

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**MARIA AUXILIADORA DA SILVA DE LIMA**

**INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:  
UMA EXPERIENCIA EM RECIFE**

**RECIFE  
2015**

MARIA AUXILIADORA DA SILVA DE LIMA

**INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:  
UMA EXPERIENCIA EM RECIFE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do trabalho e da Educação em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Orientador:

Prof.º Ms. Gustavo Rêgo Muller de Campos Dantas.

**RECIFE**

**2015**

MARIA AUXILIADORA DA SILVA DE LIMA

**INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:  
UMA EXPERIENCIA EM RECIFE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do trabalho e da Educação em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Aprovado em: 2/2/2016

**Banca Examinadora**

---

Prof.º Ms. Gustavo Rêgo Muller de Campos Dantas  
Secretaria de Gestão do Trabalho/ Prefeitura da Cidade do Recife

---

Prof. Drª. Idê Gomes Dantas Gurgel  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732i Lima, Maria Auxiliadora da Silva de.

Integração profissional no atendimento pré-hospitalar: uma experiência em Recife-PE/ Maria Auxiliadora da Silva de Lima. — Recife: [s. n.], 2015.  
46 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Gustavo Rêgo Muller de Campos Dantas.

1. Educação Continuada. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3. Pessoal de Saúde. I. Dantas, Gustavo Rêgo Muller de Campos. II. Título.

---

CDU 37:61

*Aos meus filhos Gabriela e Felipe.*

## **AGRADECIMENTOS**

Minha gratidão aos meus Pais Severino Correia de Lima e Lenira da Silva Lima (*IN MEMORIN*), pelos ensinamentos e exemplo de vida.

Aos meus filhos Gabriela e Felipe pela paciência e compreensão.

Ao meu Orientador Professor Gustavo Dantas pelas contribuições acadêmicas.

Ao meu Amigo e Pedagogo na mais pura essência do ser Professor, Josinaldo Bernardo pela espontânea simplicidade e disponibilidade para troca de aprendizagem.

Aos colegas de curso pela força.

Aos colegas de trabalho pelo apoio.

A todos que de alguma forma colaboraram e se sensibilizaram para viabilizar a construção e realização deste Projeto.

LIMA, M. A. S. **Integração profissional no atendimento pré-hospitalar**: uma experiência em Recife. 2015. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

---

## RESUMO

O município de Recife apresenta uma das principais centrais metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do país. Ao identificar dificuldades no desenvolvimento do trabalho das equipes multiprofissionais do SAMU e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, surge a seguinte questão: quais estratégias de educação permanente em saúde podem ajudar a promover maior integração entre os profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência e os da unidade de pronto atendimento?. Neste sentido o presente projeto de intervenção foi realizado através de uma oficina de formação com vistas ao planejamento e desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde. Os resultados alcançados, quando da realização da oficina, apontam que os processos de educação permanente auxiliam na compreensão da integralidade do trabalho multiprofissional.

**Palavras Chaves:** Educação Continuada. Serviços Médicos de Emergência. Pessoal de Saúde.

LIMA, M. A. S. **professional integration in pre-hospital care: an experience in Recife.** 2015. Monograph (Specialization in Labor Management and Health Education) - Center Research Aggeu Magalhaes, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2015.

---

## **ABSTRACT**

The city of Recife has one of the major Metropolitan Medical Regulation Center of the Mobile Emergency Care Service (SAMU) from the country. By identifying difficulties in the development work of multidisciplinary teams of the SAMU and Emergency Unit (UPA) 24h, the following question arises : which lifelong learning strategies in health can help promote greater integration among professional mobile care service and emergency unit emergency care?. In this sense the present intervention project It was accomplished through a training workshop for the planning and development of permanent education actions in health. The results achieved, when the completion of the workshop, pointed out that permanent education processes help to understand the whole of the multi-professional work.

**Key words:** Continuing Education. Emergency Medical Services. Health Personnel.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CB – Corpo de Bombeiro

CICCR – Centro Integrado de Controle e Comando Regional

CIODS – Centro Integrado de Defesa Social

CODECIR - Coordenadoria de Defesa Civil do Recife

CTTU – Companhia de Transito e Transporte Urbano

ESPPE – Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Força Nacional de Saúde

INFRAERO – Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária

NEU - Núcleos de Educação em Urgências

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PCCS – Planos de Cargos e Carreiras da Saúde no SUS

PM – Polícia Militar

PNAU - Programa Nacional de Atenção as Urgências

PRF – Polícia Rodoviária Federal

PROGESUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e a Educação no SUS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único De Saúde

TARM – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento

VS – Vigilância Sanitária e Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Problema .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Viabilidade .....</b>	<b>12</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Objetivos específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>4 METAS .....</b>	<b>19</b>
<b>5 ESTRATÉGIAS .....</b>	<b>20</b>
<b>6 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>8 ASPECTOS OPERACIONAIS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>9 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....</b>	<b>29</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE A – RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES CONVIDADAS .....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE B – CARTA CONVITE .....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE C – TEXTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE D – TEXTO “COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS” .....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE E – “SITUAÇÃO PROBLEMA” .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo, de natureza exclusivamente pública, em Pernambuco, alocados no Recife, grande Recife e região metropolitana, são regulamentados pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e são denominados de: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h).

De acordo com a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência; estes serviços caracterizam-se respectivamente por prestar socorro às pessoas (BRASIL, 2002).

O SAMU, dentro da PNAU, foi o primeiro a ser implantado (BRASIL, 2003) o usuário tem seu acesso através de ligação telefônica gratuita garantida pelo sistema 192 cujas etapas são registradas e gravadas em computador e estruturada numa central de regulação com equipes reguladoras e assistenciais, ambas atuam com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, condutores de veículo de emergência, operadores de rádio e de frota e telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) prestando socorro em situações de agravos da saúde nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento adequado ao ambiente pré-hospitalar “móvel” e ao acesso ao sistema de saúde em todos os níveis de complexidade.

Na UPA 24h, implantada posteriormente a primeira, o usuário tem seu acesso gratuito através de demanda espontânea e de encaminhamentos do SAMU de acordo com o grau de gravidade e/ou proximidade do local do evento, desta forma, presta socorro em situações de agravos da saúde de natureza clínica, cirúrgica e de trauma, garantindo atendimento adequado ao ambiente pré-hospitalar “fixo” estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Esses serviços de Atendimento pré-hospitalar em conformidade e oriundos dessa nova política nacional de atenção às urgências surgem para atender um problema complexo dentro da atenção às urgências, constituindo um importante avanço na organização do sistema de saúde do país, para estabelecer a estruturação de uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados.

## 1.1 Problema

Este estudo surge da motivação em realizar um projeto de intervenção fundamentado na estratégia da integração ensino e serviço com foco na política de educação permanente em saúde. Levando-se em consideração as particularidades das representações sociais dos profissionais de ambas as instituições.

Assim o projeto toma como proposta e objeto de estudo o SAMU e a UPA 24h cuja elaboração tem como base questionadora a seguinte pergunta: quais estratégias de educação permanente em saúde podem ajudar a promover maior integração entre os profissionais do SAMU e da UPA 24h?

## 1.2 Justificativa

O trabalho realizado pelas equipes multiprofissionais do SAMU Metropolitano do Recife e da UPA 24h, leva a diferentes formas de entendimento cujas representações sociais entre elas especificamente, diferem das de profissionais de outros serviços.

A representação social é um sistema de valores, de noções e de práticas que possuem uma dupla tendência. Uma tendência seria a de instaurar uma ordem que dá aos indivíduos a possibilidade de se orientarem no ambiente social e material, de dominá-lo. A outra tendência seria a de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para suas trocas (ARAÚJO, et al., 2011).

Essas representações sociais dos profissionais do SAMU sobre as dos profissionais das UPA e vice versa surge inicialmente das diferenças estruturais da organização dos serviços e suas diretrizes como também da especificidade da execução e condições dos processos individuais de trabalho interferindo diretamente na integração profissional quando observado por ângulos opostos. O mesmo ocorre com profissionais da mesma categoria que se encontram nas unidades de destino de alta complexidade e que acolhem os profissionais do SAMU e as vítimas por eles conduzidas. Tal situação gera problemas refletidos na gestão do trabalho, que podem ser de ordem psicossocial, educacional e operacional.

O desconhecimento das normas e fluxo de atendimento dos serviços e a pouca interação por parte dos Profissionais é um dos fatores que dificultam a plena satisfação de todos (usuários/ funcionários/ parceiros) frente ao serviço.

Partindo da experiência profissional trazida pela observação cotidiana dos conflitos e ocorrências inevitáveis e inerentes ao exercício da profissão, entendemos que levar informação através das Políticas de Educação Permanente em Saúde ampliará o conhecimento das normas e fluxo de atendimento de ambos os serviços facilitando a integração entre os profissionais e gerando mudanças significativas no processo de trabalho.

### **1.3 Viabilidade**

Esta proposta mostra-se politicamente factível, visto que os gestores envolvidos estão sensibilizados com a política de educação permanente em saúde e a estratégia de integração ensino e serviço com o objetivo de estreitar as relações interinstitucionais considerando a importância dessa estratégia para ampliar discussões e encontrar soluções para os problemas e dificuldades apresentados no desenvolvimento dos processos de trabalho individual e coletivo, bem como, pela facilidade apresentada para sua elaboração e execução com operacionalização de baixo custo, de modo a conseguir estabelecer uma maior integração nas relações trabalhistas no mais alto nível do bom inter-relacionamento profissional e interinstitucional, objetivando realizar uma assistência humanizada e um atendimento de qualidade à população afetada.

## 2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O SAMU, foi criado pela Portaria MS/GM nº 2048 de 5 de novembro de 2002 que aprova o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Pela portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), redefinindo as diretrizes para implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua Central de regulação das urgências por meio da Portaria MS/GM nº 1.010 de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2002, 2011, 2012).

Na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco o SAMU nasceu em 2001, atendendo apenas os bairros da capital. Em 2006, por necessidade social e de ampliação do fornecimento das políticas públicas nessa área, o SAMU passou a atender também a região metropolitana da capital e a usar a denominação de SAMU Metropolitano do Recife.

Compõe a rede de atenção às urgências e emergências do serviço de saúde local como porta de entrada aos segmentos componentes do sistema preenchendo um hiato assistencial entre o adoecimento e a chegada à unidade de saúde de qualquer nível de complexidade que outrora não havia na assistência à saúde da população.

Atualmente atende uma população de cerca de mais de 1.700.000 (hum milhão e setecentos mil) habitantes distribuídos em cerca de 1.085 (hum mil e oitenta e cinco) setores censitários localizados nos 94 (noventa e quatro) bairros das 18(dezoito) Microrregiões dos 8 (oito) Distritos Sanitários, em área física totalmente urbana de 219 Km<sup>2</sup> (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

Vinculado às unidades de saúde, funciona a partir do conceito da política de “vaga zero”. Essa política, preconizada pelo Ministério da Saúde conforme a Portaria MS/GM nº 2.048/02 (BRASIL, 2002), surge da interpretação da própria Portaria nº 2.048, da Lei orgânica da saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) no seu capítulo II Art. 24 e da própria constituição federal na Seção II, artigos 196 a 198 cujo uma das atribuições gestoras da Regulação Médica das Urgências e Emergências é:

Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "vaga zero" para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os

pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (BRASIL, 1990).

Desta forma o SAMU dispõe-se teoricamente de todos os leitos públicos disponíveis por especialidades, podendo recorrer aos serviços e leitos ofertados pela iniciativa privada em caso de indisponibilidade destes assim como em grandes eventos e eventos de massa na qual estes serviços de saúde, de acordo com a legislação, devem receber os pacientes por ele (SAMU), encaminhados para garantir a cobertura assistencial à população.

Atua de forma integrada, em situações especiais com a Força Nacional de Saúde (FNS), Polícia Militar (PM); Polícia Rodoviária Federal (PRF); Corpo de Bombeiro (CB); Centro Integrado de Controle e Comando Regional (CICCR); Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (INFRAERO); Coordenadoria de Defesa Civil do Recife (CODECIR); Companhia de Trânsito e Transporte Urbano (CTTU); Vigilância Sanitária e Epidemiológica (VS); Agentes Redutores de Danos (ARD), Entidades Filantrópicas e a Sociedade Civil Organizada; Podendo de acordo com a gravidade do evento, (desastre ou catástrofe), regular também os serviços privados de internação hospitalar, transporte e organizações filantrópicas.

Possui como regime de atendimento a demanda espontânea através de solicitação pública direta por telefone 192 ou encaminhamento do sistema conveniado Centro Integrado de Defesa Social (CIODS), 190 (PM) e 193 (Bombeiro) para a realização de Atendimento pré-hospitalar através do Suporte básico e avançado de vida com transporte e remoção para unidades de referências.

De natureza exclusivamente pública e de porte regional, está geograficamente dividido em três áreas de cobertura, oferecendo assistência descentralizada à população que reside no Grande Recife, Região Metropolitana Norte e Região Metropolitana Sul, tendo como meta para 2015 atingir 72 (setenta e dois) municípios que formam a região litorânea e Zonas da Mata do nosso Estado de Pernambuco.

Descreveremos abaixo os bairros e cidades de abrangência de acordo com a delimitação geográfica descritas acima:

- a) **SAMU Recife** - Possui bases descentralizadas que estão localizadas nos bairros da cidade, (Centro, Cais do Apolo, Água fria, Afogados, Ibura, Torre, Barros Lima e Ceasa);
- b) **SAMU Metropolitano Norte** - Suas bases estão localizadas em cada um dos municípios da região metropolitana norte da cidade (Limoeiro, Macaparana, Nazaré da Mata, Olinda, Orobó, Passira, Pau d'álho, Paulista, São Vicente

Férrea, Surubim, Timbaúba, Itamaracá, Itambé, Itapissuma, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Abreu e Lima, Aliança, Araçoiaba, Bom Jardim, Buenos Aires, Camutanga, Carpina, Casinhas, chã de Alegria, Condado, Fernando de Noronha, Gloria do Goitá, Goiana, Igarassu);

- c) **SAMU Metropolitano Sul** – Assim como na região metropolitana norte suas bases também localizam-se em cada um dos municípios da região metropolitana sul da cidade (Jaboatão, Jaqueira, Lagoa dos Gatos, Moreno, Palmares, Pombos, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Bento do Sul, São José da Coroa Grande, São Lourenço da Mata, Sirinhaém, Tamandaré, Vitoria, Xexéu, Água preta, Amaragi, Barreiros, Belém de Maria, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Catende, Chã Grande, Cortês, Escada, Gameleira, Ipojuca).

Já a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, através da portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011 que estabelece as diretrizes para a sua implantação articular-se, além do SAMU 192, com unidades básicas de saúde/saúde da família, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde com fluxos de referência e contra referência ordenando os fluxos por meio de centrais de regulação médica de urgências podendo solicitar retaguarda técnica ao samu 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade, proporcionando continuidade ao tratamento. São classificadas de acordo com a população do município, número de leitos disponíveis, e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos que vai de 150 pacientes (porte I) a 450 pacientes (porte III).(BRASIL, 2011)

Também possui como regime de atendimento a demanda espontânea e articula-se com a Atenção Básica à Saúde através do acolhimento das vítimas e pacientes encaminhados do sistema 192 (SAMU), CIODS 190 (PM) e 193 (Bombeiro). Articulando-se também com as unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos de referência e contrarreferência.

O SAMU e a UPA 24h são componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, cuja publicação constitui um importante avanço na organização do Sistema de Saúde do País, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências. De total acessibilidade a todas as camadas da população, estes serviços (SAMU /UPA 24h), estão em constante processo de evolução e crescimento cujo propósito é facilitar o atendimento a população e oferecer condições de

trabalho aos seus profissionais que durante o desenvolvimento diário de suas atividades, enfrentam dificuldades trazidas pela pouca integração, comprometendo assim o não cumprimento do conceito da vaga zero.

Na prática, tanto o SAMU como a UPA 24h sofrem diariamente com a impossibilidade de oferecerem atendimento adequado aos seus usuários, devido a superlotação caracterizado nas UPA's, pelo acolhimento de um elevado numero de pacientes, gerando falta de leitos disponíveis e justificando a retenção das macas das unidades móveis de suporte básico e avançado do SAMU, o que pode por em risco a vida dos paciente.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece no art. 200, inciso III, que compete ao SUS, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Um dos desafios segundo (VIANA, 2008) é a construção de um modelo de assistência à saúde centrada e focada nas necessidades de saúde da população, do próprio SUS e da participação social para formar e preparar profissionais da área da saúde de acordo com seus princípios e diretrizes.

As relações entre ensino e serviço é ponto de partida para reflexão e análise da aprendizagem entre os trabalhadores em saúde que, enfrentam dificuldades trazidas pela pouca integração durante o desenvolvimento diário de suas atividades. Com o propósito de facilitar o atendimento a população e oferecer melhores condições de trabalho, as instituições devem fundamentar-se na prática e na essência do trabalho humano com temáticas trazidas pelo serviço para avançar na integração das atividades e no fortalecimento dos núcleos de educação como espaço de apoio técnico com envolvimento da representação da gestão.

Segundo Mehry (2005) a educação permanente busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, que considere a realidade social para oferecer um atendimento ético, humanizado e de qualidade.

Integrar serviços de atenção à saúde e as práticas pedagógicas traz consigo algumas especificidades, em especial nas relações horizontais, nos processos de trabalho individuais e coletivos, nos interesses em comum, na equiparação das necessidades e capacidades potencializadas pelo desejo de evoluir.

A real aproximação entre a formação, a qualificação profissional e a prestação da assistência à saúde representa inúmeras possibilidades de integração e articulação entre o saber e o fazer. Para tanto é preciso ter clareza de que para tornar reais os objetivos da Integração ensino-serviço é necessário que haja disponibilidade e que promovam encontros entre as instituições de saúde e de seus colaboradores.

Portanto devemos ter clara a percepção que a Educação Permanente em Saúde é uma prática integrativa e vinculada ao processo de trabalho, com a valorização dos saberes e práticas, onde educadores e educando se completam em razão da educação e do diálogo entre os diferentes sujeitos que incorporam conhecimentos como forma de empoderamento.

Devemos visualizar a educação segundo Silva e Backes (2007), como a apropriação de saberes socialmente construídos que são continuamente produzidos e socializados. No Brasil, cabe ao SUS a responsabilidade de ordenar o processo da formação de trabalhadores em saúde, segundo as necessidades da população e do próprio SUS (BRASIL, 1990).

A educação permanente no setor da saúde desenvolveu-se gradualmente nos países da América Latina. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi responsável pela difusão da proposta de educação permanente do pessoal de saúde, acreditando que somente a aprendizagem seria capaz da adesão dos trabalhadores nos processos de mudança no cotidiano, agregando novos significados (CECCIM, 2005), e que a educação dos profissionais de saúde foi ponto de pauta de conferências de recursos humanos e conferências nacionais de saúde, que apontavam a inadequação da formação dos trabalhadores desse setor em relação à realidade encontrada nos serviços de saúde brasileiros (CECCIM, 2002).

Um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), definição de seus princípios norteadores, objetivos, grades de temas com conteúdos programáticos, e suas respectivas cargas horárias e habilidades a serem alcançadas. Esses Núcleos foram concebidos como espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências (BRASIL, 2006).

Chamamos a atenção para a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de urgências, uma vez que este tema ainda é insuficiente nos cursos de graduação, não se constitui como especialidade médica ou de enfermagem. É importante lembrar que o processo ensino - aprendizagem não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Ele deve levar em conta as experiências vivenciadas pelos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal (ZANI; NOGUEIRA, 2006). Entre os desafios a serem transpostos nas estratégias de integração ensino e serviço está o aprimoramento da integração institucional, principalmente diante da proposta de ampliar discussões a respeito do processo de trabalho em saúde.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Planejar ações de educação permanente em saúde que promovam a integração dos profissionais do SAMU e UPA 24h.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- a) Sensibilizar os profissionais envolvidos quanto a importância da integração ensino-serviço através da educação permanente em saúde;
- b) Discutir com os profissionais sobre o processo de avaliação e críticas.
- c) Identificar dificuldades e necessidades de treinamento.

## 4 METAS

Para responder aos objetivos específicos, sugerimos uma meta para o primeiro objetivo e duas metas para cada um dos dois últimos.

- a) Primeiro objetivo: Sensibilizar os profissionais envolvidos quanto a importância da integração ensino-serviço através da educação permanente em saúde:
  - Meta: Elaborar um planejamento que possibilite através de ações de educação permanente em saúde a integração dos profissionais;
- b) Segundo objetivo: Discutir com os profissionais sobre o processo de avaliação e críticas:
  - Meta: Organizar um texto para discussão com os profissionais;
  - Meta: Conduzir discussão sobre o processo de avaliação e críticas com profissionais envolvidos;
- c) Identificar dificuldades e necessidades de treinamento:
  - Meta: Construir uma situação problema para discutir com os profissionais;
  - Meta: Promover o debate com os profissionais participantes.

## **5 ESTRATÉGIAS**

- a) Entrar em contato com coordenadores;
- b) Realizar reunião com o NEP/SAMU para discutir e ajustar o Projeto;
- c) Obter adesão da gestão do SAMU e da UPA 24h para o plano de intervenção;
- d) Realizar agendamento de acordo com disponibilidade do espaço;
- e) Levantar e selecionar recursos materiais para a realização da oficina.

## **6 RESULTADOS ESPERADOS**

Esta pesquisa segue a orientação metodológica de um projeto de intervenção tendo como objetivo a realização de uma oficina de integração envolvendo profissionais do SAMU Metropolitano do Recife (Base Recife) e UPA 24h (Bases: Caxangá, Torrões, Curado, Imbiribeira, Ibura e Nova Descoberta). Os resultados esperados com a realização desta atividade são:

- a) Integração profissional com maior compreensão do trabalho multiprofissional dos envolvidos;
- b) Melhorar o entendimento dos processos de trabalho através de atividades de educação permanente em saúde sobre as políticas nacional de atenção as urgências (móvel e fixa);
- c) Facilitar o processo de trabalho dos profissionais através do planejamento de atividades que tenham como foco a integração multiprofissional.

## 7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conhecimento do processo de trabalho e das dificuldades vivenciadas na execução das atividades realizada no dia a dia do serviço somado ao aprendizado no decorrer do curso e a experiência profissional foram pontos de partida para de acordo com os objetivos elaborar as metas e estratégias utilizadas.

Pensamos inicialmente em promover um encontro que além do objetivo desse projeto pudesse proporcionar uma interação humanizada dos participantes das instituições convidadas (apêndice A). Dessa forma o convite (apêndice B) enviado a todos foi redigido dando ênfase a promoção e a integração profissional na perspectiva da Política de Educação Permanente em saúde.

Para nossa surpresa e satisfação, o convite foi aceito por todos que o receberam, comprovadamente com a sua presença no dia marcado. Iniciamos a oficina com um discreto atraso em ambiente climatizado com música de fundo e um slide desejando boas vindas.

Após o acolhimento, que proporcionou para alguns um agradável reencontro a coordenadora geral de enfermagem do SAMU, proferiu seu discurso de boas vindas, seguida da coordenadora do Núcleo de Educação Permanente (NEP), e do Gerente Administrativo do serviço.

Iniciamos as atividades com uma dinâmica de grupo para apresentação individual e levantamento das expectativas de cada participante, onde de forma unanime foi exposto que a cada dia se tornara mais necessário esse momento de integração diante dos problemas vivenciados por todos os presentes e por cada um dos envolvidos nesse processo sendo mais que oportuno o convite diante da real necessidade da promoção desse encontro.

Em seguida tivemos uma exposição dialogada sobre a contextualização da Política de Educação Permanente em Saúde (apêndice C) coordenada e proferida pelo convidado especial Prof. Josinaldo Carlos de Lima Bernardo, então Coordenador Pedagógico da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE).

Observado atentamente pelos presentes o Professor Josinaldo trouxe aos participantes informações de quando a Política de Educação Permanente em Saúde foi criada e como foi pensada como instrumento para transformar e desenvolver os trabalhadores do SUS na busca da melhoria da saúde.

O palestrante ainda, citando Ceccim (2004), estimulou entre os participantes uma reflexão sobre a estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde enquanto sujeitos passíveis de transformação, na sua capacidade de reproduzir tarefas,

ativando estrategicamente sua percepção como agente protagonista para o avanço e a melhoria do sistema de saúde, tomando como base o processo ensino-aprendizagem para a formação e transformação dos saberes técnicos e científicos enquanto mudança das prática educativas e resgate do pensar de suas tarefas e planejamento do processo de trabalho.

Na sequência das atividades foi distribuído um texto que teve como principal objetivo levantar os critérios mais relevantes de *“como fazer e receber críticas”* (apêndice D) para facilitar a leitura dividimos os participantes em três grupos de cinco membros para que pudessem identificar, pontuar e apresentar suas reflexões após o término do tempo estipulado para essa atividade e para a conclusão das atividades da manhã. O texto fora escolhido de maneira proposital uma vez que esclarece a importância do tema diante do processo de integração profissional.

Dispostos em círculo os três grupos participantes estimulados metodologicamente pelos orientadores, apresentaram e justificaram em roda de conversa, os critérios considerados na sua ordem de importância mais relevantes de *“Como fazer e receber críticas”*. Dessa forma, o grupo concluiu elencando os critérios na seguinte ordem: cuidado, atenção, direção, compreensão, especificidade, objetividade e oportunidade cujas descrições encontram-se no texto anexo.

Apesar de termos utilizado diversas metodologias, a saber: exposição dialogada, estudo de caso, debate, exposição de vídeo e produção de cartazes, a metodologia que fora mais reconhecida pelos participantes, foi a roda de conversa, cujas discussões giravam sempre em torno da integração profissional e educação permanente em serviço, tomando como base o material didático para abordagens do tema.

Após o almoço iniciamos as atividades da tarde com a exposição do slide de apresentação do SAMU, sua história, missão, seus recursos físicos e humanos com seus processos de trabalho interdisciplinar e sua posição dentro da rede estadual e municipal de urgências e emergência com o título: **“SAMU e UPA 24h - eles importantes de uma corrente pela vida”** Essa apresentação teve seu ponto alto durante um passeio (visita técnica) pelas instalações do serviço para conhecimento da estrutura física e do processo de trabalho executado por todos e de que forma e em que momento esses processos se interligam e se fundem dentro das políticas de atenção as urgências e emergência na prestação de assistência a saúde da população. Nesse momento ficou clara para todos os participantes a importância desse projeto de intervenção enquanto proposta de estratégia de Educação Permanente e integração profissional ensino e serviço na busca pela melhoria da qualidade de trabalho e da assistência prestada aos usuários do sistema.

Durante esse processo, por iniciativa dos participantes convidados e diante da aceitação de todos, foi criado um grupo de what zap intitulado: “SAMU & UPA 24h que começou a funcionar e já na primeira semana de uso teve a adesão de um considerável número de membros de ambas instituições

Continuamos após o intervalo da tarde ainda divididos em grupos, desta vez para a Leitura do texto de uma situação problema como estudo de caso - (apêndice E) intitulado **APH Móvel e Fixo – “Elos importantes de uma corrente pela vida”** cujas respostas colocaram em evidencia aspectos técnicos dos processos de trabalho que poderiam vir a ser solucionados com atividades de educação permanente em saúde para discussão e reposta das perguntas abaixo:

- 1)O que podemos fazer para minimizar ou reduzir os conflitos apresentados na situação problema?
- 2)Como o treinamento em serviço, pode ajudar a solucionar as diferentes etapas da situação problema?

Ao fazer esta análise, podemos perceber que as respostas e os debates revelam que a integração ensino e serviço podem contribuir para redução e/ou resolução de conflitos apresentados no cotidiano do processo de trabalho na área da saúde.

Desafios como a necessidade de aproximação e diálogo entre os atores pode ocorrer nestes espaços de comunhão, reflexão e multiplicação de saberes com uma nova forma de pensar e agir no cuidado à saúde Pautada na formação dos profissionais de ambos os serviços, no modelo de atenção à saúde com articulação entre a rede pública.

Esse novo modo de construir saúde segundo Ceccim (2005a, p. 174), é o “da saúde e o do trabalho”, um processo para a “construção da integralidade, da humanização e da qualidade da atenção e gestão com compartilhamento de práticas e pensamentos” (aprender a aprender).

Essas respostas foram levantadas em formulário e consolidadas em tarjetas os problemas identificados e temas sugeridos. O grupo identificou como problemas: (Problemas de comunicação via telefone entre os serviços envolvidos (SAMU, UPA e CB), acolhimento na UPA deficitário por falta de RH, falta de ambulância no SAMU, plantões fechados nas UPA’s, macas retidas nas unidades de referencia, retenção das equipes do SAMU, médico regulador autorizando retorno da viatura/equipe sem acordo prévio com médico da UPA, atrasos no acolhimento durante o horário da rendição, superlotação das UPA’s, retenção das equipes, pouca ou nenhuma humanização no atendimento).

O grupo sugeriu ainda com base nos problemas levantado os temas abaixo, para realização de treinamentos: (Mesa de negociação e mediação de conflitos, dinâmica do fluxo de atendimento, protocolo de segurança do paciente, responsabilidade legal do atendimento, sistemas de informação unificado e aplicado no APH, comunicação terapêutica, oficinas de integração interdisciplinar e interinstitucional, apresentação dos protocolos e fluxos de atendimento de um serviço para outro).

Levantados os problemas o grupo mais uma vez, apresentou e justificou os temas sugeridos espontaneamente no formato de roda de conversa, dispondo as tarjetas em círculo durante o processo, cujas discussões calorosas permitiam uma participação ativa de todos.

Obedecemos a programação, depois de encerrada as apresentações com a distribuição do formulário de avaliação que perguntava “**Estamos no caminho certo?**” (apêndice F) para serem preenchidos pelos participantes. Na medida em que entregavam o formulário preenchido, eram convidados a volta para a configuração em círculo e ao som da música “agradecer e abraçar” de Maria Bethânia, dançar uma ciranda para num clima de muita satisfação, integração, alegria e prazer encerramos as atividades do dia após solicitação de mantermos o compromisso com a promessa de futuros encontros.

## 8 ASPECTOS OPERACIONAIS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Visando um melhor entendimento das ações adotadas para a construção do Plano de Intervenção, Construímos abaixo um plano operativo.

Quadro 1- Plano Operativo

(continua)

<b>AÇÃO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>ATORES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>PRAZO</b>
Planejar o projeto de intervenção	agendar: local,data e hora fazer levantamento das necessidades	Aluna e Orientador	Computador Internet; e-mail	Até Setembro 2015
Apresentar o projeto aos coordenadores do SAMU, NEP e UPA 24h. Sensibilizando-os para aderir ao projeto de intervenção	Realizar reunião com coordenadores para apresentar, discutir e ajustar o Projeto.	Coordenadores do SAMU (NEP, RH, ADM) e UPA's	Sala de reunião; Equipamentos de multimídia.	Até Setembro 2015
Oficializar a implantação do projeto de intervenção com a realização da oficina	Preenchimento de formulário solicitação da carta de anuência.	SEGTES (Secretária de gestão Trabalho e educação na saúde). Coordenação do NEP e do SAMU	Equipamentos de multimídia. Computador Internet; e-mail	Até Setembro 2015
Fazer programação da oficina em formato de planilha	Detalhar a atividades realizadas cronologicamente da oficina Agendar data e hora	Aluna E Orientador	Equipamentos de multimídia. Computador Internet; e-mail	Até Setembro 2015
Realizar Levantamento dos nomes dos responsáveis do SAMU - base Recife e das UPA 24h na Secretaria Estadual de Saúde (SES), e das Bases: Caxangá, Torrões, Curado, Imbiribeira, Ibura e Nova Descoberta.	Contato telefônico para levantamento das informações: Nome, fone e e-mail.	Secretária do NEP e secretária das UPA 24h	Telefone E Equipamentos de multimídia. Computador	Até Setembro 2015

Quadro 1- Plano Operativo

(continuação)

AÇÃO	ESTRATÉGIA	ATORES	RECURSO	PRAZO
Elaborar carta convite explicativa e para os representantes das instituições envolvidas	Enviar virtual e real sob protocolo, no formato de ofício,	Motoboy	Computador Papel Moto	Até início de Outubro
Infraestrutura e Recursos Didáticos	Preparar material didático para trabalhar durante oficina 1- textos como fazer e receber critica, 2- textos educação permanente em saúde, 3- identificação das pastas 4- formulário para levantamento de problemas e sugestão 5- formulários de avaliação, 5- estudos de caso, 6- frequência. 7- certificados de participação Montar e etiquetar pastas Selecionar musica para trabalhar na oficina Preparar apresentação Power point de Boas vindas com apresentação do serviço (conheça o SAMU) Solicitar cooffe break	Aluna, orientador e colaboradores	Papel Telefone Equipamentos de multimídia. Computador Internet; e-mail	Até início de Outubro 2015
Realizar um encontro Multiprofissional para	Apresentar as normas e Fluxo de atendimento e os Processos de trabalho executados por profissionais do SAMU + UPA Elaborar um plano de Aula que contemple fluxo de trabalho e maior integração dos Profissionais para aplicar no treinamento em serviço.	Equipes Multiprofissional das instituições envolvidas, em conjunto com a equipe de residentes e acadêmicos. Instrutores NEP + UPA	Sala de treinamento Material de expediente Equipamentos de multimídia.	Até Outubro 2015

Quadro 1- Plano Operativo

(conclusão)

<b>AÇÃO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>ATORES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>PRAZO</b>
Iniciar treinamento em serviço com o tema proposto	Montar escala instrutores Realizar agendamento dos dias de treinamento	Instrutores NEP / SAMU + UPA, Equipe Multiprofissional do SAMU + UPA	Sala de treinamento  Equipamentos de multimídia.	Entre Out./Nov. 2015
Garantir parcerias para assegurar o fortalecimento e a manutenção do projeto.	Identificação e Convidar parceiros da rede;	SAMU + UPA	Telefone e computador	Até Outubro 2015
Divulgar as ações nos quadros de aviso	Sensibilizar os servidores para participação	SAMU + UPA	Quadros de avisos e e-mail	Até Setembro 2015

Fonte: A autora

## 9 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Objetivando otimizar a administração do tempo, segue abaixo o calendário das ações propostas e prazos para a sua execução.

Quadro 2 – Calendário de atividades propostas

AÇÃO	PERÍODO (ANO 2015)						
	JAN a MAR	ABR a MAI	JUN a AGO	S E T	O U T	N O V	D E Z
Estruturação do projeto / aulas teóricas / elaboração da discussão teórica do projeto	X	X	X	X	X	X	
Levantamento da literatura	X	X	X	X	X		
Elaborar e encaminhar Ofício explicativo convidando os representantes do SAMU, NEP e UPA 24h				X			
Planejamento Construção da programação e escolha da metodologia a ser aplicada como atividade de intervenção (Oficina)				X			
Realização da Oficina de Integração com os profissionais do SAMU e da UPA 24h.					X		
Análise e discussão dos dados.					X	X	
Revisão do texto final.						X	
Entrega do projeto.							X
Apresentação.							X

Fonte: A autora

## **10 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Segundo Coll (2000), o processo que favorece a aprendizagem significativa requer uma postura ativa e crítica por parte daqueles envolvidos na aprendizagem, dessa forma, a construção do projeto de intervenção foi realizada com ideias e pesquisas pertinentes, com o propósito de oferecer contribuição da autora para as ações desenvolvidas no seu local de trabalho.

É preciso, no entanto, para melhor realizar as atividades e os episódios interativos dos processos educativos que ampliam a interação, que os profissionais de ambas as instituições, mais diretamente os multiplicadores, estimulem as expectativas criadas por todos e compreendam que cada colaborador possui um ritmo próprio de apropriação do saber, no qual deve e precisa ser respeitado como ponto de partida para iniciar o processo de interação.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. T. et al. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 156-163, 2011. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2016.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Recife: Secretaria de Saúde, ano 1, n. 1, abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 10 out. 2015.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: 30 mar. 2016.
- BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012..** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)>. Acesso em: 30 mar. 2016.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface:– Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 61-177, 2005a.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 14, p. 41-66, 2004.
- COLL, C.; ONRUBIA, J. A construção de significados compartilhados em sala de aula. Atividade conjunta e dispositiva semióticos no controle e no acompanhamento mútuo entre professor e alunos. In: COLL, C.; EDWARDS, D. (Org.). **Ensino, aprendizagem e discurso em sala de aula**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.671, 29 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jul. 2003. Seção 1, p. 75-78. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1671\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1671_2003.htm)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em saúde debate**, Londrina, v. 22, n. p. 36-48, 2000.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9 n. 16 p. 161 -77, set. 2004/fev. 2005.

SILVA, L. A. A.; BACKES, V. M. S. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latino-americana**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

VIANA, A. L. D. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consócio Medicina, USP, 2008. (Cadernos de Atenção Básica: Estudos Avaliativos, n. 4).

ZANI, A. V.; NOGUEIRA, M. S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 742-748, 2006.

## APÊNDICE A – RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES CONVIDADAS



### 1ª OFICINA DE INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES DO SAMU E DA UPA 24h (CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE)

#### CONVIDADOS DO UPA 24h

INSTITUIÇÃO	NOME DO COORDENADOR	FONE	E-MAIL
DIRETORA GERAL DE MONITORAMENTO E MODERNIZAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	Dra Viviane Câmara		
UPA COORD GERAL	Ana Paula Muniz		
UPA CAXANGÁ	Josenilda Almeida		
UPA TORRÕES	Gleudson Marques Cysneiros		
UPA CURADO	Roberta Ventura Dornelas Câmara		
UPA IMBIRIBEIRA	Isabele Braga		
UPA IBURA	Carlos Eduardo Brasileiro		
UPA N. DESCOBERTA	Daniel Aquel Pereira De Araujo		
DIRETOR DO SAMU	Leonardo Gomes		
COORD ENF. SAMU	Cibele Souza		
DIRETOR MÉDICO SAMU	João Paulo		
COORD NEP	Sergio Murilo		
CORD ENF. NEP	Janise Miranda		
DIRETOR DE RH SAMU	Lucia Gondim		
DIERETOR ADM	Carlos Eduardo		



## APÊNDICE B – CARTA CONVITE

**Ofício** nº. x/2015 – NEP  
2015.

Recife, Terça-feira, 06 de Outubro de

Prezado (a) Senhor (a),  
Dr. (a). x  
Função: x

### CONVITE

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Metropolitano do Recife, vem pelo presente convidar 2 (dois) representantes, com disponibilidade de tempo, dessa instituição para participar da 1ª Oficina de Integração das Equipes do SAMU e da UPA 24h.

Esta Oficina é parte integrante do Projeto de Intervenção do Curso de Pós – Graduação em Gestão do Trabalho e educação em saúde (PROGESUS) da Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ e do Instituto de Ensino e Pesquisa Aggeu Magalhães com o objetivo de promover o desenvolvimento de um trabalho integrado com a compreensão do processo de trabalho dos profissionais das instituições envolvidas na perspectiva dos processos de educação permanente em saúde.

**PÚBLICO-ALVO:** Gestor do serviço, Enfermeiros das salas vermelha / amarela, da Classificação de risco, e Assistente social - com disponibilidade para participação integral.

**DATA:** 16/10/2015

**CARGA/HORÁRIA:** 8h/a de atividades presenciais

**LOCAL:** Auditório do Núcleo de Educação em Saúde – NEP do SAMU

Endereço: Av. Manoel Borba nº 951, Boa Vista Fone: 3355.7400

**ORGANIZAÇÃO:** Pós – graduanda - Enfermeira Maria Auxiliadora da S. de Lima

Fones: 90000.0000 (Tim / W. Zap), 90000.0000 (Oi)

\*Solicito Gentileza de Confirmar Presença

Certa de contar com o apoio,  
Desde já agradecemos o empenho.

Recife, 01 de Outubro de 2015.



## APÊNDICE C – TEXTO SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 1ª OFICINA DE INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES DO SAMU E DA UPA 24h (CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE)

#### EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A educação permanente em saúde se apóia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Portanto, apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

Como política de educação na saúde, a educação permanente em saúde envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras, são invenções do Brasil, assim como a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e a participação popular com papel de controle social sobre o sistema de saúde são marcadamente brasileiros. Por decorrência dessas particularidades, as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

A educação permanente em saúde não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. A partir desse desafio político-pedagógico, a

educação permanente em saúde foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A educação permanente em saúde tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais regionais como unidades político territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a educação permanente em saúde deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.

Para a educação permanente em saúde, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, mas deve ocorrer também o estranhamento e saberes e a desacomodação com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de perguntação, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber.

Uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um estranhamento da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.

Uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm idéias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

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

Porque queremos tanto que novas informações cheguem aos serviços, aos trabalhadores, aos usuários e aos gestores? Para esclarecê-los? Para torná-los mais cultos? Para torná-los mais letrados em ciência e tecnologias? Se for assim, podemos apenas transmitir conhecimento, mandar ler manuais e exercitar jogos de perguntas e respostas.

A educação permanente em saúde, entretanto, configura uma pedagogia em ato, que deseja e opera pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e atuação, estabelecendo

tanto o contato emocionado com as informações como movimentos de transformação da realidade.

Enfatizamos novamente: será educação permanente em saúde o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise. Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

A escolha pela educação permanente em saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por encontro com a população.

É nesse sentido que, no Brasil, se constituiu o conceito de quadrilátero da formação: educação que associa o ensino como suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. É o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem, e é a educação permanente em saúde que torna grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde.

Para a educação permanente em saúde, a informação necessária é aquela que se propõe como ocasião para aprendizagem, mas que também busca ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades. Então, a melhor informação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial. Por exemplo: a nova informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva da nossa unidade de serviço? Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tenciona nossas implicações com os usuários de nossas ações, ela desencadeou educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde pode ser um processo cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. O primeiro passo é aceitar que as realidades não são dadas. Assim como as informações, as realidades são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos em busca. O segundo passo é organizar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, isto é, cotejar informações, cruzá-las, usá-las em interrogação umas às outras e não segregar e excluir a priori ou ensimesmar-se em territórios estreitos e inertes. O terceiro passo é organizar redes de intercâmbio para que informações nos cheguem e sejam transferidas, ou seja, estabelecer interface, intercessão e democracia forte. O quarto passo é produzir as informações de valor local num valor inventivo que não se furte às exigências do trabalho em que estamos inseridos e à máxima interação afetiva com nossos usuários de ações de saúde.

O quadrilátero da educação permanente em saúde é simples: análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas em que as informações são empacotadas e despachadas por entrega rápida às mentes racionalistas dos alunos, trabalhadores e usuários, as ações de educação permanente desejam os corações pulsáteis dos alunos, dos trabalhadores e dos usuários para construir um sistema produtor de saúde (uma abrangência), e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento). Uma política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na

condução de sistemas locais de saúde. No Brasil, essa é a política atual do SUS para a educação em saúde e, portanto, a diretriz para os atores que atuam na área.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da educação permanente em saúde, a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, podem contribuir para pôr em evidência os encontros rizomáticos que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carreando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

### **Para saber mais:**

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente Entra na Roda: polos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunicação, saúde, educação, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005a.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005b.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis Revista de Saúde Coletiva, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. & DAVINI, M. C. (Orgs.) Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: OPS/OMS, 1994.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.



## **APÊNDICE D – TEXTO “COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS”**

### **1ª OFICINA DE INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES DO SAMU E DA UPA 24h (CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE)**

#### **COMO FAZER E RECEBER CRÍTICAS**

A avaliação é uma das atividades mais significativas e orientadoras do processo ensino-aprendizagem. Considerando-a como uma atividade permanente e crítico reflexiva, permitem dar visibilidade as aprendizagens, devendo identificar avanços e detectar dificuldades para subsidiar a melhoria de processos, produtos e resultados.

A avaliação que fazemos sobre o desempenho de uma pessoa deve refletir o que pensamos e sentimos em relação a específica ação ou trabalho desenvolvido. A pessoa não deve ser o foco da avaliação e sim seu desempenho. Dessa forma, ao avaliarmos emitimos um juízo de valor sobre o impacto de uma determinada situação ou ação em relação ao conjunto de referencias que construímos ao longo da vida, o que revela a existência de um caráter subjetivo na avaliação. Ao invés de ser negado, esse caráter deve ser controlado e bem utilizado.

Ao avaliarmos “avaliamos e somos avaliados, continuamente, dentro e fora da escola, tanto formal como informalmente” (Depresbitereis, 1989). Na nossa cultura há uma dimensão punitiva e competitiva em relação aos produtos ou resultados avaliados que nos deixam de certo modo arredios e defensivos em relação as criticas. Na conceitualização da palavra crítica encontramos tanto um sentido ampliado de um em relação a totalidade a apreciação minuciosa e cuidadosa em relação a totalidade daquilo que é avaliado, como um ato de censura e condenação<sup>1</sup>. Reconstruir uma postura aberta e livre de medos no processo avaliativo requer a ressignificação do conceito de critica, segundo valores e critérios voltados a identificação e reflexão sobre os aspectos e elementos constitutivos de um determinado desempenho ou produção, considerando-se o contexto no qual se realiza a ação e a avaliação.

Nesse sentido, a intenção de quem avalia e as informações a partir das quais emitimos um juízo de valor necessita ser e em diferentes situações, devendo, também, ser democraticamente discutidas para que os critérios utilizados sejam validados.

O exercício de “Como Fazer e Receber Críticas” apresenta 10 (dez) critérios, igualmente relevantes e necessários para fundamentar a emissão de um juízo de valor e a realização de críticas, orientada a melhoria e a transformação das práticas. Esses critérios foram propostos no sentido de permitir uma reflexão crítica em relação a intenção, ao caráter subjetivo-objetivo e aos potenciais impactos causados pelo processo avaliativo.

<sup>1</sup> 1.Arte ou faculdade de julgar/examinar; 2.Analise de qualquer produção intelectual( de natureza artística, científicas literária, etc.). Apreciação minuciosa; 3. Discussão de fatos;; 4. Juízo crítico, discernimento, critério; 5.censura, condenação.

1. Objetivos:

- I- Conhecer os dez critérios considerados relevantes para um retorno efetivo.
- II- Conhecer diferentes perspectivas sobre o mesmo conjunto de critérios.
- III- Conhecer a valorização do grupo frente aos dez critérios de como fazer e receber críticas
- IV- Ampliar sua valorização em relação aos dez critérios visando um retorno efetivo.

2. Método:

Ao tomarmos contato com os dez critérios de “Como fazer e receber críticas”, a proposta para conhecê-los utiliza um recurso lúdico que deve ficar bem esclarecido, para que o participante compreenda a intenção educacional do exercício. O facilitador deve solicitar que cada participante, a partir do conjunto de dez critérios considerados relevantes para um retorno efetivo, pontue os cinco (5) critérios para os quais atribui maior valor na realização de uma avaliação, assinalando do primeiro ao quinto. Considerando que todos são relevantes, o exercício lúdico de escolher cinco (5) visa dinamizar as discussões. Após a pontuação individual, o facilitador deve solicitar que cada participante se manifeste (levantando a mão ou com outro código) de modo que seja registrado, uma tabela (ver exemplo abaixo), número de vezes que cada critério foi considerado pelos participantes como sendo o 1º, 2º, 3º, 4º, 5º mais valorizado. Além dessa consolidação, são importantes os registros de (I) Critérios não pontuados e dos (II) subtotais por critério (consolidação horizontal) e por relevância (consolidação vertical).

Tabela de consolidação dos critérios considerados mais relevantes pelos participantes.

<b>CRITÉRIO</b>	<b>1º</b>	<b>2º</b>	<b>3º</b>	<b>4º</b>	<b>5º</b>	<b>SUBTOTAL</b>
Cuidado	III					3
Atenção		III				3
Solicitação						
Especificidade			I			1
Objetividade			I			1
Afetividade						
Oportunidade			I			1
Direção				III		3
Confirmação						
Compreensão					III	3
<b>SUBTOTAL</b>						

Essa tabela pode ser construída em um álbum seriado (flip chart) ou num quadro (branco ou negro), visando uma maior visibilidade dos resultados consolidados para o grupo.

3. Materiais: Planilha para votação (anexo), flip chart ou quadro (branco ou negro) e pinceis ou giz.

#### 4. Discussões:

As consolidações parciais, tanto na somatória horizontal como vertical, os critérios mais votados, os menos votados e os nem votados refletem, de certo modo, uma tendência de como o grupo valoriza a crítica.

A depender do tempo destinado a esse serviço, o facilitador pode perguntar para que se identifiquem (levantando a mão), aqueles que votaram num determinado critério como o mais importante. O objetivo é pedir que aqueles votantes do critério considerado como sendo o 1º mais valorizado, devem explicar como consideraram este critério tão relevante. Utilizar a dinâmica do carrossel, orientando que cada manifestação não repete as explicações já apontadas e apenas acrescenta aspectos ainda não explicitados. Caso para um determinado critério, ninguém o tenha selecionado como sendo o primeiro mais valorizado, solicitar àqueles que votaram nele como segundo ou o terceiro, quarto e assim por diante, conforme a tabela de consolidação. Nessa rodada de explicações o facilitador devem favorecer aqueles que não se manifestaram, uma vez que é importante distribuir a palavra para que um número de pessoas se expresse. Essa estratégia permite que todos os critérios sejam revisitados, a partir de diferentes perspectivas, inclusive os não votados. Caso, o facilitador pode explorar exemplos houver menos tempo para a realização dessa atividade, o facilitador pode pedir

àqueles que votaram num determinado critério explicitarem qual palavra do texto que explica esse critério foi determinante para sua valorização.

Após as explicações do grupo, o facilitador pode explorar exemplos do cotidiano do trabalho e da vida ao problematizar os aspectos relacionados: à capacidade de escuta, ao diálogo entre objetividade - afetividade e à investigação de dificuldades não dimensionadas ou percebidas por aquele que faz crítica, esses exemplos podem favorecer a compreensão da dimensão e implicações de cada critério e estimular a dinâmica do exercício.

Explorar facilidades e dificuldades para fazer e receber críticas, para além dos critérios explorados pelo exercício, ajuda a compreender melhor o grupo para apoiá-lo na superação das dificuldades não dimensionadas. Nessa abordagem, a escuta deve ser aberta, acolhedora e suportiva especialmente por que avaliar e educar implica em “estar disponível para acolher cada participante no estado em que esteja e, a partir daí, pode auxiliá-los em sua trajetória de vida” (LUCKESI, 1996).

O exercício pode ainda, permitir a exploração dos conceitos de avaliação somativa - formativa e critério referenciada. Considerando-se um perfil de competência para o participante e para o facilitador, como um mediador do processo avaliativo que brevemente será registrados nos formatos de avaliação de desempenho. O resultado mais importante do exercício de como fazer e receber crítica é a possibilidade que ele traz de considerarmos outros olhares e perspectivas sobre os elementos constituídos de um retorno efetivo, tensionando a tendência inicial de valorização, observada por meio da tabela de consolidação, no sentido da ampliação do nosso sistema de valores e os critérios que utilizamos no processo avaliativo.

Modelo do formato do exercício “como fazer e receber crítica”.

Fazer e receber críticas é um dos mais significativos métodos para o acompanhamento do crescimento pessoal. Por ser uma ferramenta poderosa, aqueles que recebem críticas podem em determinadas situações sentirem-se injustiçados e até mesmo insultados por causa de inadequação ou inapropriado retorno (feedback). Se o retorno for dado corretamente, os participantes aprendem a fazer e receber críticas e com maior probabilidade poderão utilizar essas informações para um efetivo desenvolvimento profissional. Verifique e pontue os cinco (5) critérios que você considere os mais importantes para um retorno efetivo.

pontuação	Critério para um retorno efetivo
Cuidado	A crítica deve sempre ser feita com o máximo de cuidado. A intenção daquele que faz a crítica deve sempre ser de ajuda e suporte ao participante.
Atenção	Aquele que faz críticas deve ser, acima de tudo, um bom ouvinte. Deve mostrar-se preocupado com a pessoa e estar atento às suas respostas verbal e não verbal ao receber as críticas.
Solicitação	O retorno é mais efetivo quando avaliador solicitar. O participante que se mostra interessado em ouvir crítica estará provavelmente mais aberto a identificar as áreas que requerem atenção.
Especificidade	O bom retorno é específico e concreto. Conceitos vagos como “você abordou bem a dimensão da gestão, mas precisa melhorar na abordagem do cuidado à saúde” não permitem identificar no que o desempenho pode ser reforçado ou mudado.
Afetividade	O bom retorno deve ser mais do que uma simples constatação de fatos. Aquele que faz uma crítica deve expressar seus sentimentos para que o participante possa receber o impacto de seu desempenho.
Objetividade	O retorno composto de julgamentos exclusivamente subjetivos ou avaliações com tom acusador ou repressor provavelmente colocará as pessoas em posição defensiva. Embora todo julgamento seja um juízo de valor, neste caso deve ser realizado segundo bases claras, com coerência de critérios, descrevendo a situação tal como ela foi compreendida. Desta forma é possível que cada um chegue as suas próprias conclusões.
Oportunidade	O retorno mais útil é aquele oferecido na oportunidade que encontre a pessoa mais receptiva e que o desempenho ainda esta em sua mente. A oportunidade deve, ainda, possibilitar a correção ou melhoria do desempenho. O retorno não será útil se os pontos negativos forem sendo anotados e apenas comentados ao final do trabalho quando não há mais nada a ser feito.
Direção	O retorno deve ser dirigido aos comportamentos que podem ser mudados. A crítica efetiva deve focalizar as áreas de competência que podem ser melhoradas e sugestões de como fazê-lo podem ser apontadas os envolvidos. O retorno que abordar questões além do controle da pessoa são menos úteis.
Confirmação	Deve-se buscar em outras fontes a confirmação da percepção sobre um determinado desempenho do participante. O entendimento de uma determinada situação pode ser diverso, uma vez que todo julgamento incorpora juízos de valor e, neste sentido, outras perspectivas podem confirmar ou alterar uma determinada percepção.
Compreensão	Ao fazer as críticas deve-se assegurar que o participante compreendeu o retorno que foi feito. Deve-se buscar identificar qual foi o entendimento da pessoa a respeito do retorno oferecido.

Adaptado de Young, Don and Francis, Dave. Improving work groups: A practical Manual for Team Building. San Diego,CA: Pfeiffer & company, 1992

## APÊNDICE E – “SITUAÇÃO PROBLEMA”



### 1ª OFICINA DE INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES DO SAMU E DA UPA 24h (CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE)

#### ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - MÓVEL E FIXO

“Elos importantes de uma corrente pela vida”

#### **SITUAÇÃO PROBLEMA:**

As 18:00 horas de terça feira, o SAMU Metropolitano do Recife é indagado com alegação de estar sem viatura disponível, quanto a uma ocorrência em San Martim O SAMU também recebe a mesma solicitação para atender a um ciclista, vítima de atropelamento, após colisão com carro passeio na Av. General San Martim.

O médico regulador após receber as informações do solicitante, orienta o operador de frota a disparar uma unidade de suporte básico. De acordo com a localização geográfica do acidente, foi acionado as viaturas da base descentralizada do CEASA.

A socorrista da USB – 17 refere está em ocorrência desde as 16:30 da tarde e que acabara de chegar na Policlínica do Ibura depois de passar por duas Upas com Plantão fechado a USB 18 informou que sua maca ficou presa na UPA Ibura e estava a caminho do resgate de maca e sem condições de atender.

O Operador de frota aciona imediatamente a viatura mais próxima que fica na base sede do SAMU na Manoel Borba. A população recebeu a equipe com xingamentos devido ao atraso para o atendimento. O paciente encontrava-se sem documentos e sem acompanhante; com suspeita de fratura, varias escoriações e confusão mental.

O médico regulador de retorno, baseado no registro da enfermeira da regulação da noite anterior quanto da disponibilidade de oferta de clínica disponível da UPA 24h. Encaminha para UPA 24h B (um pouco mais distante), considerando que a UPA 24h A (mais próxima) esta com plantão restrito para SAMU e BOMBEIRO devido a super lotação.

Ao chegar na UPA24 h B, a equipe é informada que o médico vai atrasar uma hora e mais ou menos para chegar. Devido a hora a equipe solicita ao profissional que o acolheu deixar o paciente. A solicitação foi negada pois o mesmo está sem acompanhante.

A equipe informa o caso a enfermeira da regulação e ao médico regulador que orienta a equipe a informar que irá trocar de plantão e a nova equipe chegará em seguida para dar continuidade ao atendimento.

**OBJETIVO:**

No caso descrito, faça um Levantamento das dificuldades e Identifique no processo de trabalho multidisciplinar os problemas. Respondendo as perguntas oferecendo sugestões factíveis para a gestão do trabalho e da educação para aplicar como treinamento em serviço.

**PARA DISCUSSÃO:**

- 1- O que podemos fazer para minimizar ou reduzir os conflitos apresentados na situação problema?
- 2- Como o treinamento em serviço, pode ajudar a solucionar as diferentes etapas da situação problema?



## APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

**1ª OFICINA DE INTEGRAÇÃO DAS EQUIPES DO SAMU E DA UPA 24h  
(CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE)**

### AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

<b>QUE BOM !</b>

<b>QUE PENA!</b>

<b>QUE TAL!</b>

<b>SUGESTÃO:</b>

Recife, 16 de outubro de 2015