

Tem momentos que a gente pega coisas muito tristes, que você realmente fica um pouco abalado. E10

A ausência de rotina no trabalho assistencial do SAMU e a convivência com o inesperado são fatores que expõem os trabalhadores a uma variedade de condições que podem causar impactos emocionais.

Ademais, para os entrevistados, não há uma rotina, são situações e lugares novos a cada ocorrência, e a definição de surpresa traz a marca registrada de imprevisibilidade.

Cada dia é um dia diferente então tem vez que a gente tem um pouco mais de surpresa, mais acaba sendo todo dia uma coisa nova, diferente, um aprendizado novo. Então a gente está sempre aprendendo. M2

Eu acho que cada dia que eu venho aqui eu aprendo mais, e vejo que tem mais para aprender, porque aqui a gente vê de tudo, de tudo mesmo. Se eu saio em quatro ocorrências no dia, cada ocorrência para mim é uma escola, porque são casos diferentes. E5

Cada situação vivenciada torna-se única e contribui para a aquisição de habilidades, permitindo a discussão da teoria aprendida com a prática vivida, aproximando o prescrito do real.

É interessante destacar que este contexto é também um meio que propicia aos profissionais desenvolverem estratégias que ultrapassam o preestabelecido no trabalho e transformam-se em espaços de socialidade, favoráveis para o profissional lidar com a pressão do cotidiano.

Além das minhas atribuições aqui, eu tento quebrar o gelo da equipe, que a equipe da intervenção ela assim, vivencia a vítima, ela que vivencia o sofrimento da vítima. Então para ajudar a equipe, eu tento quebrar esse gelo com brincadeiras, conversas informais, para que essa pessoa volte mais rápido e normalizar a situação dela. GE10

É gostoso, você chega, discute, você fala da ocorrência. Você chega ao pátio está todo mundo esperando para saber da ocorrência, depois quando vai descansar, tem uns confortos ali, aí todo mundo senta, vai brincar, vai rir, vai conversar. E8

Nesta perspectiva, foi possível identificar que o encontro entre profissionais, caracterizado por brincadeiras e conversas informais, abre lugar para a socialidade, reforçando o sentimento de pertencimento do grupo. Observa-se o prazer das pessoas em estarem juntas e compartilhar ideias, o que reflete a solidariedade da equipe do SAMU.

A socialidade “assenta-se em espaço partilhado” e de maneira explícita “trata-se de sair de si mesmo, de romper a clausura do próprio corpo, de ter acesso a um corpo coletivo e participar de um espaço mais amplo” (MAFFESOLI, 1988, p.161). Assim, a realidade do cotidiano desvenda aspectos do trabalho que se sobressaem ao oculto, as pequenas coisas e subjetividades, conferindo sentido à rotina de todos os dias.

Essa socialidade também pode ser conferida nos espaços de capacitação e treinamento. O NEP tem como principal objetivo promover capacitação e educação permanente dos trabalhadores para o adequado atendimento às urgências, em todos os níveis de atenção do sistema (BRASIL, 2012; 2006). Dessa forma, a socialidade se faz presente no contexto organizacional do SAMU, que demanda articulação, interação, integração entre os profissionais, o trabalho em equipe e interdisciplinar, sendo esses primordiais para a efetividade do trabalho.

Nós participamos da formação de nossos profissionais com treinamentos diários, há processos de seleção para o serviço, onde a pessoa passa por cerca de duas semanas de treinamentos. Nós também auxiliamos na capacitação das portas de entrada dos hospitais, trabalhamos na frente da prevenção, de educação, onde realizamos palestra educativa em escolas, empresas, entidades de classe. Temos também a criação de protocolos, quando há necessidade do equipamento ou medicamento passar por uma avaliação aqui do núcleo de educação, nós ficamos com esse equipamento, estudamos a sua utilização, treinamos de forma exaustiva até mesmo manuseio, manutenção, para depois criarmos os protocolos de utilização, conservação e passar em forma de treinamento para os outros funcionários. Nós também participamos de trabalho em conjunto com entidades parceiras, como a polícia militar, polícia rodoviária, corpo de bombeiro, alinhamos nossas ações em forma de protocolos e compartilhamos. GE12

Notou-se no setor do NEP, que há um quadro com calendário de agendamento de capacitação e treinamentos para os profissionais das bases descentralizadas do SAMU, da Atenção Primária a Saúde (APS) de cidades vizinhas e de instituições de ensino superior. (NO)

A capacitação do NEP é oferecida por meio da plataforma de educação à distância, que disponibiliza materiais diversos de treinamentos, para leitura e estudo dos colaboradores, além de grupos dirigidos, como estratégias para promover a interação profissional. Esta intervenção permite discutir a teoria aprendida com a prática vivenciada, explorar situações vivenciadas e outras que podem interferir na dinâmica do trabalho, além de proporcionar diferentes maneiras de atuar.

Todas as ferramentas de treinamento estão sendo oferecidas. Hoje a gente tem um espaço de educação a distância, onde o NEP posta os vídeos de treinamento, as múltiplas abordagens para quem está de fora, faz grupos dirigidos junto com os profissionais para eles terem uma interatividade maior, levam casos para eles resolverem e trazerem de volta para o NEP. Então eu acho que a nossa equipe está treinada para enfrentar essas dificuldades externas. GE14

Dessa forma, nota-se que os saberes, as práticas de cuidado e os modos de fazer são (re) construídos e (re) organizados para atender às demandas do serviço. A articulação e interação estão relacionadas com o trabalho em equipe, pois, concebe ser essencial a existência de um elo entre os profissionais com o objetivo de assegurar a qualidade da atenção à saúde.

Aqui a gente é uma equipe, e a gente não trabalha de forma isolada. O nosso esforço do dia-a-dia reflete no atendimento da população, em cada ocorrência. Isso se torna um trabalho gratificante por você poder voltar para casa e com a certeza de que você deu o melhor pra atender a população Norte Mineira. GE 2

Percebe-se que o empenho coletivo da equipe repercute positivamente no atendimento e torna o trabalho gratificante. Assim, é possível fazer uma analogia do trabalho coletivo com a tribo, que segundo Maffesoli, são símbolos que delineiam um estilo às pessoas que buscam o “estar junto” e permite que as pessoas, por meio de laços de identificação, permaneçam juntas por compartilhar um sentido estético, a filosofia de vida, uma linguagem,

ideias de mundo, uma visão das coisas, os gostos e interesses em comum (MAFFESOLI, 1988).

Dessa forma, o trabalho coletivo, a interação, o compartilhamento de conhecimentos entre os indivíduos são aspectos que determinam o fazer cotidiano de profissionais que fazem parte da tribo denominada SAMU.

Outros entrevistados relataram que na prática diária de suas atividades, são promovidas reuniões frequentes, nas quais as pessoas apontam dificuldades encontradas no dia-a-dia, constroem planos de ação para atuar nas não conformidades e compartilham conhecimentos.

A gente sempre está fazendo reuniões, as equipes estão sempre apontando planos de ação para a gente tentar melhorar as não conformidades que o serviço pré-hospitalar ele é muito complexo. Nós estamos em um ambiente que todo dia acontece alguma coisa. GE1

Eu me vejo como parte integrante da equipe, tentando ouvir as dificuldades de cada um, tentando auxiliar, ajudar, entender, levantar os problemas que existem e resolver. Procuro nunca resolver as coisas sozinha, a gente tem uma equipe que tem uma vivência, uma experiência dentro do SAMU que é muito válida. GE8

Os participantes reconhecem momentos de encontro como possibilidade de partilhar informação. Esta prática pode ser entendida como socialidade, caracterizada como espaços compartilhados, onde as pessoas representam seu papel social, no âmbito de sua atividade profissional, permitindo diálogos coletivos, troca de informações, experiências e valorização do olhar do outro, agregando valores (MAFFESOLI, 1988). Desse modo, a socialidade contribui para a interação e integração dos profissionais e das suas ações no trabalho.

Nesse ambiente ou espaço físico, onde acontecem as interações entre as pessoas, as trocas de experiências, a cooperação, os sentimentos de alegria e de tristeza, as dificuldades e situações imprevisíveis são cotidianamente vivenciadas. A complexidade estrutural e a logística do SAMU regionalizado foram destacadas pelo entrevistado, como dificuldade no cotidiano de trabalho.

Aqui tem que ter um trabalho em equipe muito grande por que se nós não tivermos um trabalho em equipe o serviço não anda. Aqui eu dependo de um coordenador, de funcionário de uma base descentralizada, eu preciso de uma pessoa que está a quinhentos quilômetros daqui. GE13

O relato de GE13 mostra que para lidar com tal complexidade, é essencial a colaboração e a integração entre profissionais, a fim de manter a sistemática do trabalho.

Assim, o cotidiano de trabalho revela um compartilhamento das ações e dos saberes, na prática diária das atividades dos profissionais. Portanto, a integração do saber e das práticas favorece a aproximação dos sujeitos e a criação de vínculo no ambiente de trabalho (DIAS; PENA, 2014).

Os entrevistados também reconhecem o trabalho em equipe na Central de Regulação, cujas decisões devem ser tomadas de forma rápida, integrada e eficiente.

Aqui na sala de regulação esses três profissionais, os médicos, TARMs e rádio operador que trabalham em equipe porque essa logística até a equipe ser acionada tem que ser muito rápida, já que ali a gente está tratando de um risco eminente de morte, então tem que ser tudo muito rápido e tudo com muita presteza para que a equipe consiga chegar ao destino certo. GE7

Nesse contexto, a competência profissional é um aspecto importante que permite um “saber agir” imediato para intervir em variadas situações (DIAS; PENA, 2014).

Outros depoimentos permitem identificar que a despeito da definição dos papéis profissionais, a interação é necessária para a execução do trabalho assistencial.

A equipe interage. Você tem o mesmo nível de entendimento, porque de formação cada um vai ter uma formação diferenciada. O médico, o enfermeiro, o técnico são formações diferentes, de níveis diferentes, mas se falam a mesma língua, se tem uma boa interação, então fica uma ocorrência tranquila, não tem estresse, o paciente fica bem atendido e a família fica segura. TE9

A gente trabalha em equipe. Aquele que não trabalha em equipe, aqui ele é excluído. Tem colegas que são excluídos. E8

O trabalho em equipe referencia a “metáfora da tribo”, atribuída por Mafessoli a um tipo de formação grupal que delinea um estilo às pessoas e permite que elas, por meio da identificação, permaneçam juntas por compartilhar um sentido estético, os gostos e interesses em comum (MAFFESOLI, 1996). Ademais, “o termo excluído”, destacado por E8, remete a condução necessária do trabalho em equipe, aspecto inerente ao pertencimento.

Os participantes mencionaram o trabalho de profissionais do SAMU como uma corrente, na qual um profissional depende do outro para desenvolver atendimento qualificado.

Aqui todo mundo depende do outro, é uma corrente, é um elo, todos nós precisamos uns dos outros, e o serviço não funciona, não funciona sem o TARM, não funciona sem o médico, não funciona sem o enfermeiro, não funciona sem o condutor, todos nós precisamos uns dos outros. TE7

Eu me vejo como parte integrante e fundamental ali, como os outros colegas também, porque ninguém consegue salvar uma vida sozinho, não tem como, não é possível. E11

É importante pontuar que a “corrente” no relato de TE7 sinaliza uma atuação interdependente e sincronizada da equipe, importante para o desempenho no trabalho. Nesse sentido, o trabalho em equipe é fazer-se parte da tribo e assumir a corresponsabilização coletiva imprescindível para qualificar os espaços de trabalho e ampliar a eficácia das práticas (PASSOS; CARVALHO, 2015).

Diferentemente de outros serviços de saúde, os depoimentos revelam que no SAMU não há uma estrutura hierárquica na equipe de intervenção, uma vez que o trabalho é realizado de forma coletiva e todos os envolvidos são importantes no processo.

Em todos os outros serviços de saúde tem aquela hierarquia, tipo o médico está no topo, os outros são os subordinados e aqui não tem isso. Aqui todo mundo trabalha de forma igualitária, um dependendo do outro, ninguém faz o seu serviço sem ter o outro para tá oferecendo ali a sua função. E5

Aqui é o seguinte, nem enfermeiro em cima do médico, o enfermeiro em baixo, o médico em cima, o enfermeiro em baixo. Eles tão no mesmo patamar, não tem esse negócio do médico descer aqui e ainda gritar comigo. E9

Nota-se a interdependência das práticas e ações dos atores para que o trabalho assistencial seja realizado de forma eficiente. Torna-se, pois, fundamental a relação de parceria entre os membros da equipe, a qual contribui para o atendimento do paciente.

Ah, aqui o trabalho do SAMU é mais em equipe, por mais que você esteja conduzindo o caso por ser o médico da equipe, o trabalho é sempre em equipe, sozinho você não consegue resolver nada. Então você sempre tem que ter o trabalho na equipe como um todo, sempre,

com o apoio do enfermeiro, apoio do motorista também. Então, tem que ser um trabalho em equipe para as coisas funcionarem bem, sozinho você não vai conseguir resolver. M3

No relato, M3 reafirma a importância do trabalho em equipe. M3 reconhece o fato de ter que conduzir o caso, por ser o médico da equipe de intervenção, mas essa condução se dá de forma coletiva, participativa e integrada, o que novamente traduz o conceito de “tribo” de Maffesoli (1996).

As dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho

As situações até aqui analisadas, são marcadas por alguns entraves no cotidiano do SAMU, considerados em três dimensões sendo estas, organizacional, estrutural e cultural.

Na dimensão organizacional foram apontadas a logística, a distância entre as bases descentralizadas e a sede administrativa do SAMU MN, relacionados à extensão territorial e a contrapartida de municípios consorciados ao CISRUN, impondo desafios na gestão do serviço.

O SAMU é de conhecimento de altíssima complexidade. Fico responsável de fazer a gestão de 37 bases, 36 delas são fora, são cidades vizinhas na região norte, toda essa região aqui, de Salinas para cá e aí pega Januária, Janaúba. Então tem uma complexidade muito maior. GE16

Temos as dificuldades, principalmente pela questão da distância, dessas bases que ficam longe da gente, GE8

A extensão territorial da Região Norte de Minas e as más condições das vias e estradas, foram apontadas como aspectos que contribuem para a precarização da frota e, conseqüentemente, dificultam o trabalho do SAMU.

Os fatores que dificultam são no sentido da manutenção, a questão das estradas do Norte de Minas não ser de boa qualidade. A região Norte Mineira é uma região muito extensa e dificulta bastante as manutenções preventivas que deveriam ter. A gente hoje faz as manutenções corretivas, ou seja, quando o carro quebra. A gente não tem uma manutenção muito efetiva nessa parte que deveria ser a manutenção preventiva. GE 2

O depoimento de GE2 revela a precarização da frota em consequência da extensão territorial, mas também de recursos financeiros que impactam na manutenção preventiva das unidades móveis.

Assim como neste estudo, pesquisa realizada na Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais, identificou dificuldades enfrentadas pelos serviços para operar em rede, como por exemplo, os aspectos geográficos, socioeconômicos, culturais e a extensão territorial da região (TORRES et al., 2015).

A PNAU prevê que o critério mais impactante para garantir o atendimento oportuno do SAMU é o fator tempo resposta, sendo a distância a ser percorrida até o local da ocorrência, determinante para a acessibilidade ao serviço de saúde.

Em relação à dificuldade do SAMU com a contrapartida dos municípios, é importante destacar a estruturação do CISRUN. O consórcio foi constituído em janeiro de 2010, abrange 86 municípios e é responsável por gerenciar os recursos financeiros do SAMU, repassados pela União, Estado e municípios consorciados; dar suporte infraestrutural as bases descentralizadas do SAMU e ao Complexo Regulador Macrorregional; monitorar as ações e serviços de saúde de urgência e integrar os serviços de urgência no âmbito do CISRUN (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas- CISRUN, 2012).

Nesse contexto, o depoimento de GE6 denota que o profissional reconhece a importância do SAMU regionalizado para prestar atendimento à população, porém ressalta que alguns municípios consorciados se mostram acomodados e descomprometidos com o pacto firmado com o CISRUN.

Muitos municípios são acomodados, eles fazem ali um compromisso com o consórcio, mas depois acabam relaxando, não cumprindo. É pouco para eles você entendeu? Ter uma base assim é muito importante para cada município já pensou? Na cidadezinha, igual mesmo Bonito de Minas, desse tamanhinho, ter uma base do SAMU onde pode estar tendo uma assistência boa para a população dali e adjacentes, isso é muito bom. Isso é muito bom para o gestor, isso é muito bom para todo mundo, principalmente para os usuários. GE6

O relato sinaliza possíveis fragilidades na negociação e articulação entre os gestores que contradizem os objetivos desta estratégia, desvelando a falta de compromisso em relação

ao suporte de infraestrutura para as bases descentralizadas do SAMU, podendo comprometer o trabalho e o acesso da população ao serviço.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são apresentados como possíveis estratégias e iniciativas autônomas de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente, serviços especializados e com maior densidade tecnológica para a saúde da população, com vistas à descentralização na direção dos princípios do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços (MORAIS; CHAVES, 2016).

A dimensão estrutural abrange os recursos necessários para manter a operacionalidade do serviço. Os participantes elencaram a falta de condições de trabalho, insuficiência da frota e retenção de equipamentos.

A gente não tem ambulância boa para trabalhar. Você vai fazer uma interceptação daqui para perto de Francisco Sá, na verdade veio para interceptar, mas numa ambulância sem ar condicionado, uma ambulância caindo aos pedaços. E3

A gente fica sem atender por falta de ambulância, por falta de condição de trabalho né. Você não ter um ar condicionado dentro da ambulância, uma cidade com quase 40 graus, medicamento que é fotossensível, fotorreagente. E6

Os depoimentos retratam a falta de condições mínimas e adequadas de trabalho, o que pode influenciar a qualidade dos medicamentos utilizados, bem como comprometer a segurança e a saúde do trabalhador.

Verificou-se, ainda, o insuficiente número de ambulâncias do SAMU, como recurso estrutural que mais compromete a operacionalidade do serviço.

Eu acho que hoje que a gente enfrenta mesmo é dificuldade estrutural. Hoje, o que mais está prejudicando mesmo o nosso atendimento, é a falta de ambulância. Isso é o que mais dificulta. E11

Aqui a gente lida com vidas, principalmente para quem está lá em cima na regulação, e você saber que não tem ambulância para atender, isso dói demais na gente. TE3

O profissional de saúde lida com a sensação de impotência, por não poder atender a vítima com demanda de urgência e emergência e transportá-la. Esse sentimento emerge em situações de fragilidade humana (DIAS; PENNA, 2014).

Nesta realidade, um recurso estrutural fundamental para a regulação no SAMU é a disponibilidade de ambulâncias. Esse recurso foi previsto pela PNAU, utilizando o critério populacional para definir seu quantitativo. Entretanto, o critério mais impactante para garantir o atendimento oportuno é o tempo resposta, já que o atendimento mais precoce possível é essencial para urgências com risco de vida. Posto isso, é necessário que haja ambulância disponível para garantir esse tempo resposta (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Outro problema apontado foi a retenção de equipamentos, especificamente de macas para o transporte.

Eu acho que é mais a questão de infraestrutura, de material, falta de maca, porque ficam muitas macas retidas nos hospitais. Então assim, tem ocorrência, porém a gente não tem maca para ir nas ocorrências. Porque a instituição "X", a gente leva um paciente para lá que a maca teria que ser liberada, mas por lá não ter leitos disponíveis, o paciente fica um mês internado em cima daquela maca. E5

Em contato com os profissionais no pátio, notou-se que o enfermeiro perguntou ao TARM, por que estava tão tranquilo. O TARM relatou que naquele momento, o SAMU não tinha mais macas para prestar atendimento. (NO)

Os depoimentos apontam o distanciamento em relação ao prescrito, que determina as pactuações da RAUE MN e o real, em face da incapacidade instalada da rede por meio da insuficiência estrutural de hospitais da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas e a falta de leitos, especialmente nas instituições hospitalares do município de Montes Claros, que enfrentam a superlotação dos serviços de urgência. Esta realidade interfere na capacidade de atuação do SAMU conduzindo, muitas vezes, à perda do alcance do ideal institucional, haja vista que o SAMU deixa de atender o usuário em situações de UE por falta de equipamentos das ambulâncias que ficam retidos nos hospitais.

Estudo realizado coincide com os achados da presente pesquisa e aponta dificuldades da RAUE MN em relação à estrutura assistencial. Os resultados revelaram o predomínio de unidades hospitalares de pequeno e médio porte e prevalência de hospitais filantrópicos ou privados com insuficiente oferta de leitos no sistema público, além da frágil organização da Atenção Primária à Saúde (TORRES et al., 2015).

A dimensão cultural diz respeito ao pouco entendimento por parte da população, sobre às reais aplicabilidades do SAMU, e dos profissionais de saúde hospitalar, com relação aos fluxos da atenção às urgências, por não se mostrarem receptivos.

A questão do SAMU, é que as pessoas não sabem muito bem como funciona o serviço, sabe que vai lá e pega o paciente, às vezes acha que o SAMU funciona mais como táxi. Muitas vezes você vai numa ocorrência que não precisa, então você chega, emprega um recurso numa coisa que era para ser resolvida na atenção primária. E11

Às vezes você chega no hospital, eles estão de cara fechada para você, sabe? Porque o SAMU é uma porta aberta. E8

A incongruência entre as demandas dos usuários e os serviços prestados nos pontos de atenção à saúde, configura-se como uma realidade e impacta na utilização racional de recursos e na continuidade e qualidade do cuidado.

O desconhecimento da população sobre o verdadeiro papel do SAMU foi mencionado por profissionais de um município do Rio Grande do Sul como prejudicial, por acarretar no deslocamento desnecessário da ambulância, a qual deixa de atender demandas consideradas prioritárias para este serviço (SILVA et al. 2014).

O depoimento de E8 revela que além de ter que lidar com demandas incoerentes feitas pelos usuários, os profissionais precisam enfrentar obstáculos no serviço hospitalar. Estudo realizado no SAMU de Belo Horizonte revelou a falta de conhecimento de profissionais de saúde hospitalar em relação ao trabalho do SAMU, fato que contribui para a fragmentação do sistema de saúde (VELLOSO et al., 2014).

Outra dificuldade vivenciada pelos profissionais, que implica diretamente no cotidiano de trabalho é o trote, prática influenciada pelo aspecto cultural, que decorre da falta de conhecimento e consciência da população em relação ao serviço de UE.

Oh, a gente percebe hoje em dia é que a gente tem um número de trotes extremante alto, que dificulta, porque as linhas são ocupadas por esse trote e outra pessoa que esteja realmente precisando desse atendimento não consegue ligar. O solicitante hoje na verdade, ele mente mesmo sobre a ocorrência. GE7

Foi possível participar de um momento, em que um enfermeiro relatou sobre uma situação caracterizada como trote. A Central de Regulação recebeu uma ligação e encaminhou a equipe da USA, solicitou apoio do corpo de bombeiros e da polícia militar com a aeronave para atender uma ocorrência grave em zona rural. Todavia, ao chegar ao local informado pelo solicitante, não encontrou a vítima e nem mesmo o solicitante. A central de regulação entrou em contato

com número telefônico informado, mas também não conseguiu localizar e detectou a condição como trote. (NO)

O solicitante, ao mentir sobre a ocorrência, demanda a utilização inadequada do SAMU, que pode ser prejudicial no atendimento à pacientes graves, que ao buscarem o serviço, podem enfrentar demora no envio de ambulâncias. Além disso, pode ocasionar perda de tempo da equipe e prejuízo financeiro para o serviço.

Pesquisa realizada no SAMU de Sobral-CE revelou números elevados de trotes, consistindo em uma problemática no cotidiano do serviço (OTAVIANO et al., 2016).

A realidade descrita revela a necessidade de sensibilizar e orientar a população quanto às prioridades de acionamento do serviço, bem como as conseqüências advindas de situações de trotes. Assim, a mídia emerge como possível estratégia que poderá colaborar com o serviço a fim de envolver e promover a compreensão da população (SILVA et al., 2014).

Mediante as dificuldades abordadas, os achados deste estudo corroboram com pesquisa realizada, sobre a regionalização do sistema de saúde, a qual pontuou à extensão territorial, a densidade populacional, as barreiras geográficas, a malha viária, a condição socioeconômica, aos aspectos culturais, sociais e profissionais, as condições de investimento em saúde e a condição da região como fatores que interferem na operacionalidade do SAMU, conseqüentemente na acessibilidade aos serviços de saúde (TORRES et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU Macro Norte do município de Montes Claros, ao explorar sua organização estrutural e desvelar o cotidiano dos profissionais que nele atuam.

A análise da organização estrutural revelou que o SAMU se configura como um elo de ligação entre o paciente e o serviço hospitalar, sendo primordial o pensar e agir imediato.

Ao considerar o dinamismo enfrentado pelos profissionais do SAMU, orientação, capacitação e treinamento, integram o cotidiano deste serviço. O objetivo é propiciar um preparo permanente sobre as vulnerabilidades e os riscos internos e externos que podem estar presentes na cena.

Vale destacar também, a comunicação não verbal, a qual emergiu como um eixo central na prática pré-hospitalar, sendo permeada pelo olhar, pelos gestos e expressões, a fim de possibilitar agilidade e maior interação entre os membros da equipe.

Outro aspecto relevante consiste no trabalho em equipe desenvolvido no SAMU. Esta característica permite um compartilhamento diário das ações e saberes, adquiridos pelos profissionais.

O conhecimento sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais no SAMU possibilitou desvelar o oculto, as situações inusitadas, imprevisíveis e impactantes. Ademais, apontou entraves organizacionais, estruturais e culturais, enfrentados pelos profissionais, trazendo à tona a necessidade de refletir sobre as dificuldades emergentes, com o intuito de melhorar a prática cotidiana.

Como limitação deste estudo, destaca-se o foco analítico do estudo de caso, não permitindo generalização estatística.

REFERÊNCIAS

- BERNARDES, A.; MAZIERO, V.G; EL HETTI, LB.; BALDIN, S.M.C.Dos.; GABRIEL, C.S. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, v.16, n.3, p.635-43, 2014.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria GM 2.048 de 05 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- _____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências – DAHU.** Coordenação Geral da Força Nacional do SUS – CGFNS. Suporte Avançado de Vida. Ministro da Saúde: Brasília/ DF, 2014, 638p.
- _____. **Portaria n. 1.473, de 18 de julho de 2013. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União [Periódico na Internet]. Brasília, 19 Jul 2013. Acesso em 20 de Junho 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 375/2011. **Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido.**
- CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA DO NORTE DE MINAS- CISRUN. **Relatório de Gestão.** Governo de Minas, 2011-2012, 76 p, 2012.
- COSTA, N. R. A descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.1, n.52, p.15-37, 2014.
- DIAS, CP.; PENNA, C.M . M. Transporte aéreo: o cotidiano dos profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(supl. 2), p.3600-6, 2014.
- GUIMARÃES, E.P.A.; SILVA, R.F.; SANTOS, J.B.F. Dos. **Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU.** O público e o privado - nº 25 - Janeiro/Junho – 2015, 55-75p.
- LUCHTEMBERG M.N.; PIRES, D.E.P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet]. v.69, n.2, p.213-20, 2016.
- MAFFESOLI M. **Le réenchantement du monde: une éthique pour notre temps.** Paris: Éditions de La Table Ronde; 2007.
- MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva.** Trinta AR, tradutor. São Paulo: Brasiliense; 1988.
- MORAIS, L.S Da.; ANDRADE, H.F.F De.; AMORIM, F.C.M et al. Operacionalização do Serviço Móvel de Urgência em unidades regionalizadas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9 (Supl. 9), p. 9945-56, 2015.

MORAIS, VS De.; CHAVES, A.P.L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde Soc [Internet]**, v.25, n.2, p.349-360, 2016.

O'DWYER, G.; MATTOS, RA De. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 141-160, 2012.

OTAVIANO, M.D.A.; GONÇALVES, K.G.; PEREIRA, R.De. C.C.; FELIX, T.A.; DIAS, M.S.A.; OLIVEIRA, E.N. Tecendo informações sobre o serviço pré-hospitalar: relato de experiência. **Sanare.**, Sobral, v.15, n.1, p.98-104, 2016.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y.M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde Soc São Paulo[Internet]**, v.24, supl.1, p.92-101, 2015.

PENNA, C. M. M. Ser saudável no cotidiano da favela. Florianópolis: Editora Universitária, 1997.

PONTES, EP.; COUTO, DL.; LAR, H De. MS.; SANTANA, J.C.B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Reme Rev Min Enferm.**, v.18, n.1, p.152-157, 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa qualitativa. In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

REGIONAL EMERGENCY MEDICAL ADVISORY COMMITTEE (REMAC). New York City. **Prehospital treatment protocols general operating procedures.** August 1, 2015 [acesso em 28 janeiro 2016].

ROCHA, MA. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais.** 2015. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, M.C Dos.; BERNARDES, A.G; SILVIA, C.; ÉVORA, Y.D.M.; ROCHA, F.L.R. O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). **Rev. Gaúcha Enferm.**,v.33, n.1, p. 69-76, 2015.

SANTOS, MC.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.2, p.359-66, 2010.

SILVA, S.F Da.; LUCIO, D.B.M.; ILHA, S.D.; GRASSELE, D.; PEREIRA, J.C. Dificuldades vivenciadas em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: percepções da equipe de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.2, p.1161-1172, 2014.

SILVEIRA, C.L.S.; LIMA, L.S. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.5, p.679-85, 2009.

SOARES, F.R.R.; SILVA, L.M.; SOARES, J.D.D.; MIRANDA F.A.N. A regionalização do SAMU a partir da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.7, n.5, p.4332-9, 2013.

VELLOSO, I. S.; ARAUJO, M.T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.4, p.126-132, 2012.

VELLOSO, S.C.I.; TAVARES, A.M.; DIAS, N.J.; ALVES, M. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem**. Coimbra, Portugal.,v.IV, n.2, p.71-79, 2014.

Agradecimentos:

À CAPES e a Fapemig, pelo financiamento de pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu desvelar as diferentes interpretações a respeito do trabalho por parte de profissionais de saúde e de gestores do SAMU de Montes Claros. Tais interpretações são permeadas de subjetividades e singularidades e seus posicionamentos, ações e modos de fazer não acontecem com a formalidade prescritiva da organização, mas se materializam no cotidiano traduzindo um espaço rico em detalhes.

A análise dos dados, fundamentada na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, permitiu, com um “olhar de dentro”, mostrar os sentimentos presentes no cotidiano de trabalho dos sujeitos envolvidos no SAMU de Montes Claros. Para tanto, foi essencial desvelar o trabalho como ele é, por meio de um novo olhar, relativizando as micro atitudes nas diversas situações vivenciadas, valorizando os sentidos atribuídos às relações sociais.

É importante salientar que os profissionais do SAMU experimentam um processo de inovação no serviço de atendimento às urgências e emergências, em face da regionalização da saúde. Nesse contexto, tornam-se participantes ativos na história do SAMU, trazendo experiências e vivências que estão vivas na memória.

A análise dos dados quantitativos permitiu a realização de um estudo preliminar sobre o perfil de atendimento dos usuários do SAMU Macro Norte da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, no período de maio de 2013 a agosto de 2011, por meio das variáveis: origem das ligações telefônicas, a distribuição dos atendimentos, segundo sexo e faixa etária, a utilização das equipes de socorro distribuídas regionalmente, a tipologia de agravos, os percentuais de cuidados prestados na cena e a evolução dos atendimentos.

Nesse período, foram registrados 117.289 atendimentos com necessidade de envio de ambulâncias. O sexo masculino representou a maior parte dos usuários atendidos. A faixa etária de 20 a 60 anos foi a de maior demanda, seguida dos maiores de 60 anos. A USB foi a mais utilizada nos atendimentos. Quanto às causas de atendimento, foram predominantes as clínicas, seguidas pelas causas externas e a maioria dos usuários atendidos foi encaminhada para hospitais.

Os dados encontrados reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção relacionadas às causas clínicas e causas externas, com evidência para os acidentes por motocicleta. Além disso, evidencia

necessidades de orientação das equipes quanto à importância do preenchimento de dados da ficha de atendimento pré-hospitalar para monitoramento do perfil de atendimento do SAMU 192.

Como parte de um processo, os relatos dos entrevistados revelaram aspectos históricos da “construção histórica do SAMU Macro Norte de Montes Claros, da sua concepção à regionalização”. Tais aspectos são fundamentais, tendo em vista a dimensão da subjetividade do trabalhador que, intensivamente, participou da implantação, estruturação, organização, enfrentando dificuldades e entraves no processo de regionalização. Essas experiências foram relatadas pelos participantes e consideradas marcantes e gratificantes, configurando e influenciando sua trajetória profissional e fazendo-se presentes na construção do cotidiano. Cabe salientar que os desafios foram diversos, especialmente no que se refere ao aspecto regional e estrutural, à formação e capacitação profissional, à conscientização da população e à articulação entre os serviços.

Ressalta-se que o trabalho dos profissionais do SAMU é marcado por constante diálogo entre o que existe e a criação de novas formas de trabalhar. Assim, são as “micro atitudes” no plano do trabalho real que se articulam ao trabalho prescrito, traduzindo-se no trabalho vivo e permeado de sentido. Assim, os profissionais reconhecem a importância do trabalho de todos os envolvidos, reforçando a interdependência e a complementaridade das ações para prestar uma assistência resolutiva e de qualidade. A relação de confiança no trabalho do outro, a colaboração e cooperação são aspectos que favorecem a interação profissional, o vínculo e a efetividade do trabalho.

Nesse contexto, os participantes reafirmam o trabalho em equipe como importante aliado para a realização das atividades, pois a existência de um elo entre os profissionais possibilita o compartilhamento das ações, saberes e fortalece o sentimento de pertencimento do indivíduo. Foi marcante e reveladora a multiplicidade de experiências coletivas baseadas identificadas nas relações banais do dia a dia das equipes, concretizadas pelo trabalho coletivo que se revela nos laços de cooperação, colaboração, interação, articulação, respeito e confiança no outro.

Observou-se que a integração do saber e das práticas favorece a interação dos sujeitos, a criação de vínculo no ambiente de trabalho, a construção coletiva de consensos sobre as necessidades de saúde da população e sobre as dificuldades vivenciadas pelas

equipes no cotidiano de trabalho. Assim, o que integra o trabalho são as relações humanas presentes no cotidiano, cuja existência sustenta a efetividade da assistência.

A organização macroestrutural do SAMU é caracterizada pela estrutura administrativa, tecnológica e assistencial. Esse contexto denota o plano prescritivo do trabalho do SAMU, que determina as rotinas e ações dos profissionais para o atendimento da população.

Para tanto, a organização macroestrutural mostra-se permeada de singularidades que se fazem presentes frente aos demais serviços de saúde. Os sistemas de comunicação SS SAMU e o uso de rádios são alguns dos mecanismos que permitem que presenças e ausências sejam controladas e que os comportamentos sejam constantemente analisados.

No serviço pré-hospitalar móvel, observou-se a importância da comunicação codificada para manter a linguagem padronizada e o uso de protocolos em todas as etapas de atendimento ao paciente. É interessante destacar que, em muitas situações, o profissional é obrigado a extrapolar o que está prescrito nos protocolos e usar o conhecimento técnico-científico e a criatividade. Portanto, entende-se que a aplicabilidade da comunicação por meio de códigos, bem como o uso de protocolos, necessita de interação, aprendizagem, conhecimentos e competência profissional, a fim de manter a segurança e qualidade da assistência.

Ademais, por se tratar de um serviço que utiliza tecnologias de ponta para a assistência à saúde, exige investimento intelectual e treinamentos, os quais contribuem para o crescimento e aprimoramento da carreira profissional.

Em relação à estrutura assistencial, por ser este um serviço regionalizado, o SAMU realiza uma atividade peculiar, como a interceptação, quando há necessidade de uma Região de Saúde realizar a transferência do paciente para outra equipe, localizada em diferente local/cidade com hospitais que possuem aporte tecnológico suficiente para dar continuidade à assistência. Todavia, essa prática acarreta sobrecarga de trabalho e desgaste no profissional, tendo em vista as longas distâncias a serem percorridas além das demandas diárias.

Nessa condição, deve-se considerar a existência de um espaço para a discussão de propostas entre gestores dos serviços da RAUE MN, visando à melhoria de recursos para investimentos nos hospitais da região, a fim de qualificar a assistência e melhorar o acesso do usuário, bem como para o SAMU, objetivando melhorias nas condições de trabalho dos profissionais.

Outra importante questão apontada pelos profissionais no contexto assistencial foi a comunicação não verbal, considerada uma manifestação da linguagem que, no entanto, não está prescrita nas normas, portarias, legislações e protocolos do SAMU, mas que influencia diretamente o cotidiano de trabalho dos intervencionistas. Essa condição desvela subjetividades, isto é, aspectos ocultos do trabalho, que sobressaem no plano real, dando sentido ao trabalho.

Apesar dos aspectos mencionados, a pesquisa revelou dificuldades no cotidiano de trabalho do SAMU elencadas nas dimensões organizacional, estrutural e cultural.

Na dimensão organizacional, destacou-se a logística, tendo em vista o número de bases descentralizadas; a distância destas à sede administrativa do SAMU MN; a extensão territorial; as más condições das vias e estradas como aspectos que contribuem para a precarização da frota e a contrapartida e municípios consorciados ao CISRUN.

A dimensão estrutural abrange os recursos necessários para manter a operacionalidade do serviço. Dentre as dificuldades, a falta de condições de trabalho, expondo a saúde do trabalhador e insumos a diversos riscos; insuficiência da frota e retenção de equipamentos em instituições hospitalares. Essas condições interferem na capacidade de atuação do SAMU e comprometem o acesso da população ao serviço.

Diante dessa realidade, é importante dar ênfase aos aspectos que contribuem para as dificuldades enfrentadas pelo SAMU, tomando como referência a (in) capacidade instalada da rede. A superlotação dos serviços de urgência e a falta de leitos, especialmente nas instituições hospitalares do município de Montes Claros, denotam a insuficiência estrutural de hospitais da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas.

A dimensão cultural diz respeito ao pouco entendimento por parte da população, com relação às reais aplicabilidades do SAMU e dos profissionais de saúde hospitalar, com relação aos fluxos da atenção às urgências. Nessa direção, mostraram-se necessárias a sensibilização e orientação da população quanto às prioridades de acionamento do serviço e os prejuízos gerados para o serviço e para as vítimas que realmente necessitam de atendimento. Esta temática deve ser fortemente discutida com a população, entidades, profissionais e instituições de saúde e educação.

Salienta-se que o SAMU não pode ser pensado como um serviço isolado do restante da rede de atenção à saúde. Portanto, cabe a todos os atores envolvidos na rede de cuidados conhecerem o papel dos pontos de atenção à saúde, tornando-se essencial aos gestores criarem

espaços de reflexão com os trabalhadores da saúde para, assim, discutirem os desafios e entraves na operacionalização dos serviços em RAUE, os fluxos de entrada nas urgências e melhorar a comunicação e articulação entre os serviços.

Desse modo, apesar das dificuldades, observa-se que o SAMU se transforma em espaços de “socialidade” propiciando aos profissionais, vivências de encontro com o outro e de integração do grupo, revelando o compartilhamento de um sentimento comum, que proporciona momentos de descontração, alegria e prazer ajudando-os a superar os momentos críticos no trabalho.

O SAMU de Montes Claros realiza um trabalho importante que não pode ser desconsiderado. Esse serviço é fundamental no tocante à diminuição do número de óbitos, na missão de minimizar impactos resultantes das ocorrências que demandam a intervenção do serviço e promover melhorias na qualidade de vida da população. Logo, enquanto estratégia de política pública de saúde é imprescindível sua existência, mas também importantíssima a sensibilização do governo estadual e federal, no que concerne monitorar, acompanhar a produção e resultados alcançados e dedicar maiores investimentos ao SAMU e à RAUE MN.

A utilização de múltiplas fontes de evidência propiciou a interação dos dados empíricos, permitindo uma visão aprofundada sobre o objeto de estudo. O objetivo deste estudo foi alcançado e o método mostrou-se adequado para o alcance do objetivo proposto. Assim, os achados da pesquisa confirmaram a tese de que **o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores do SAMU é permeado por saberes e diversas maneiras de fazer, concretizando-se por meio da associação do arcabouço prescritivo da organização do serviço e pelo fazer cotidiano daqueles que o vivenciam, o reconstruem, o reorganizam e o ressignificam.**

A limitação do estudo está relacionada ao foco analítico do estudo de caso, não permitindo generalização, pelo fato de ater-se ao SAMU MN base de Montes Claros, sendo importante conhecer a história, os sentidos do trabalho, o cotidiano de trabalho, o perfil de atendimento dos usuários e a realidade desse serviço em outras regiões do Brasil. No entanto, os resultados podem contribuir para discussões sobre a regionalização da saúde, operacionalização dos serviços em rede, as deficiências e dificuldades emergentes da RAUE.

Essas reflexões podem facilitar o desenvolvimento de estratégias voltadas para a organização do trabalho, melhoria na oferta de serviços e outras medidas que provoquem mudanças, no intuito de melhorar, não apenas o trabalho do SAMU, mas da rede de atenção à

saúde; colaborar com outros sistemas de saúde que buscam, na regionalização, melhorias para os serviços ofertados à população e impulsionar a realização de novos estudos, não apenas para desvelar um fenômeno ainda pouco conhecido, mas, também, para destacar e problematizar o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e de gestores imersos em uma nova configuração de atendimento às UE no âmbito do SUS.

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, ML.DE SR.; HERSCHMANN, M. Vida Cotidiana: em torno de Agnes Heller e Michel de Certeau. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano**. Artigos Seção Livre Nº 5: 1-16, 2014.

ALVES, K. R. **Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental**. 2012. 95 f. Dissertação de Mestrado. (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. DE. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.3, p.323-31, 2005.

ALVES M, ROCHA TB, RIBEIRO HCTC, GOMES GG, BRITO MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Texto Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, p.208-15, 2013.

ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 181-187, 2010.

ARAÚJO, M.T. **Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2010, 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ARRUDA, C.; ET AL. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, n.1, p.169-173, 2015.

BARALDI, I. M. **Retraços da Educação Matemática na Região de Bauru (SP): uma história em construção**. 2003. 241 f. Tese (Doutorado) – UNESP, Rio Claro, 2003.

BARBOSA, M. Q.; ABRANTES, K. S. M.; SILVA JÚNIOR, W. R.; CASIMIRO, G. S.; CAVALCANTI, A. L. C. Acidente Motociclístico: Caracterização das vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.18, n.1, p.3-10, 2014.

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

BITTENCOURT RJ, HORTALE VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, 1439-1454, 2009.

BATISTA, KBC.; GONÇALVES, OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.884-899, 2011

BERNARDES, A; MAZIERO, VG; EL HETTI, LB; BALDIN, SMCDOS; GABRIEL, CS. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**., v.16, n.3, p.635-43, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Sessão II da Saúde, Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. **Lei, nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria GM 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria 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 das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 228 p.: il.

_____. **Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003b**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasil: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. In: _____. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. aum. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.(Série E. Legislação de saúde).

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de saúde).

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências / Ministério da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.922, de 2 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 235, 3 dez. 2008.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria GM 2.970 de 08 de dezembro de 2008**. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília, 2008b.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008.** Institui o Veículo motocicleta– motolância. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 dez, 2008c.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR).** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.395.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. Brasília; 2011b.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências – DAHU.** Coordenação Geral da Força Nacional do SUS – CGFNS. Suporte Avançado de Vida. Ministro da Saúde: Brasília/ DF, 2014, 638p.

_____. **Ministério da Saúde. Cobertura SAMU.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36689&janela=1. Acesso em 20 de junho 2016.

_____. **Ministério da Saúde. Cobertura SAMU.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/minas-gerais-recebe-ambulancias-do-samu>. Acesso em 20 de Junho 2016.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E, legislação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília/DF, 318 p, 2012b.

_____. **Portaria n. 1.473, de 18 de julho de 2013. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União [Periódico na Internet]. Brasília, 19 Jul 2013. Acesso em 20 de Junho 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1473_18_07_2_013.html

BRITO, J. C. de. Trabalho real. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 453-459.

CARRET MLV, FASSA AG, Domingues MR. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.1, 7-28, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECÍLIO, L. C. DE. O.; et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CERTEAU, M. DE. **A invenção do cotidiano: Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes. 2012.

_____. **A invenção do cotidiano: 1**, Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.

CHANLAT, Jean-François. **Ciências Sociais e Management: reconciliando o econômico e o social**. São Paulo: Atlas. 2000.

CICONETE, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009; 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

CONILL EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008; v.24, n.1(Supl. 1), p.S7-S275, 2008.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA DO NORTE DE MINAS- CISRUN. **Relatório de Gestão**. Governo de Minas, 2011-2012, 76 p, 2012.

_____. **Relatório de Gestão** 2014. Disponível em: <http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/projeto/home/> Acesso em 23 de agosto de 2015.

_____. **Distribuição das bases do SAMU Macro Norte**. 2015. Disponível em: <http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/projeto/home/> Acesso em 22 de agosto de 2015.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 375/2011. **Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html . Acesso em 22 de agosto de 2015.

COSTA, N. R. A descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.1, n.52, p.15-37, 2014.

CRISTINA, J. A.; et al. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. **Ciencia y Enfermaria.**, v. XIV, n. 2, p.97-105, 2008.

DATASUS-CNES -**Cadastro de Estabelecimentos de Saúde**. [Internet] 2014. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em agosto de 2015.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade**. In: LANCMAN, S; SZNELWAR, L.I (orgs.). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2004.

DAWSON, B. Informe **Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920**. Publicación Científica, Washington, n. 93, 1964. Disponível em: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

DEJOURS, C. **O fator humano**. (trad: Maria Irene Stocco Bestiol, Maria José Tonelli). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho – Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas S/A, 1994.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

_____. **Novas formas de servidão e suicídio**. In: Mendes, A. M. (org). Trabalho e Saúde: O sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá Editora, 2008.

DIAS, CP; PENNA, CM . M. Transporte aéreo: o cotidiano dos profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(supl. 2), p.3600-6, 2014.

DURO, C. L. M. **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. 2014; 222 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ERDMANN, A. L.; et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21(Spec):[08 telas], p.1-8, 2013.

FÁBREGA, R. – **El camino de la reforma: construyendo redes asistenciales basadas en la atención primaria**. Santiago, Reunión de expertos en sistemas integrados de salud, Organización Panamericana da la Salud, 2007.

FERREIRA, ATB. Cotidiano Escolar: uma introdução aos estudos do cotidiano em contribuição ao conhecimento da realidade da escola Sociedade em Debate, **Pelotas**, v.8, n.3, 49-72p, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICA, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública.**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FRANÇA, I.S. DE; QUEIROZ, C.G.T. Rede urbana regional e os fluxos no setor de saúde no Norte de Minas Gerais. **HYGEIA. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.9, n.17, p. 204-222, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>

FRANÇA, I.S; SOARES, B.R. Centralidade e cidades médias: o setor de saúde em Montes Claros, Minas Gerais. **Boletim Goiano de Geografia.**, v. 34, n.1, p. 1-15. 2014.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate.**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.

GARLET, E. R.; et al. Work organization of a health team in attending the user in urgency and emergency situations. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 266-72, 2009.

GOLDANI, MZ; MOSCA, PRF; PORTELLA, AK, SILVEIRA, PP; SILVA, CH. da. O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. **Revista HCPA**; v.32, n.1, p.49-57, 2012.

GONÇALVES, M. de. F. da. C. Sentido e valor da sociologia compreensiva de Max Weber. **Revista de Políticas Públicas**, v.8, n.1, p.1-18; 2004.

GUIMARÃES, EPA; SILVA, RF; SANTOS, JBF. DOS. **Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU.** O público e o privado - Nº 25 - Janeiro/Junho – 2015, 55-75p.

HELLER, A. Sociología de la vida cotidiana. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. Barcelona: Península, 1977. In: VERONESE, RT. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v.12, n.1, p. 162-172, 2013

_____. O cotidiano e a história. 1985. In: AGUIAR, ML.de SR; HERSCHMANN, M. Vida Cotidiana: em torno de Agnes Heller e Michel de Certeau. Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano. **Artigos Seção Livre**, n.5, p.1-16, 2014.

HOFFMANN, E. J.; LIMA, E. W. B.; BARBOSA, F. T. R. G. et al. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção à saúde em Montes Claros, Minas Gerais – Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.2, p. 788-799, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 22 de maio de 2016.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectivas, 1995.

INSTITUTE OF MEDICINE-IOM. *Regionalizing emergency care: workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2010.* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-1290201500010036100000&lng=en>. Acesso em 23 de maio de 2016.

JORGE, A. De. O.; COUTINHO, A. A. P.; CAVALCANTE, A. P. S.; FAGUNDES, A.M.S.; PEQUENO, C.C.; CARMO, M.; ABRAÃO, P.De. T. M. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.125-45,2014.

KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. In: STECANELA, N. O cotidiano como fonte de pesquisa nas ciências sociais. **Conjectura**. v.14, n.1, p. 63-75, 2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIMA E LIRA, A. M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. 180p.

LA FORGIA, G. *Rationale and objectives*. São Paulo: World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated Care Networks, 2006.

LEVIGARD, YE; BARBOSA, RM. Incertezas e cotidiano: uma breve reflexão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p.84-89, 2010.

LI, L. M.; TANG, J. L.; LV, J.; JIANG, Y.; GRIFFITHS, S. M The need for integration in health sciences sets the future direction for public health education. **Public health**, v.125, n.1, p .20-4, 2011.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-Hospitalar**. In: SIMPÓSIO: TRAUMA II, Cap I. n. 32, Ribeirão Preto, p. 381-387, 1999.

LUCHTEMBERG MN, PIRES DEP. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet]. v.69, n.2, p.213-20, 2016.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**. São Paulo, EPU, 1986. 99 p.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública** , v.45, n.3, p.519-28, 2011.

MACHADO, MH.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; OLIVEIRA, E.DE.; LEMOS, W.; AGUIAR FILHO, W.; LACERDA, WF.DE.; SANTOS, MR.DOS.; SOUZA JUNIOR, PB.DE.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem Foco** v.7 (ESP), p.15-34, 2016.

MAFFESOLI M. *Épistémologie de la vie quotidienne: vers un "formisme" sociologique. Cahiers Internationaux de Sociologie, Paris août*, v.24, p.57-70, 1983.

_____. **A conquista do presente.** Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 1984, 167p.

_____. **A contemplação do mundo.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1985

_____. **O tempo das tribos.** O declínio do individualismo nas sociedades de massa. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1987. 244p.

_____. A ética pós-moderna. **Revista Faculdade Educação.** São Paulo, v.17, n. 1, p.194-202,1991.

_____. **No fundo das aparências.** Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.350p.

_____. **Elogio da razão sensível.** Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **La conquista del presente** (*Per una sociologia della vita quotidiana*). 1983. In: MARTINS, J. De. S. O senso comum e a vida cotidiana. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 10(1): 1-maio de 1998.

_____. **Mediações simbólicas: a imagem como vínculo social.** In: MARTINS, F. M. e SILVA, J. M. (org.) Para navegar no século XXI: Tecnologias do Imaginário e cibercultura. Porto Alegre: Sulina, 2000.

_____. Perspectivas tribais ou a mudança do paradigma social. **Revista Famecos, mídia, cultura e tecnologia.** Porto Alegre: 2004, Edipucrs, nº23, p. 23-29.

_____. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

_____. **Le réenchantement du monde: une éthique pour notre temps.** Paris: Éditions de La Table Ronde; 2007.

_____. **O conhecimento comum.** Tradução de Aluizio R. Trinta. Coleção Imaginário Cotidiano. Porto Alegre: Sulina, 2010;

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.

MAGALHÃES, S. C. M.; LIMA, S. DO. C. Cenário da rede de saúde no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygea.**, v.8, n.15, p.245- 258, 2012.

MALAQUIAS, I. **Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais: breve histórico e evolução do desenho espacial- Mapas**. Documento para discussão interna para subsidiar os trabalhos da assessoria de Gestão Regional/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mimeo. Belo Horizonte, 2005.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JÚNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p.42-438, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, A. J. M. **O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte. Ed. Autêntica, 2009.

_____. (Organizadores). **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

_____. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais**. Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 46p.

MARTINS, J. DE. S. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2008. 176 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 515p.

MENDES, E.V. (Org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. M.; ONOCKO, R. (Org), Praxis em Salud: um desafio para lo público. São Paulo: HUCITEC,1997. cap. 2, p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2. p. 305-314, 1999.

_____. **A Cartografia do trabalho vivo.** Ed. Hucitec, São Paulo, 2002. 189p.

_____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003. cap.1, p. 15-35.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.* Brasília, DF, 2004. p. 108-137. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>>. Acesso em 23 de março de 2016.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 1.771, de 13 de fevereiro de 2009.** Aprova as normas gerais para implantação do incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar as Urgências da Macrorregião Norte no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2009.

_____. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Implantação da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.** Oficina 1: Alinhamento conceitual e matriz de competências dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

_____. **RESOLUÇÃO SES n. 2.607 de 7 de dezembro de 2010.** Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010b Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_%202607.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Gestores do Norte de Minas aprovam estruturação da Rede de Atendimento de Urgência e Emergência. 2016. Acesso em: 15 de novembro de 2016. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/8747-gestores-do-norte-de-minas-aprovam-estruturacao-da-rede-de-atendimento-de-urgencia-e-emergencia>. Acesso em: 23 setembro 2014.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES Nº 2.838, de 14 de junho de 2011.** Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência – Sistema Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2011b.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2838, de 14 de junho de 2011.** Define critérios para implantação e implementação do Protocolo de Classificação de Risco no Serviço de Urgência e Emergência- Sistema de Manchester, como linguagem única adotada em urgência e emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011c.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB-SUS Nº 1.219, de 21 de agosto, 2012.** Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

MINAYO, M. C. DE. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. DE. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 380p.

MINAYO, M. C. DE. S.; ASSIS, S. G. DE.; SOUZA, E. R. DE. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 243 p.

MINAYO, M. C. DE. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 407.

MORAES, Heloisa J. P. **A descoberta e a vivência do virtual: experiências infantis.** Florianópolis: DIOESC, 2012.

MORAES, HJP. **A descoberta e a vivência do virtual: experiências infantis.** In: Moraes, Heloisa JP; Koenig, Marília. **A ética da estética na crônica “não as matem” de Lima Barreto: uma análise da condição da mulher no início do século XX via sociologia compreensiva.** Estética. São Paulo | nº 12 | jan-jun | 2016, 1-15p.

MORAES, PA. DE. **Gestão na atenção pré-hospitalar de urgência do município de Goiânia-GO.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2012. 102p.

MOREIRA, D. De. A.; TIBÃES, H.B.B.; BATISTA, R.C.R.; CARDOSO, C.M.L.; Santos, C. Da. S.; Brito, M.J.M. Manchester Triage System in Primary Health Care: a New Hosting Way? *International Archives of Medicine*, v.8, n.261, p.1-9, 2015.

MORAIS LS DA; ANDRADE HFF DE; AMORIM FCM et al. Operacionalização do Serviço Móvel de Urgência em unidades regionalizadas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9 (Supl. 9), p. 9945-56, 2015.

MORAIS, VS DE; CHAVES, APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde Soc [Internet].**, v.25, n.2, p.349-360, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200349

NÓBREGA, J. F. DA.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J.; DOS.; SANTOS, K. A. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.2, p.373-6, 2012.

O'DWYER, G.; da MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, 2008.

O'DWYER, G. **O princípio da integralidade e o SAMU** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2009.

_____. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5; 2395-2404, 2010.

O'DWYER, G; MATTOS, RA DE. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 141-160, 2012.

O'DWYER, G.; MACHADO, C.V.; ALVES, R.P.; SALVADOR, F.G. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.21,n.7. p.2189-2200, 2016.

OLIVEIRA, CM. DE. Método e Sociologia em Weber: alguns conceitos fundamentais. **Revista Eletrônica Inter-Legere – N° 3:10 p**, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF, 126p, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.

_____. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011b. 113 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. 2005.

_____. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010

_____. **Innovando El papel de La Atención Primaria em las redes de Atención de Salud: resultados del laboratorio de innovación em cuatro capitales brasilenãs**. Brasília: Organización Panamericana de La Salud, 2011, 137p.

OTAVIANO, MDA; GONÇALVES, KG; PEREIRA, R DE. CC; FELIX, TA; DIAS, MSA; OLIVEIRA, EN. Tecendo informações sobre o serviço pré-hospitalar: relato de experiência. **Sanare.**, Sobral, v.15, n.1, p.98-104, 2016.

ORTIGA, A.M.B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Florianópolis, SC.** 2014.241f.Tese(Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde.. 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.**, London, p.11-31, 2011. Disponível: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf
Acesso em: 07 de novembro de 2014.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA L. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 547-573 p.

PAIS, J. M. **Vida cotidiana: enigmas e revelações.** São Paulo: Cortez, 2003. 271p.

PASSOS, E; CARVALHO, YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde Soc São Paulo[Internet].**, v.24, supl.1, p.92-101, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092.pdf>

PATERSON, JE.; ZDERAD, LT. **Humanistic Nursing.** United. States of America: Wiley Biomedical Publication. 1976.

PELEGRINI, A.H.W.; SANTOS, J.L.G. DOS.; MAQUES, G.Q.; CICONET, R.M.; LIMA, M.A.D. Da. S. Organization of health services attention to emergencies: narrative review. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n. 1, 2010.

PEREIRA, A. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.26, n.3, p. 316-25, 2005.

PONTES, EP; COUTO, DL; LAR, H DE. MS; SANTANA, JCB. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Reme Rev Min Enferm.**, v.18, n.1, p.152-157, 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa qualitativa.** In: **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

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

QUARESMA, SJ. DURKHEIM E WEBER: inspiração para uma nova sociabilidade, o neotribalismo. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.2, n.1 p.81-89, 2005.

REGIONAL EMERGENCY MEDICAL ADVISORY COMMITTEE (REMAC). New York City. Prehospital treatment protocols general operating procedures. August 1, 2015 [acesso em 28 janeiro 2016]. Disponível: http://www.sinaiem.org/files/ems/General_Operating_Procedures_July_2012_v07012012.pdf

ROCHA, GE.; CAETANO, E. A, GIR, E.; REIS, R. K.; PEREIRA, F. M. V. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, v.8, n.10, p. 3624-31, 2014.

ROCHA, T. B. DA. **Vivências do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: detalhes de um grande desafio.** 2013; 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ROCHA, M.A. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais.** 2015. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana Enfermagem.**, v.18, n.2, p. 105-112, São Paulo, 2010.

SANTOS MC, BERNARDES A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.2, p.359-66, 2010.

SANTOS, MC DOS; BERNARDES, AG; SILVIA, C; ÉVORA, YDM; ROCHA, FLR. O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). **Rev. Gaúcha Enferm.**,v.33, n.1, p. 69-76, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n1/a10v33n1.pdf>

SANTOS, DS.; RIBEIRO, HCTC.; ARAUJO, MT.; ALVES, M.; CARRIERI, A. DE P. O que é realmente importante pensar sobre o cotidiano da enfermagem?: revisão integrativa. **Revista enfermagem UFPE on line**, Recife, v.8, n.10, p. 3502-15, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SANTOS JS.; SCARPELINI S.; BRASILEIRO SLL.; FERRAZ, CA.; DALLORA MELV.; SÁ, MFS. **Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização.** *Medicina* 2003; 36(2/4): 498-515.

SCHERER, M.D. Dos. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.4, p.721-25, 2009.

SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L. E. Avaliação Inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **Arq Bras Cardiol**, v.96, n. 3, p.196-204, 2011.

SILVA, S. F. *et al.* – **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas, IDISA/CONASEMS, 2008.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 38-46, 2009.

SILVA, M. A. DA.; GUARESHI, P. A.; WENDT, G. W. Existe sujeito em Maffesoli? **Revista Psicologia USP.**, São Paulo, v.21, n.2, p.439-455, 2010.

SILVA, M. V. C.; TAVARES JÚNIOR, F.; MENDES, E.V. **Bases conceituais e programáticas do Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais**. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. (Org.). *O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 44p.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva.**, v.16, n.6, p.2753 -2762, 2011.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. SILVA, S. F (org). In: SILVA, S.F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SILVA, S.F Da.; LUCIO, D.B.M.; ILHA, S.D.; GRASSELE, D.; PEREIRA, J.C. Dificuldades vivenciadas em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: percepções da equipe de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.2, p.1161-1172, 2014.

SILVEIRA CLS, LIMA LS. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.5, p.679-85, 2009.

SOARES, F.R.R.; SILVA, L.M.; SOARES, J.D.D.; MIRANDA F.A.N. A regionalização do SAMU a partir da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.7, n.5, p.4332-9, 2013.

SOARES, S. S.; LIMA, L. D. DE.; CASTRO, A. L. B. DE. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2):170-177.

SOUZA, A.R. De.; MOREIRA, C.R.B.S. **A Sociologia Weberiana e sua Articulação com a Pesquisa em Políticas Educacionais**. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, Ahead of print, 2016. 1-19p

SOUSA, M.C.H. DA S. **Análise da gestão nos distritos sanitários em Goiânia: uma proposta de descentralização.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, 2012. 201p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STECANELA, N. O cotidiano como fonte de pesquisa nas ciências sociais. **Conjectura.** v.14, n.1, p. 63-75, 2009.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa-técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 47p.

TACUSSEL, P. Crítica e compreensão da vida cotidiana. **Revista Faculdade Educação.**, v.19, n.1, p.111-20, 1993.

STUMM, EMF.; RIBEIRO, G.; KIRCHNER, RM.; LORO, MM.; ROSANELLI, CLSP. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, 620-7, 2009.

TEIXEIRA, C.F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.529-532, 2012.

TEIXEIRA, I.A, De. C.; PRAXEDES, V. L. **História Oral e Educação: Tecendo vínculos e possibilidades pedagógicas.** In: VISCARDI, Cláudia M. R.; DELGADO, Lucília de A. Neves (Orgs.). *História Oral: teoria, educação e sociedade.* Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2006.

TORRES, S.F. De. SOUSA.; BELISÁRIO, S.A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.361-73, 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa-Clinico- Qualitativa.** Ed Vozes, 2011.

VÁSQUEZ, R. R.; ANGULO, R. F. **Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica.** Málaga: Ediciones Aljibe, 2003.

VEGIAN C.F.L.; MONTEIRO M. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , v.19, n.4, [07 telas], 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_22.pdf. Acesso em: 18 de março de 2017.

VELLOSO, I.S.C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte.** 2011, 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011

VELLOSO, I.S.; ARAUJO, M.T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.4, p.126-132, 2012.

VELLOSO, S.C.I.; TAVARES, A.M.; DIAS, N.J.; ALVES, M. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem**. Coimbra, Portugal.,v.IV, n.2, p.71-79, 2014.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2317- 2326, 2010.

VIEGAS, S.M. Da. F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha**. 2010, 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

VIEGAS, SMF.; HEMMI A.P.A.; SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis (Rio J.) [online]**. 2010 [Citado 2012 maio 28]; 20(3): 769-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a05.pdf>> Acesso em 22 de maio de 2016.

XAVIER, D.M.; GOMES, G.C.; DIEL, P.K.V.; SALVADOR, M.C.; OLIVEIRA, S.M. Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal. **J Nurs UFPE on line [Internet]**., v.7, n.4, p.1081-9, 2013.

WERMELINGER, M et al. **A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

WORM, F.A.; PINTO, M.A.O; SCHIAVENATO, D; ASCARI, R.A.; TRINDADE, L.De.L.; SILVA, OM.DA. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em Atendimento Móvel de Urgência. **Rev Cuid**, v.7, n.2, p.1288-96, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO). **The World health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, 2000. 194p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 248p.

_____. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290p.

APÊNDICE A

APÊNDICE A

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO.**

Exmo. Sr. Coordenador Geral da Central de Regulação de Atendimento Móvel de Urgência

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada "O Trabalho Cotidiano de Profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência". Trata-se de um projeto de tese de doutorado de Hanna Beatriz Bacelar Tibães, sob responsabilidade de Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e gestores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro Norte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque no método História Oral Temática. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada e observação com profissionais de saúde e gestores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro Norte em Montes Claros e nas bases descentralizadas de Brasília de Minas, Pirapora, Janaúba, Janaúria e Taiobeiras que serão convidados a participarem e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Esclareço que os dados fornecidos pelos entrevistados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa. Presume-se que este estudo possibilitará compreender como é o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e gestores do SAMU e de que maneira ele é realizado para atender as necessidades de saúde da região de forma efetiva e resolutiva. Poderá ainda oferecer subsídios para a reorganização de outros serviços e contribuir com o sistema de saúde de regiões, que buscam estratégias de melhorias e inovação para elevar o desempenho assistencial do sistema de saúde.

Saliento que os dados colhidos com as entrevistas serão submetidos a esta Diretoria para apreciação quanto a divulgação de seus resultados para que não haja exposição ou até mesmo situações dificultosas no desempenho do trabalho dos profissionais

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Montes Claros, 07/07/2015.

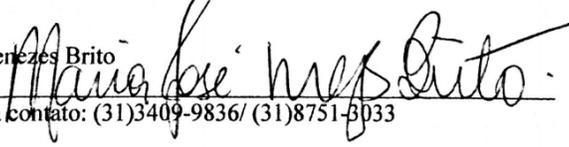
Nome: PATRICK WARNER MARTINS MURTA

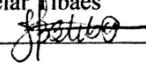
Assinatura: 

Cargo: DIRETOR EXECUTIVO

Carimbo: 

Pesquisadoras

Maria José Menezes Brito
Assinatura: 
Telefones para contato: (31)3409-9836/ (31)8751-3033

Hanna Beatriz Bacelar Tibães
Assinatura: 

APÊNDICE B

Ofício

Montes Claros, 10 de setembro de 2015.

Ao Exmo. Sr. PATRICK WARNER MARTINS MURTA

Diretor Executivo do CISRUN/SAMU MACRONORTE

Assunto: Solicitação de autorização para acesso a dados secundários.

Em complemento a Tese de doutorado intitulada “O Trabalho Cotidiano de Profissionais de Saúde e Gestores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macronorte” autorizada em 09 de julho de 2015 pela diretoria do CISRUN/ SAMU Macronorte, venho por meio deste, solicitar autorização para acesso a dados secundários do banco de dados do SAMU equivalente aos períodos de 2013 a 2015. O objetivo de trabalhar com dados secundários é retratar o perfil de atendimentos realizados pelo SAMU relacionando ao trabalho prescrito realizado por profissionais de saúde e gestores no contexto do SAMU MN.

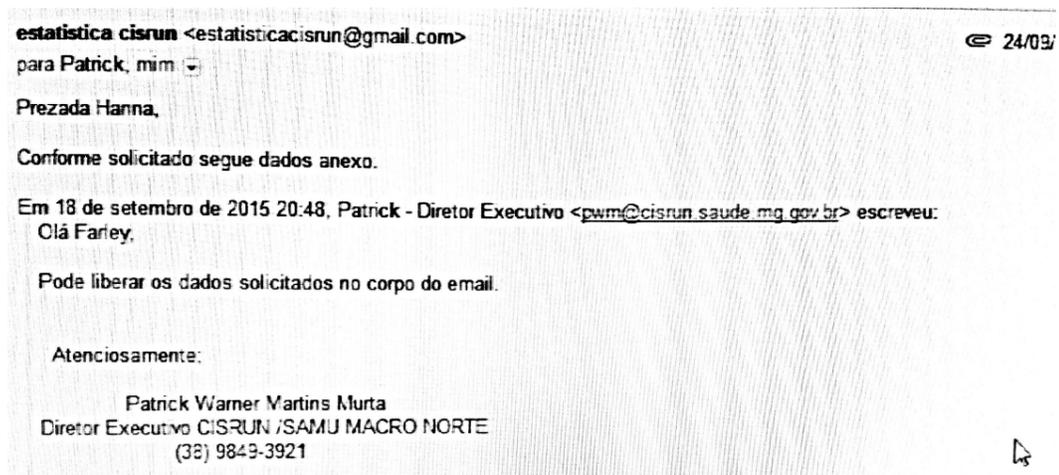
Os dados serão tratados estatisticamente de forma científica e será respeitada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Os resultados poderão ser divulgados em eventos e periódicos científicos e disponibilizados ao SAMU Macronorte. Os materiais utilizados serão cuidadosamente guardados por um período de 5 anos e somente terão acesso aos dados e ao seu arquivamento as pesquisadoras envolvidas na pesquisa. As variáveis de interesse são: origem das ligações; ocorrências USA; transferência USA; ocorrências USB; relação saída USA e USB; atendimento por causa; atendimentos a causas externas; atendimentos a acidentes de trânsito, atendimentos a violência urbana; atendimento por sexo e faixa etária; destino das ocorrências.

Esta pesquisa será desenvolvida pela doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Hanna Beatriz Bacelar Tibães sob orientação da docente da Escola de Enfermagem da UFMG, Dra. Maria José Menezes Brito.

Atenciosamente

Hanna Beatriz Bacelar Tibães

Telefone: (38)98812-5220



estatistica cisrun <estatisticacisrun@gmail.com> 24/09/15
para Patrick, mim

Prezada Hanna,

Conforme solicitado segue dados anexo.

Em 18 de setembro de 2015 20:48, Patrick - Diretor Executivo <pwm@cisrun.saude.mg.gov.br> escreveu:
Olá Farley,

Pode liberar os dados solicitados no corpo do email.

Atenciosamente:

Patrick Warner Martins Murta
Diretor Executivo CISRUN /SAMU MACRO NORTE
(38) 9843-3921

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “O trabalho Cotidiano de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” sob minha coordenação Professora Doutora Maria José Menezes Brito docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e gestores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro Norte. Você responderá perguntas sobre o trabalho cotidiano no SAMU. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar se desejar. Se você permitir gostaria também de observar o seu cotidiano de trabalho como ele é, e anotar em um caderno, chamado diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com enfoque no método História Oral Temática. A coleta de dados será realizada em três etapas: A primeira por meio de entrevista semiestruturada e a segunda por observação com profissionais de saúde e gestores do serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro Norte em Montes Claros e nas bases descentralizadas de Brasília de Minas, Pirapora, Janaúba, Januária e Taiobeiras. Por último com o intuito de retratar o trabalho do SAMU mediante os atendimentos realizados em face da intercessão do trabalho prescrito que regulam o SAMU e o trabalho real configurado nas vivências dos profissionais. Os dados disponíveis equivalem aos períodos de 2013 a maio de 2015. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender como é o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e gestores do SAMU e de que maneira ele é realizado para atender as necessidades de saúde da região e como podem contribuir para a reorganização de outros serviços, que buscam estratégias de melhorias e inovação para elevar o desempenho assistencial do sistema de saúde.

Como você pode ver os riscos de participação são mínimos, mas se você se sentir constrangido afirmo que sua participação é voluntária e seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e para publicação de artigos científicos, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Você deve saber que em qualquer momento, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, tanto pessoalmente, quanto no telefone indicado abaixo, e pode retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem receberá qualquer ressarcimento.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Maria José Menezes Brito

Assinatura do(a) participante: _____

Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

Profª Dra. Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9836. Escola de Enfermagem UFMG.

APÊNDICE D

Roteiro de Entrevista para profissionais de saúde e gestores do SAMU	
Dados da entrevista	
Base:	Número da entrevista:
Entrevistador:	Idade:
Data: ___/___/___	Horário de início: Horário de término:
Identificação dos participantes	
Nome do entrevistado:	Código do participante:
Sexo: () Feminino () Masculino	Estado Civil:
Formação acadêmica	
Tempo de formação:	
Nível de Qualificação: () técnico () graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado	
Função no SAMU:	Profissão:
Anos de experiência na área da saúde:	Anos de experiência no SAMU:
Cursos de capacitação em APH: () Sim () Não	Quais: () BLS () PHTLS () ACLS () Outros
Forma de admissão: () concurso () processo seletivo () contrato	
Jornada de trabalho semanal:	
Roteiro da Entrevista – Questões norteadoras	
1-Fale sobre você, suas opções e escolhas de vida.	
2-O que significa para você trabalhar na área de saúde e no SAMU ?	
3-Como foi para você começar a trabalhar no SAMU da RAUE/MN ?	
4- Fale sobre o seu cotidiano de trabalho no SAMU considerando suas vivências e atividades.	
5- Descreva como você se percebe como um profissional que integra a equipe do SAMU ?	
6- Descreva as atividades que você realiza no cotidiano de trabalho do SAMU.	
7-Quais são os aspectos que você considera que facilitam e dificultam a atuação da equipe do SAMU ?	
8- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?	

ANEXO A

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Aplicada

Parecer nº 08/2015 – Retificação

Projeto de pesquisa: O Trabalho Cotidiano de Profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Interessadas: Professora Maria José Menezes Brito e Doutoranda Hanna Beatriz Barcelar Tibães

Relatora: Professora Kênia Lara Silva

Histórico

Recebi em 15/06/2015 o projeto acima citado para análise e parecer, após alterações realizadas pelos autores.

Mérito

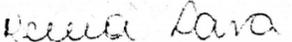
Trata-se de um projeto de pesquisa cujo objetivo apresentado na nova versão é Compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU Macro Norte. Houve ampliação do cenário de Montes Claros para a Macro região Norte do Estado de Minas Gerais. Desta forma, foram ampliados os participantes do estudo que passaram a ser profissionais de saúde e gestores que trabalham na Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – CRUE SAMU em Montes Claros e nas bases descentralizadas com Unidades de Suporte Avançado de Brasília de Minas; Janaúba; Pirapora; Salina e Taiobeiras. Parte-se do pressuposto que as dimensões prescrita e real do trabalho estão presentes no cotidiano de trabalho e orientam as condutas e o modo de fazer de profissionais de saúde e gestores do SAMU. Trata-se de um estudo orientado pela Sociologia Compreensiva e organizado sob o enfoque do método História oral temática. Os dados serão obtidos de entrevista na perspectiva da história oral temática e observação direta do cotidiano de trabalho e submetidos à análise de conteúdo temática. No projeto descreve-se o cronograma de execução e o orçamento da pesquisa. Está prevista a observância dos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto apresenta coerência e consistência interna e os resultados poderão contribuir para a área de estudos da Professora. Sugere-se às autoras alterar o termo sujeitos de pesquisa para participantes da pesquisa, nomenclatura adotada a partir da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

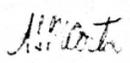
Conclusão

Pelo exposto, sou, SMJ da Câmara Departamental favorável à aprovação do projeto.

Belo Horizonte, 15 de junho de 2015.

Aprovação em referência


Professora Kênia Lara Silva


1ª Decana da Câmara do
Deptº de Enfermagem Aplicada/ENA
Escola de Enfermagem UFMG

16/06/15

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Trabalho Cotidiano de Profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50185515.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.319.312

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa orientado pela Sociologia Compreensiva de Michel Mafessoli e organizado sob o enfoque do método História Oral Temática que irá explorar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e gestores do SAMU Macro Norte. O cenário deste estudo será o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU Macro Norte. Serão 103 profissionais de saúde e gestores que trabalham na Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- CRUE/SAMU localizado em Montes Claros e nas bases descentralizadas do SAMU com Unidades de Suporte Avançado - USA dos municípios de Brasília de Minas, Janaúba, Januária, Pirapora e Taiobeiras que serão convidados a participar do estudo.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU é um dos componentes da atenção pré-hospitalar, o qual tem seu surgimento e crescimento, no Brasil e assume papéis importantes no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e como centro de comunicação entre os serviços na rede de atenção às urgências e emergências. Esse serviço possui particularidades que se revelam nas minúcias do cotidiano de trabalho, ou seja, na organização do trabalho e nas práticas e saberes específicos de profissionais para prestar assistência a qualquer tipo de agravo e em variadas situações. Por isso considerando-se as dimensões prescrita e real do trabalho, parte do pressuposto que ambas estão presente no cotidiano de trabalho e orientam as condutas e o modo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE E-mail: ceep@pppq.ufmg.br
Telefone: (31)3409-4592

Página 21 de 28

Continuação do Parecer: 1.319.312

de fazer de profissionais de saúde e gestores do SAMU.

Na metodologia, a coleta de dados será realizada em três etapas. A primeira equivale à técnica de entrevista; segunda a observação e por último com o intuito de descrever o trabalho prescrito desses profissionais será realizada a coleta quantitativa de dados secundários. Na HO a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados. A coleta será realizada por meio de entrevista individual, gravada com base em um roteiro semi-estruturado que servirá para orientar e direcionar a temática em torno do objeto de estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU Macro Norte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve o proponente sobre os:

Riscos: Os riscos são mínimos, e inclui a possibilidade de constrangimento do participante no momento da entrevista.

Benefícios: Esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão do trabalho cotidiano de profissionais de saúde e gestores do SAMU e a maneira que ele é realizado para atender as necessidades de saúde da região. Além disso, pode contribuir para a reorganização de outros serviços, que buscam estratégias de melhorias e inovação para elevar o desempenho assistencial do sistema de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante no cenário dos profissionais envolvidos na saúde pública. Metodologia objetiva e bem descrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Folho de rosto devidamente preenchida, assinada pela diretora da escola de enfermagem em 07/08/2015.
- 2- Carta de anuência do coordenador geral da central de regulação de atendimento móvel de urgência, datada 07/07/2015.
- 3- Instrumento de coleta, com o roteiro semi-estruturado da entrevista.
- 4- Projeto completo.
- 5- TCLE como carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e desistir do projeto à qualquer momento sem qualquer prejuízo. Foi informado sobre a metodologia, o objetivo e o armazenamento de 05 anos dos dados, salvaguardando a sua

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.319.312

consulta. Esclarece que não haverá qualquer forma de pagamento. Sobre os riscos informa: "Como você pode ver os riscos de participação são mínimos, mas se você se sentir constrangido afirmo que sua participação é voluntária e seu anonimato será garantido."

Recomendações:

- 1- Parecer de aprovação da Câmara Departamental da UFMG vinculada ao projeto.
- 2- NO TCLE, conforme a Resolução CNS 466/12, trocar a palavra "cópia" por "via", e colocar o campo de assinatura do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_563528.pdf	19/10/2015 10:33:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	19/10/2015 10:32:21	Maria José Menezes Brito	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	11/08/2015 12:15:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto+03-08-15 word.docx	04/08/2015 15:47:33		Aceito
Outros	carta de anuencia.pdf	04/08/2015 15:47:06		Aceito
Outros	instrumento- coleta de dados.doc	04/08/2015 15:46:48		Aceito
Outros	Oficio.pdf	04/08/2015 15:46:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/08/2015 15:45:31		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

