

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ROSANE MORTARI CICONET**

**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**

**Porto Alegre**

**2009**

**ROSANE MORTARI CICONET**

**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**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre**

**2009**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP**  
**BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

C568a Ciconet, Rosane Mortari

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 – [manuscrito] / Rosane Mortari Ciconet ; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2009.

145 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Orientação: Maria Alice Dias da Silva Lima

Inclui resumos em: português, espanhol e inglês.

1. Políticas de saúde 2. Enfermagem 3. Serviços de saúde - Urgência I.  
Lima, Maria Alice Dias da Silva II. Título

NI.M W84

Bibliotecário responsável: Rubens da Costa Silva Filho – CRB10/1761

**ROSANE MORTARI CICONET**

**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**

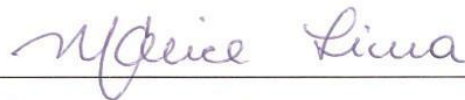
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovada em Porto Alegre, em 23 de novembro de 2009.

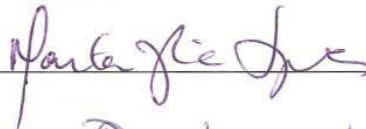
---

**Nome e assinatura da Banca Examinadora**

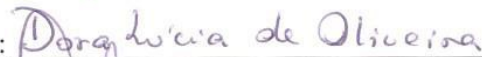
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima:  
Presidente – PPGENF/UFRGS



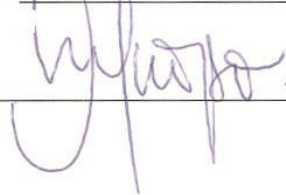
Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes:  
Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira:  
Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio:  
Membro - USP



Porto Alegre, 23 de novembro de 2009.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, pela sua competência, dedicação, pelo seu jeito respeitoso com meus limites, minhas preocupações e minha trajetória. Sou grata pelo convívio, pelo aprendizado, pelas trocas feitas e pela oportunidade de tê-la conhecido.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem, pelo ensino gratuito e de qualidade, proporcionando minha participação na vida acadêmica.

A todas as professoras do Curso de Mestrado, pelo trabalho na construção de novos saberes e pela motivação para novos desafios.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pela partilha e possibilidades de novas vivências e descobertas.

Às bolsistas Aline Marques Acosta e Kelly Piacheski de Abreu pela ajuda na coleta de dados e nas transcrições de entrevistas.

Às professoras Suely Deslandes, Dora Lúcia Correa de Oliveira e Marta Júlia Lopes pelas suas contribuições na banca do exame de qualificação, me instigando a muitas reflexões.

Aos meus companheiros e companheiras da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, com quem me lancei a lutar por uma política pública na área das urgências, por todo o aprendizado, pelas construções coletivas, por todos os sonhos que ainda sonhamos juntos.

Às coordenações do SAMU de Porto Alegre, que se sucederam durante o período do Curso de Mestrado, que possibilitaram o desenvolvimento do meu projeto, onde pude transcender da condição de trabalhadora para a de pesquisadora.

A todos os trabalhadores do SAMU de Porto Alegre, com os quais tenho convivido ao longo desses 14 anos de existência do serviço, onde lutamos, aprendemos e compartilhamos.

A eles, que são os verdadeiros atores nesse processo, dedico o produto desse estudo, com todo meu respeito e carinho.

A todos amigos e amigas que me motivaram e apoiaram para essa caminhada, em especial a Andrea Regner, Fátima Scarparo Cunha e Giselda Quintana Marques. À Giselda, pelo apoio a toda hora, pela partilha, por suas críticas e dedicação comigo.

Às minhas famílias, aos Mortari e aos Ciconet, com todas suas “ramificações”, que não são poucas, pelo apoio, pelas orações, por torcerem pelas minhas conquistas. Minha homenagem à minha mana Nilva e meu pai Alfredo que, embora tenham partido antes de verem essa conquista, sei que estão me iluminando sempre.

Aos amores da minha vida, meu marido Cesar, minhas filhas Marina e Isadora, pelo apoio incondicional, sempre compreendendo minha dedicação ao trabalho e me dando força nas muitas lutas e nos sonhos, me fazendo feliz e orgulhosa pela família que construímos.

A todos e todas,

Muito obrigada!

## RESUMO

Esse estudo tem, por objetivo, descrever a organização do atendimento pré-hospitalar, prestado pelas equipes de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre, em relação ao fluxo, encaminhamento e recepção nos serviços de saúde, identificando como se articulam as ações entre o médico regulador de urgência e as equipes de suporte básico. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de observação e entrevistas semi-dirigidas. O foco da observação foi sobre o trabalho das equipes de suporte básico do SAMU em relação à comunicação com o médico regulador de urgência, referente à passagem dos casos, às orientações de condutas no atendimento e no encaminhamento, aos serviços de saúde, dos pacientes atendidos por essas equipes. Os entrevistados foram os profissionais, que compõem as equipes de suporte básico (auxiliares e técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência), e médicos da central de regulação de urgência. Os dados obtidos foram classificados em estruturas de relevância e, posteriormente, agrupados em dois núcleos: a articulação do trabalho entre a regulação médica e as equipes de suporte básico do SAMU e o trabalho das equipes para além do APH móvel. No primeiro núcleo, aborda-se como a regulação se comunica com as equipes na passagem dos casos às quais estes são enviadas para atendimento, assim como em relação às orientações dadas às equipes na cena dos eventos e aos contatos com os serviços de urgência que recebem os pacientes encaminhados pelo SAMU. Constatou-se que as informações, dadas pelo médico regulador, carecem de detalhamento sobre as condições dos pacientes que serão atendidos pelas equipes de suporte básico, fazendo com que as equipes trabalhem com pouca preparação prévia ao evento. A recepção, nas portas de urgência, evidencia as dificuldades encontradas pela superlotação dos serviços. Nesse cenário, as equipes de suporte básico usam de suas relações interpessoais para garantir a acolhida dos pacientes. No segundo núcleo, abordam-se a articulação do trabalho em equipe e o desempenho dos profissionais do suporte básico em tratar situações que, a priori, fogem da classificação de risco iminente à vida. Os dados analisados revelam a importância do trabalho das equipes de suporte básico do SAMU, constituindo-se num dos pilares do serviço. Evidenciam, também, a estreita relação com a regulação médica, numa combinação de ações para o cuidado dos usuários que demandam o SAMU. Conclui-se pela necessidade de aprofundar as discussões sobre os processos de trabalho, tanto na relação interna do serviço quanto nas relações interinstitucionais com os serviços de saúde da cidade, na perspectiva de desenvolver um trabalho em rede, articulado e solidário.

**Descritores:** serviços de urgência; atendimento de emergência pré-hospitalar; suporte básico de vida; articulação; serviços médicos de urgência.

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem



## RESUMEN

Ese estudio tiene el objetivo de describir la organización del atendimento pre-hospitalario prestado por los equipos de soporte básico del Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia – SAMU 192 de Porto Alegre, en relación al flujo, encaminamiento y recepción en los servicios de salud, identificando como se articulan las acciones entre el médico regulador de urgencia y los equipos de soporte básico. Se trata de un estudio de caso, con abordaje cualitativo. La recolección de datos fue realizada por medio de observación y entrevistas semi-dirigidas. El foco de la observación fue acerca del trabajo de los equipos de soporte básico del SAMU en relación a la comunicación con el médico regulador de urgencia, referente al pasaje de los casos, a las orientaciones de conductas en el atendimento y en el encaminamiento a los servicios de salud de los pacientes atendidos por esos equipos. Los entrevistados fueron los profesionales, que componen los equipos de soporte básico (auxiliares y técnicos de enfermería y conductores de vehículos de urgencia), y los médicos de la central de regulación de urgencia. Los datos obtenidos fueron clasificados en estructuras de relevancia y, luego, agrupados en dos núcleos: la articulación del trabajo entre la regulación médica y los equipos de soporte básico del SAMU y el trabajo de los equipos más allá del APH – Atendimento Pre-Hospitalario móvil. El primer núcleo aborda las formas de comunicación entre la regulación y los equipos en el pasaje de casos que les son encaminados para atendimento así como en relación a las orientaciones dadas a los equipos en el sitio de los eventos además de los contactos con los servicios de emergencia que reciben los pacientes encaminados por el SAMU. Se constató que las informaciones dadas por el médico regulador carecen de detalles acerca de las condiciones de los pacientes, que serán atendidos por los equipos de soporte básico, de manera que los equipos trabajan con poca preparación previa al evento. La recepción, en las puertas de emergencia, evidencia las dificultades encontradas por la superpoblación de los servicios. En tal escenario, los equipos de soporte básico usan de sus relaciones interpersonales para garantizar la acogida de los pacientes. El segundo núcleo aborda la articulación del trabajo en equipo y el desempeño de los profesionales de soporte básico al tratar situaciones que, a priori, huyen de la clasificación de riesgo inminente a la vida. Los datos analizados revelan la importancia del trabajo de los equipos de soporte básico del SAMU, uno de los pilares del servicio. Evidencian, además, la estrecha relación con la regulación médica en una combinación de acciones para la atención a los usuarios que demandan el SAMU. Se concluye por la necesidad de profundizar las discusiones acerca de

los procesos de trabajo tanto en la relación interna del servicio cuanto en las relaciones interinstitucionales con los servicios de salud de la ciudad, en la perspectiva de desarrollar un trabajo en red, articulado y solidario.

**Descriptores:** servicios de urgencia; atendimento de emergencia pre-hospitalario; soporte básico de vida; articulación; servicios médicos de urgencia.

**Línea de investigación:** Políticas y Prácticas en Salud y Enfermería

## ABSTRACT

This study aims at describing the organization of the pre-hospital care delivered by the basic support crew of the Emergency Mobile Care Service (*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192*) of Porto Alegre, in relation to the flow, delivery and reception within the healthcare services, by identifying how actions between the emergency coordinator physician and the basic support crews are articulated. This is a case study with qualitative approach. Data collection was performed by means of observation and semi-oriented interviews. The focus of observation was the work of the basic support crews of SAMU regarding communication with the emergency coordinator physician, concerning information about addressing the cases, guidelines about attendance management, and patient delivery to the health services rendered by these crews. Interviews were carried out with the professionals that compose the basic support crews (nursing assistants and technicians and drivers of emergency vehicles) and the coordinator physicians from the urgency regulation center. The obtained data were classified into structures of relevance and, afterwards, grouped in two nuclei: the articulation of the work between coordinator physicians and basic support crews of SAMU and, the work of the crews beyond the mobile Pre-Hospital Care (PHC). The first nucleus approaches communication ways between the medical regulation and the basic crews which the cases are addressed to as well as regarding the guidelines given to the crews in the site of events besides the contacts with the emergency services received by the patients delivered by SAMU. It was found out that the information given by the medical regulation lacks details about the condition of the patients that will be cared by the basic support crews resulting that the crews work without enough previous preparation when attending an event. The reception, at the emergency services, evidences the difficulties met due to overcrowded facilities. Within this scenario, the basic support crews use their interpersonal relations to guarantee the patient reception. The second nucleus approaches the articulation of crew work and the performance of the basic support professionals in managing situations that, a priori, are not classified as an eminent life threat. The analyzed data reveal the importance of the work by SAMU basic support crews who constitute one of the pillars of the service. They also evidence a close relation with the medical regulation in a combination of actions towards the care rendered to the users that call for SAMU. The conclusion drawn appoints to the need of further discussions about the work processes concerning to internal relations of the service

and inter-institutional relations with other healthcare services from the city, in the perspective of developing an articulated and humanized healthcare network.

**Descriptors:** emergency services; pre-hospital emergency care; basic life support; articulation; emergency medical services.

**Research line:** Policies and Practices in Health and Nursing

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
2.1. Objetivo Geral	21
2.2. Objetivos Específicos	21
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>22</b>
3.1 Antecedentes históricos dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência	22
3.2 O SAMU 192 de Porto Alegre – os passos do início de sua trajetória	26
3.3 A organização da atenção às urgências no Brasil	30
3.4 A regulação médica das urgências e o atendimento prestado pelo SAMU	33
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	<b>38</b>
4.1 Caracterização do estudo	38
4.2 Local de estudo	38
4.3 Trabalho de campo	41
4.4 Análise dos dados	45
<b>5 A ARTICULAÇÃO DO TRABALHO ENTRE A REGULAÇÃO MÉDICA E AS EQUIPES DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU</b>	<b>47</b>
<b>5.1 A comunicação: elemento constitutivo do atendimento do SAMU</b>	<b>47</b>
5.1.1 A passagem dos casos da regulação para as equipes de suporte básico	51
5.1.2 As equipes de suporte básico na cena do evento e a orientação da regulação	61
5.2 O desfecho dos atendimentos feitos pelas equipes de suporte básico do SAMU	79
5.2.1 A chegada das equipes de suporte básico nas portas de urgência	79
5.2.2 O outro lado da moeda: a recepção das equipes de suporte básico na cena	107
<b>6 O TRABALHO DAS EQUIPES PARA ALÉM DO APH MÓVEL</b>	<b>115</b>
6.1 As outras tarefas das equipes do suporte básico	120
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para observação</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro para realização da entrevista semi-dirigida</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>145</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro de atenção às urgências vem apresentando avanços nos últimos anos em relação à definição de conceitos, à organização do sistema em rede e à incorporação de novas tecnologias, conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências, implantada pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2003 (BRASIL, 2006a).

Um dos aspectos importantes dessa política é que a população acometida por agravos agudos deverá ser acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde. Isso significa que todos os níveis deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento dos pacientes, de acordo com a complexidade dos serviços.

A organização da rede de atenção baseia-se nos princípios de hierarquia e regionalização. Tradicionalmente está previsto que o usuário acesse os serviços, preferencialmente, pela atenção básica, utilizando-se dos outros níveis (média e alta complexidade), de acordo com a complexidade e de forma referenciada.

Os componentes de atenção às urgências, em relação à organização de redes, estão classificados em pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixo, hospitalar e pós-hospitalar (BRASIL, 2006 a).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) representa o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. A implantação da Política inicia por esse componente, pois parte do pressuposto de que as centrais de regulação de urgência se constituem em elemento-chave para organização do sistema de urgência, uma espécie de eixo organizador da rede de saúde. As Centrais de Regulação de Urgência são observatórios privilegiados do sistema de saúde e elementos potenciais de organização dos fluxos da atenção às urgências. Além disso, são ferramentas importantes de inclusão e garantia de acesso universal e equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza (BRASIL, 2006b).

Houve muitos avanços com a instalação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, com progressos significativos em termos de qualidade da assistência. A implantação do SAMU, com centrais de regulação que organizam os fluxos com base na hierarquia de necessidades, tem trazido benefícios ao sistema de saúde brasileiro. Esse serviço trouxe um sub-sistema fundamental para salvar vidas, com eficácia comprovada em vários países do mundo (Minayo; Deslandes, 2008). Entretanto, a função ordenadora do SAMU não vem sendo operacionalizada, deixando de contribuir para organização do sistema de urgências.

As ações do SAMU são executadas por equipes de suporte básico e de suporte avançado, que asseguram a atenção no ambiente pré-hospitalar, a partir da regulação médica das urgências. As equipes de suporte básico são responsáveis pela maior parte dos atendimentos realizados pelo SAMU. Pereira e Lima (2006), em estudo realizado sobre ocorrências de trânsito, constataram que essas equipes realizaram 84,5% dos atendimentos. Dados que remontam o início do SAMU de Porto Alegre, já demonstravam que em torno de 86% das situações eram atendidas por essas equipes (JUNQUEIRA JUNIOR *et al.*, 1997; PEREIRA *et al.*, 2000).

As equipes de suporte básico cumprem um papel que, muitas vezes, parece extrapolar sua missão assistencial, pois agem como negociadoras nas portas de urgência, suprem lacunas da atenção básica de saúde, prestam atendimentos de saúde, que não se caracterizam, totalmente, como urgentes.

O atendimento do SAMU se desenrola em uma cadeia de responsabilidades, como elos de uma engrenagem, desencadeada a partir da regulação médica dos chamados demandados ao serviço. A regulação é a mola propulsora desta engrenagem, que se movimenta de forma interdependente: telefonistas que acolhem o pedido de socorro e desencadeiam o acesso ao serviço de saúde; médicos que atendem demandas por telefone e tentam buscar a melhor resposta para cada solicitação; profissionais de enfermagem que assistem o paciente a partir de prescrições à distância; condutores de veículos que, além de dirigirem a ambulância, participam das intervenções de saúde; operadores de rádio que são decisivos para um deslocamento conseqüente. Cada um com sua função, com a responsabilidade sobre parte do atendimento. Se houver prejuízo em alguma etapa, compromete o desenvolvimento, o funcionamento desta engrenagem. Necessita sincronia, do contrário, altera o conjunto da assistência.

A atuação das equipes na cena dos eventos depende do adequado desencadeamento do trabalho. O início dos fluxos, ainda no ambiente da regulação, que começam pela solicitação de socorro, são decisivos quanto à precisão do endereço da ocorrência, a correta informação sobre o que vai ser atendido. Essas informações interferem no tempo de chegada na cena e na acolhida no local. Uma boa regulação influencia sobre as condições de quem vai ser atendido, pois possibilita que a equipe saiba minimamente o que encontrará, organizando-se melhor para o atendimento. Por fim, a regulação é fundamental para um acolhimento favorável nas portas de urgência, para onde são encaminhados os pacientes.

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel possui uma conotação peculiar: envolve várias categorias profissionais, com práticas e saberes específicos, que se inter-relacionam intimamente, num fazer coletivo, cujo resultado depende de uma gama de atos desenvolvidos por cada um deles e por todos articuladamente. Conforme Pereira (2005) as ações são feitas por vários profissionais e não são determinadas por uma organização hierárquica. O conhecimento técnico é de domínio de todos, perpassa as diferentes categorias, respeitadas as especificidades, competências e responsabilidades de cada membro da equipe.

Profissionais com variadas formações, cumprem suas funções, atuando de forma integrada. Pode-se dizer que são protagonistas de um modelo de atenção à saúde, ainda em processo de consolidação, que exige um perfil capaz de congrega conhecimento e aptidões.

As equipes precisam estar preparadas para assistir qualquer tipo de agravo, seja clínico, traumático, obstétrico ou psiquiátrico e faixas etárias distintas. Esta é uma particularidade do SAMU e exige que os profissionais estejam aptos para uma variedade de casos. Além disso, as situações podem ocorrer em ambientes pouco favoráveis à equipe. Muitas vezes as condições dos locais se apresentam inseguras, de acesso e abordagem difíceis, o que prejudica o desfecho (THOMAZ; LIMA, 2000; VARGAS, 2006). Essa situação é corroborada por Pereira (2005) quando relata que, por vezes, as equipes ficam impedidas de contato com a central de regulação por problemas de comunicação via rádio ou em áreas tidas como vazios de transmissão, dificultando o atendimento, deixando as equipes a descoberto.

O APH móvel, entendido como uma das portas de entrada do sistema de saúde, tem como uma de suas funções, acolher e direcionar o usuário nos diferentes níveis de atenção, num sistema de referência e contra-referência organizado (FERNANDES, 2004). No entanto, sua função ordenadora carece de implementação, em decorrência da insuficiente articulação no sistema de saúde. Possivelmente porque o conceito de integralidade ainda esteja incipiente em sua aplicação na área de urgência, no sentido de estabelecer vínculos, interligar serviços, transversalizar a assistência a partir do atendimento dos agravos agudos.

O atendimento nos serviços de urgências é fortemente marcado pela atenção pontual da queixa-demanda-sinais e sintomas, não conseguindo estabelecer fluxos interserviços a partir das necessidades do usuário. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004) a integralidade reconhece a interdependência dos atores e organizações, uma vez que nenhuma delas dispõe de recursos e competência necessários para a solução dos problemas de saúde da população. Mattos (2004) diz que o princípio da integralidade talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Refere que a noção de integralidade tem sido usada como sinônimo



de acesso a todos os níveis do sistema de saúde. Chama a atenção para o acesso numa rede regionalizada e hierarquizada, bem como para a articulação assistencial, a partir de uma visão ampliada das necessidades do usuário.

Os autores citados instigam a refletir sobre a rotina nos serviços de saúde que evidencia que a atenção às urgências se dá de forma compartimentalizada. O preceito de ser assistido em qualquer nível do sistema não perpassa completamente na lógica de organização dos serviços. Ainda carece aprofundar e aplicar princípios básicos de acolhimento e resolubilidade, uma vez que o cenário é desorganizado, com fluxos frágeis e desordenados.

Os serviços de pronto atendimento e hospitais com portas de urgências atendem parcela de situações que poderiam estar sendo acolhidas em outros níveis de atenção, especialmente naqueles casos de pequena complexidade. As unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família que deveriam atender essas situações, são limitadas para o manejo destes pacientes, por razões que vão da insuficiência material e de pessoal habilitado, necessitando, na maior parte das vezes, encaminhar seus pacientes para outros serviços de maior complexidade (BRASIL, 2006b).

Os pedidos de socorro expressos pela população, nem sempre compatíveis com a natureza do serviço, são, por vezes, de difícil avaliação para o médico regulador. A falta de precisão nas informações prestadas pelos solicitantes resulta em dificuldades para que o médico regulador tome uma decisão acertada quanto ao envio do recurso.

O resultado do trabalho das equipes depende, em muito, de fatores que vão além das habilidades técnicas, emocionais e responsabilidades individuais de cada um de seus membros. Depende, substancialmente, da articulação e organização do sistema de saúde, de forma a garantir acolhimento e resolubilidade, numa cadência de cuidados entre as diferentes estruturas.

Neste cenário, profissionais do SAMU desenvolvem seu trabalho, buscando encaminhar o usuário ao serviço mais preparado para atendê-lo e procurando cumprir as diretrizes da regulação médica das urgências, conceituada como elemento ordenador e orientador do sistema de saúde. A regulação das urgências organiza a relação entre os serviços, qualifica o fluxo de pacientes no sistema, acolhe e classifica os pedidos de socorro, respondendo conforme hierarquia de necessidades do usuário, procurando inseri-lo no sistema da melhor forma possível, de acordo com estas necessidades (BRASIL, 2006b).

Embora as diretrizes, os conceitos e funções da regulação médica das urgências estejam claros e perfeitamente consoantes com os princípios do SUS, a execução enfrenta várias dificuldades. Uma delas é sobre o reconhecimento do papel do médico regulador de

urgência. Segundo Brito (2005) pouco se avançou neste reconhecimento, afirmação corroborada pela RBCE (2005) quando reivindica, em um de seus relatórios, que seja melhor explicitada a função de autoridade pública do médico regulador de urgência junto aos gestores e serviços. A regulação médica é frágil na interlocução com os serviços, pois o médico regulador, em razão das insuficiências do sistema, não desempenha seu papel na concepção plena da função. Na verdade, exerce uma permanente negociação com as portas de urgência, com pouca ascendência sobre elas, necessitando negociar o aceite dos pacientes encaminhados, fato este identificado por Pereira (2005) e corroborado por Deslandes (2007a).

Como consequência, existem restrições no acolhimento pelos serviços de saúde dos pacientes destinados pelo APH móvel. Essas restrições acarretam uma série de prejuízos que repercutem em todos os envolvidos no atendimento de determinada situação: a equipe do SAMU, o paciente e seus familiares, os profissionais das portas de urgência e gestores de ambos os lados. Este cenário nada mais é do que o reflexo da desarticulação de um sistema que carece de mecanismos estruturados de referência e contra-referência e os diferentes níveis de atenção não dão conta de responder às demandas de sua responsabilidade (BRASIL, 2006a).

Estudos focados no diagnóstico e avaliação de serviços de urgência, realizados por Deslandes *et al.* (2007b) e O'Dwyer *et al.* (2008), respectivamente, mencionam que os hospitais identificam o SAMU como mensageiro de dificuldades para as instituições. Deslandes *et al.* (2007b) relata que os profissionais do SAMU são vistos como “*aqueles que vêm trazer problemas*”. São estigmas comuns de serem ouvidos na maior parte dos lugares, em diferentes regiões do país, ditos desta forma: SAMU cria novas demandas; gera sobrecarga para as instituições; encaminha pacientes com necessidades incompatíveis com a natureza do serviço; o SAMU não distribui os pacientes, leva-os sempre ao mesmo hospital. Afirmações desse tipo, associadas às unidades de urgência superlotadas, expressam inconformidade quanto ao encaminhamento dos pacientes e geram dificuldades para as equipes, tanto para quem encaminha quanto para quem recebe.

Por consequência, a receptividade nos serviços às equipes do SAMU nem sempre se mostra acolhedora. Relatos constantes da falta de diálogo e respeito entre os profissionais, de atitudes entendidas como represália, prejudicam o andamento do trabalho. Segundo Deslandes (2007b), os profissionais usam de sua rede pessoal de conhecimentos para que o paciente seja aceito, evitando a peregrinação na busca de atendimento. Alguns evitam trocar seu dia de plantão, pois antevêm o que pode acontecer se os contatos forem perdidos com os colegas facilitadores no sistema, os que aceitam receber pacientes sem maiores restrições. Essas

atitudes refletem o resultado de pactuações frágeis entre os gestores, onde os compromissos e acordos assumidos em reuniões nem sempre vinculam às instituições e não se transformam em protocolos institucionais e fluxos operacionais. Concordando com Deslandes (2007b) tem-se observado que os vínculos de coleguismo se sobrepõem à organização dos serviços, já que, muitas vezes, a dinâmica do trabalho se altera, dependendo do plantonista, independente da rotina da instituição. Ainda que esta prática seja benéfica tanto para os profissionais quanto para os pacientes, pois facilita o acolhimento, por outro lado compromete a organização dos fluxos, uma vez que estes se modificam conforme a compreensão dos profissionais, provocando solução de continuidade e descumprimento dos acordos institucionais.

Como cabe à equipe de suporte básico realizar a maioria dos atendimentos, também lhe cabe assumir a interlocução na porta de entrada e negociar a entrada do paciente, conforme constatado por Pereira (2005) e por Deslandes (2002), que relatam que são os profissionais que, muitas vezes, precisam resolver individualmente, o acolhimento dos pacientes, que deveria estar articulado, do ponto de vista técnico e administrativo. São situações geradoras de desgaste, tanto em relação aos médicos reguladores quanto às equipes de suporte básico, que se expõem a recepções pouco acolhedoras. Os confrontos existentes provocam mais tensão no trabalho, fazendo com que os profissionais sintam-se pouco reconhecidos pelo que fazem, fato também constatado por Deslandes (2002).

Bruck (2007) relata que não é raro que os serviços questionem os motivos dos encaminhamentos feitos pelo SAMU. No cotidiano do trabalho, estes questionamentos, percorrem extremos: ora os serviços criticam o envio de situações que envolvem pacientes que, teoricamente, não têm as mínimas possibilidades terapêuticas; ora são de gravidade complexa demais ou, ao contrário, não implicam em casos graves, provocando rechaço, para mais ou para menos, a depender da expectativa que os profissionais das portas de urgência têm em relação à clientela que irão receber.

As equipes de suporte básico convivem diariamente com as dificuldades de acesso, produto dos serviços de urgência superlotados, com demandas das mais variadas, fatos constatados por O'Dwyer *et al* (2008), o que pode ser um dos motivos geradores de inconformidade na recepção da clientela encaminhada pelo SAMU.

Assim, as equipes de suporte básico, pilares no funcionamento do SAMU, enfrentam problemas impostos pelas dificuldades do sistema de saúde, pelos limites da regulação médica das urgências, por cuidados que por vezes parecem extrapolar sua capacidade de respostas. Estas situações denotam descompasso entre as necessidades do usuário e a oferta das respostas para essas necessidades.

A partir desse contexto, levantamos alguns questionamentos sobre o trabalho dessas equipes: como se desencadeia o fluxo do atendimento realizado pelas equipes de suporte básico, a partir da regulação médica das urgências? Como se articulam as atividades do regulador e das equipes de suporte básico do SAMU? Como as equipes de suporte básico interagem com o usuário e os serviços? Como os pacientes são recebidos nos serviços de saúde para os quais são encaminhados?

A compreensão sobre o trabalho realizado pelas equipes de suporte básico, poderá contribuir para a qualificação do componente pré-hospitalar móvel, oferecendo subsídios tanto para a reorganização dos serviços, quanto para o aprimoramento na formulação de políticas públicas na área das urgências.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a organização do atendimento prestado pelas equipes de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Porto Alegre, a partir da regulação médica das urgências.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Descrever a organização do atendimento prestado pelas equipes de suporte básico do SAMU, em relação ao fluxo, encaminhamento e recepção na cena e nos serviços de saúde.
- Compreender como a regulação médica e as equipes de suporte básico do SAMU interagem no desenvolvimento do trabalho e na destinação dos pacientes aos serviços de saúde.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Antecedentes históricos dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência**

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 foram normatizados no Brasil, a partir de 2003 e caracterizam-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que os eventos ocorrem, garantindo atendimento precoce e adequado no ambiente pré-hospitalar e acesso ao Sistema de Saúde. Estes serviços são concebidos como atribuição da área da saúde, vinculados a uma central de regulação, com equipes e frota de veículos para atendimento, compatíveis com as necessidades de saúde da população, em limite municipal ou regional, conforme os planos de atenção nesta área (BRASIL, 2006a).

O modelo adotado no Brasil tem sua origem baseado no atendimento pré-hospitalar francês. Segundo Deslandes (2002), muitos países adotaram estratégias que mesclam características dos modelos americano e francês.

Na França, o APH tem sua origem em 1792, quando Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão utiliza uma ambulância para fazer chegar atendimento precoce às vítimas de combate, ainda na cena da batalha, pois observou que isto aumentava as chances de sobrevivência dos combatentes (BRASIL, 2006b).

Por volta do ano de 1960 o sistema francês estrutura-se com equipes móveis se deslocando para o atendimento nas cenas dos eventos, assegurando o socorro medicalizado nas situações de acidentes de trânsito e transferências inter-hospitalares de doentes. Em 1965, um decreto interministerial cria os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), ligados aos hospitais. Os SAMU (Serviços de Ajuda Médica de Urgência) são criados em 1968 a fim de coordenar as atividades dos SMUR, através de centros de recepção e regulação das chamadas - os Centros 15, acolhendo os chamados com um número específico para a saúde. Anos mais tarde, em 1986, é publicada a lei que regulamenta o SAMU na França (BRASIL, 2006b; FERNANDES, 2004).

O modelo americano, que se fortaleceu também em meados de 1960, é operado por profissionais não médicos, intitulados paramédicos, subdivididos em quatro categorias profissionais, cujas ações variam de acordo com o grau de conhecimento destes, que são autorizados a realizarem diferentes procedimentos e atividades, conforme a categoria a que pertencem e a protocolos previamente estabelecidos (BRASIL, 2006b).

No Brasil, por volta de 1990, em diversos estados brasileiros, foram criados serviços de APH móvel, operados por bombeiros militares. O Corpo de Bombeiros teve atuação histórica nesta área, em cidades como Curitiba, São Paulo e Distrito Federal (DESLANDES, 2007a). Estas iniciativas refletem a lacuna deixada pela área da saúde em relação à organização de serviços de APH de sua responsabilidade, fazendo com que os policiais militares do Corpo de Bombeiros organizassem a resposta para estas necessidades. (BRASIL, 2006b). Esses serviços, apesar de prestarem atendimento adequado às vítimas, tiveram debilidades em relação a um conceito mais amplo de sistemas de urgência, fazendo com que os pacientes graves chegassem às unidades hospitalares, sem que essas estivessem preparadas para o atendimento (FERNANDES, 2004).

Os modelos iniciais voltados principalmente para o atendimento de agravos decorrentes das chamadas causas externas. Talvez isto justifique o perfil dos serviços que foram sendo criados inicialmente no Brasil, com tendência marcada para o atendimento do trauma, em que pese que a prevalência dos atendimentos seja, na maior parte das cidades brasileiras, constituídas pelos agravos clínicos (FERNANDES, 2004; CABRAL, SOUZA; 2008).

Nesta mesma época, foi estabelecida a cooperação técnico-científica franco-brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França. Inicialmente formuladas baseadas no modelo francês de atendimento, centrado no médico regulador de urgência, mas com adaptações brasileiras, cujas equipes contam também com profissionais de enfermagem para as intervenções de menor complexidade (BRASIL, 2006b).

Em Porto Alegre, em meados de 1992, foi implantado o serviço de APH, pois se pretendia intervir nas causas externas, que, na época, ocupavam o primeiro lugar na mortalidade da população entre 5 a 49 anos de idade e a quarta causa na mortalidade geral no município (OLIVEIRA; CICONET, 2003).

O serviço tinha como objetivo qualificar o atendimento e assegurar melhor atenção às vítimas de agravos por estas causas. O resultado desta iniciativa foi a criação do Programa denominado Anjos da Guarda, que serviu para implementar os trabalhos iniciados anteriormente, em dezembro de 1988, pelo Grupamento de Atendimento de Emergência (GAE) do Corpo de Bombeiros (PEREIRA, 2005). Foi estabelecido convênio entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Corpo de Bombeiros, com objetivo de prestar o APH principalmente nas situações de trauma, na via pública, por bombeiros treinados.

O Corpo de Bombeiros era responsável por prover os recursos humanos necessários para compor as equipes do programa. À SMS cabia a manutenção do serviço, tais como

aquisição das ambulâncias, de materiais e insumos, combustível, equipamentos e a capacitação dos profissionais (OLIVEIRA; CICONET, 2003). A capacitação transcorreu durante um período de aproximadamente 10 meses, realizada por técnicos da SMS e de outros serviços da cidade que foram convidados a colaborar, preparando bombeiros para atuarem no APH móvel. Os critérios para ingresso no serviço eram, além da formação de bombeiro, estar habilitado como auxiliar de enfermagem.

Os chamados da população eram acolhidos pela central de operações do Corpo de Bombeiros, através do número 193, que respondia, também, pelos chamados de combate ao fogo. A cada chamado correspondia o envio de uma ambulância preparada para realizar o suporte básico de vida e tripulada por profissionais da corporação.

O Programa Anjos da Guarda operou, durante 3 anos, até o momento em que o SAMU foi inaugurado, em 1995. Havia expectativa que esse programa se integrasse na regulação, o que não foi totalmente efetivo, em função das dificuldades inerentes à adoção de um novo modelo, com migração de responsabilidades para a área da saúde. A pactuação entre os dois serviços mostrou-se frágil, por dificuldades de entendimento quanto à lógica da regulação médica e com certa resistência, por parte dos Bombeiros, em adequar-se à mesma. Esse cenário coincide com o descrito por Deslandes *et al.* (2007a), também para outras cidades brasileiras. O programa seguiu atendendo, mas apresentou diminuição paulatina das chamadas, uma vez que a população da cidade rapidamente reconheceu o papel do SAMU e passou a acionar o 192. Além disso, outros fatores como insuficiente apoio legal, material e financeiro, conforme descrito por Pereira e Lima (2009) foram responsáveis pela perda do espaço antes ocupado pelo Corpo de Bombeiros.

Em dezembro de 1993, o Ministério da Saúde brasileiro realiza um seminário internacional de atenção às urgências e apresenta aos gestores municipais e estaduais uma proposta de cooperação técnica com o Ministério de Saúde francês, na área das urgências pré-hospitalares. Iniciou-se, a partir daí, uma reestruturação dos modelos vigentes. Passam a ser discutidos conceitos como medicalização, regulação médica das urgências, incorporação de profissionais da saúde no APH, e toma-se, para a área da saúde, a responsabilidade de organizar e gerir o sistema, através de pactuações com outros segmentos atinentes à área da urgência.

A SMS de Porto Alegre adere a essa proposta e começa a trabalhar neste sentido. Iniciam-se missões de cooperação entre os dois países. Estabelece-se cooperação técnica com a cidade de Lille, situada no norte da França, e trabalha-se para a constituição do SAMU. Inicialmente leva o nome de Serviço de Assistência Médica de Urgência para, mais tarde, por



ocasião da publicação das portarias ministeriais, modificar o nome, adequando-se às exigências do Ministério da Saúde para integrar a Rede Nacional SAMU 192. As adequações exigiam, além da adoção do nome – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a transformação do *lay out* das ambulâncias e dos uniformes usados pelas equipes, que passam a ter um padrão nacional, adotado por todos os SAMU habilitados no país, a partir de setembro de 2003.

As missões de cooperação previam o intercâmbio técnico entre as cidades de Lille e Porto Alegre. Durante quatro anos aproximadamente aconteceu o intercâmbio, sendo que a SMS de Porto Alegre enviou cinco técnicos (três médicos e duas enfermeiras) para capacitarem-se no SAMU de Lille entre 1994 e 1998 e recebeu várias missões francesas entre 1994 e 2000, inicialmente para a capacitação das equipes e, na seqüência, para o acompanhamento do trabalho desenvolvido.

Os técnicos franceses (médicos e enfermeiros) aportaram orientações acerca do modelo francês para que os porto-alegrenses fizessem as adaptações necessárias, adequadas à realidade sanitária brasileira (BENAMEUR, 2001).

Esses passos foram fundamentais para a apropriação de novas práticas, para a discussão de necessidades, incorporação de novas tecnologias e saberes. Acima de tudo, permitiram a busca de informações estratégicas na construção de alicerces para instalação de um modelo próprio, consoante com a realidade e necessidades locais.

No marco da inauguração do SAMU de Porto Alegre, em novembro de 1995, durante o 1º Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar em Urgências e Traumas, inaugurou-se a Rede 192 (RBCE, 2005). Foi formada por profissionais preocupados com a organização da atenção pré-hospitalar móvel e motivados pela cooperação técnica francesa que havia iniciado recentemente no Brasil, apoiando iniciativas em várias cidades do país. À medida que o trabalho desta Rede avançou, houve a necessidade de implementar as discussões para além do APH móvel, pois era preciso olhar o sistema como um todo: impossível pensar a urgência em um componente apenas, sem articulação com outras esferas, outros atores, com visão restrita ao atendimento na cena dos eventos. Para isso, a Rede recebeu nova denominação e passou a chamar-se Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, que seguiu na discussão e aprofundamento das questões do sistema de urgência, colaborando na construção de conceitos para a definição de políticas públicas nesta área.

A RBCE protagonizou vários momentos, como descreve Fernandes (2004): em 1997 Campinas - SP sedia o III Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar; em 1998 Sorocaba – SP realiza a Reunião Paulista da RBCE para discussão das políticas do estado de

São Paulo. Também em 1998, a RBCE trabalhou intensamente junto ao Conselho Federal de Medicina para a regulamentação da regulação médica, resultando na publicação do Parecer 1529/98 do CFM. No ano de 2000, é realizado o IV Congresso da RBCE em Goiânia, sob o título “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Emergências”, demarcando um momento importante, pois a RBCE, a partir daí, começa a participar ativamente, convidada pelo Ministério da Saúde, a agregar-se nos trabalhos de formulação da política pública das urgências, colaborando na publicação da série de portarias sobre o tema (BRASIL, 2006b).

Vários têm sido os movimentos desta Rede na elaboração e implementação de políticas públicas na área de urgência, que segue trabalhando para a consolidação e qualificação dos conceitos emanados das diretrizes.

Sua atuação tem sido marcada por buscar influenciar os espaços de decisão, notadamente do Governo Federal, mas também dos Estados e Municípios nos processos de pactuação do SUS, em torno à construção de respostas ordenadas às situações de urgência, de forma universal, integral e produzindo equidade social, evitando descontinuidades na política pública (RBCE, 2005). O Congresso da RBCE realizado em Brasília – DF, apoiado pelo próprio Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, em setembro de 2005, sobre o tema “Da definição de políticas à prática: desafios atuais para a implantação da atenção integral às urgências no Sistema Único de Saúde do Brasil”, reforça a preocupação dos profissionais das urgências consolidarem princípios e convoca gestores, trabalhadores das urgências e o controle social a perseguirem questões ainda pendentes, na garantia da saúde como direito e na defesa dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RBCE, 2005). Os Congressos realizados em Niterói – RJ e Natal - RN, respectivamente em 2006 e 2007, impulsionaram essa determinação e chamaram atenção para a luta contra a banalização do sofrimento da população nos serviços de saúde e pela profissionalização da atenção.

Embora as urgências sejam um espelho do sistema de saúde, ainda carecem avançar como ponto chave da atenção e porta de entrada no SUS (RBCE, 2005). A área das urgências representa um desafio importante a ser enfrentado com uma proposta de ação integral, que não envolve apenas o sistema de saúde, mas congrega outros atores sociais necessários a dar concretude à política trans-setorial (Brasil, 2006b).

### **3.2 O SAMU 192 de Porto Alegre – os passos do início de sua trajetória**

O SAMU de Porto Alegre passa a existir a partir de decisões político-administrativas da gestão municipal que entendia, na época, a importância de qualificar a atenção às urgências

através da reorganização de fluxos e definição de grades de referência consensuadas entre os diferentes prestadores da atenção à saúde na cidade.

As primeiras medidas foram em 1994, referentes à definição da localização do SAMU, que nasce dentro do Hospital de Pronto Socorro, constituindo-se como estrutura funcional e física do hospital. Somente no ano de 2000 é que passa a compor formalmente o organograma do HPS, pelo Decreto 12.846/2000 (PORTO ALEGRE, 2000).

Outra medida fundamental foi a instituição do Comitê Gestor de Urgências da cidade, formado por representantes das direções de hospitais públicos, hospitais conveniados ao SUS e Conselho Municipal de Saúde, com a intenção de estabelecer pactuações necessárias para o bom funcionamento do sistema. Essa iniciativa foi pioneira, pois agregou as instituições numa lógica de participação e integração, onde todos tinham assento para discutir as melhores práticas e definições para os fluxos das urgências. Várias reuniões com as direções dos hospitais de Porto Alegre se sucederam. As pautas versavam sobre a vocação de cada serviço e sua capacidade instalada, as lacunas existentes na atenção e a busca de soluções para as dificuldades existentes. O termo de Adesão ao Comitê Gestor foi, assinado, em janeiro de 1995, antecedendo a inauguração do SAMU. Estabelecia, a partir de então, que os hospitais teriam responsabilidades no acolhimento dos pacientes destinados pelo SAMU, assim como direito a dispor de transporte medicalizado para suas instituições, no momento que necessitassem transferir pacientes em estado crítico, realizado pelas ambulâncias avançadas do SAMU. Essas medidas iniciais serviram como uma espécie de exercício para afinar a parceria com as instituições membros do Comitê, bem como qualificar o transporte de pacientes graves, uma vez que a maior parte dos hospitais carecia de infra-estrutura material e humana e, por isso, terceirizavam esse tipo de serviço ou improvisavam transportes.

Paralelo a isso, técnicos da SMS trataram de elaborar as bases operacionais para o serviço. Esse trabalho constituiu-se num desafio importante, pois tudo era novo e era necessário adaptar, conhecer, criar novas diretrizes de trabalho até então desconhecidas. Nesse sentido a cooperação técnica com a França teve papel de destaque, pois ofereceu subsídios fundamentais para a organização do trabalho. Todos os movimentos, desde o recrutamento de profissionais para atuar na nova área, à definição de especificações técnicas para veículos, vestuário, materiais compatíveis para o ambiente pré-hospitalar, tiveram que ser planejados. E mais do que planejados, serviram como um aprendizado, dia após dia, sobre como incorporar tecnologias pouco usuais até então. Como especificar desfibriladores, respiradores, maletas de materiais e medicamentos que pudessem ser levados ao encontro do paciente, dentro de sua casa, na via pública? Comprar materiais para a beira de um leito

hospitalar era habitual. Difícil era adaptar para um ambiente extra-hospitalar, para ser carregado por dois ou três profissionais até o interior dos domicílios. Como constituir o sistema de comunicação, pelo 192, de forma a torná-lo operacional, ágil e acessível a todos moradores da cidade?

Várias foram as tentativas, acertos, equívocos e o serviço foi tomando forma, constituindo-se em um novo modo de atenção, que passava a ser incorporado na rede de saúde de Porto Alegre. Se, por um lado, a organização dos recursos materiais representou desafios, de outro estava, talvez, o maior deles: a constituição do quadro de pessoal do serviço. Foram intensas as discussões acerca do perfil esperado para compor o grupo e como prepará-los para a nova área de atuação. Os movimentos para formar o quadro funcional foram árduos, pois era necessário cuidado para garantir o perfil adequado, evitar frustrações com o trabalho e torná-lo motivador. Esses pontos chamavam a atenção pois os profissionais não tinham vivência acumulada suficiente. Trabalhar no APH significava uma prática diversa daquela em que os profissionais estavam habituados: entre seus muros, protegidos, de certa forma, pela instituição, atuando, em sua maior parte, em áreas específicas de cuidados: neurologia, traumatologia, politraumatizados. Atuar no SAMU significava mudar alguns paradigmas e aventurar-se para novas práticas, novas experiências, lançar-se numa área desconhecida, ser polivalente do ponto de vista técnico. Em que pesem todas as dúvidas e dificuldades, o grupo foi se constituindo, fortalecendo-se em conhecimento técnico, descobrindo novas formas de fazer. Alguns desistiram por não se identificarem com o tipo de trabalho e outros tantos persistiram e fizeram do SAMU um serviço reconhecido em qualidade que pode auxiliar, junto ao Ministério da Saúde e à RBCE, na constituição de novos SAMU no Brasil.

Outro grande desafio na implantação foi organizar a regulação médica das urgências. O início das discussões sobre essa prática aconteceu, basicamente, pela cooperação francesa. Os conceitos que os técnicos franceses aportaram, foram bem compreendidos. No entanto, aplicá-los, onde não havia qualquer normatização sobre isso, era motivo de muita preocupação.

Nesse sentido o papel da RBCE foi fundamental, pois procurou junto ao Conselho Federal de Medicina e provocou a necessidade de normatizar o papel do médico regulador de urgência. Nasce, então, a Resolução 1529/98 do CFM, formulada com a participação de médicos de diferentes lugares do país, preocupados com a função, entre eles, profissionais de Porto Alegre que contribuíram nessa elaboração. Segundo Pereira (2005), essa Resolução antecedeu as portarias, a ponto do Ministério da Saúde ter aprovado na íntegra o texto da Resolução, compondo a primeira Portaria que normatizava as urgências.

A regulação médica em Porto Alegre iniciou nos moldes usados até hoje, exceto em relação a algumas tecnologias. Começou com uma central de regulação que dispunha exclusivamente de sistema de telefonia e rádio-comunicação, com registros impressos e manuscritos. Embora ainda não houvesse exigência para tanto, uma vez que não existia normatização sobre a regulação, havia a preocupação quanto à gravação contínua das chamadas. Vários anos de trabalho foram necessários para informatização do sistema e garantir, o que a partir de 2002 se transformou em exigência, que todas as comunicações feitas ao 192 fossem gravadas, para proteção do profissional e do usuário. A gravação das chamadas respalda o regulador, o receptor e solicitante, tanto no registro claro e correto das informações, quanto na tomada de decisões no trato dos pacientes (BRASIL, 2006b). Essa normativa pode ser cumprida em junho de 2004, após exaustivos trabalhos para aquisição de meios que respondessem às necessidades da central de regulação. Mais um desafio vencido: definição de um modelo de software que garantisse os princípios de acesso, funcionamento ininterrupto, gratuidade, agilidade nos fluxos de trabalho dentro da central e comunicação plena entre a central e todas as equipes distribuídas na cidade. Foram muitas as tentativas e negociações até que se logrou êxito com uma empresa que, entendendo a dinâmica do trabalho, produziu a tecnologia compatível necessária ao serviço. Migrar de um sistema manuscrito para o registro informatizado, idealizado por muitos, não foi um exercício simples como se imaginava. Foi preciso vencer resistências no uso de uma nova tecnologia, treinar pessoal pouco familiarizado com informática, enfim, novamente incorporar novas práticas no trabalho.

As iniciativas para incorporação de novas necessidades foram sendo buscadas com afinco, pois os recursos financeiros para manutenção do serviço eram exclusivos da municipalidade.

Com o apoio dos profissionais que compunham o serviço, seus gestores e o controle social, o SAMU tratou de perseguir inovações: a instalação de desfibriladores automáticos externos, incorporados a todas as unidades de suporte básico no ano de 2004, foi uma conquista capitaneada pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre que imprimiu esforços na busca de recursos extra-orçamentários para a qualificação da assistência pré-hospitalar.

O CMS foi protagonista na expansão do serviço em Porto Alegre, em conjunto com o Orçamento Participativo. O OP havia sido implantado em Porto Alegre, pelo governo municipal, em 1989. Caracteriza-se por um processo pelo qual a população decide a aplicação de recursos em obras e serviços que serão executados pela administração municipal. Segundo

Furtado (2008), as demandas da população são fortemente disputadas, num quadro de carências de infra-estrutura urbana e de atendimento de serviços públicos. As obras e serviços demandados se inserem nas políticas de caráter redistributivo, na medida em que priorizam a alocação de recursos para as populações mais excluídas da cidade. Nessa perspectiva, através das reuniões plenárias do OP, por demanda da população organizada, unidades do SAMU foram sendo ampliadas,

Com o passar do tempo e a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2003, o serviço precisou adequar-se em relação à cobertura na cidade, expandindo suas equipes e implementando seu funcionamento, adequando-se às determinações em relação aos padrões visuais definidos pelo Ministério da Saúde. Feito isso, passava a ser habilitado, incorporado à Rede Nacional SAMU 192 (BRASIL, 2004) e a receber recursos de custeio que, por definição, seriam de responsabilidade tripartite.

Desde então, o SAMU segue cumprindo seu papel, na composição da rede de urgências do município de Porto Alegre.

### **3.3 A organização da atenção às urgências no Brasil**

A publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências demarca um momento importante na organização do sistema de saúde do Brasil. A ausência de uma política, até 2003, talvez possa justificar os motivos das urgências terem sido tratadas de modo episódico, somente a partir de projetos e programas, como se operassem como sistemas próprios, à margem das instituições.

Segundo Santos (2003), apesar dos avanços recentes, a área de urgência ainda reúne muitas das fragilidades encontradas no SUS. O autor reforça a necessidade da estruturação de redes habilitadas, hierarquizadas e articuladas, de forma a firmar princípios da universalidade de acesso, da equidade na alocação de recursos e da integralidade da atenção.

Esses princípios norteiam as disposições do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS 2048 de novembro de 2002), reiterado em 2003, na implantação da PNAU.

A Portaria GM/MS 2048 estabelece princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde. Classifica os

componentes da atenção às urgências em pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel e hospitalar, caracterizando-os, conferindo-lhes atribuições e responsabilidades e definindo as necessidades relacionadas a recursos humanos, recursos físicos e organização assistencial que cada um, de acordo com seu nível, deverá atender (BRASIL, 2004).

O componente pré-hospitalar fixo é formado pelas Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, cuja função prevê a assistência, num primeiro nível de atenção, a portadores de quadros agudos de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, compatíveis com a complexidade destes serviços. Ainda fazem parte desse componente as unidades não hospitalares de atendimento às urgências, comumente conhecidas como pronto-atendimentos (PAs). São estruturas de complexidade intermediária que funcionam 24 horas, consideradas como entreposto de estabilização de pacientes críticos, com leitos de observação e potencial de complacência para demanda que se dirige aos pronto-socorros hospitalares (BRASIL, 2004).

O componente pré-hospitalar móvel é constituído pelo SAMU, ambulâncias de resgate e do setor privado, responsável por prestar o atendimento precocemente às vítimas, no local onde os eventos acontecem. Esse componente passa a ser responsabilidade da área da saúde, vinculado às centrais de regulação de urgência, acessado por número nacional e gratuito (192). Deve contar com retaguarda de serviços de saúde, devidamente regulados, regionalizados e hierarquizados. O APH é classificado como primário quando o pedido de socorro for proveniente de um cidadão, do local onde ocorreu o evento (via pública, domicílio, locais de trabalho). Denomina-se APH secundário quando a solicitação derivar de um serviço de saúde, onde o paciente já tiver recebido atendimento inicial e necessitar de intervenção de maior complexidade (BRASIL, 2004).

As unidades hospitalares formam o componente hospitalar. Classificam-se em unidades gerais do tipo I e II e unidades de referência tipos I, II e III (BRASIL, 2004). Esse componente parte da premissa de que nenhum pronto-socorro poderá apresentar estrutura inferior a um PA 24 horas.

A Portaria GM/MS 2048 define ainda sobre as transferências inter-hospitalares, sendo descritos os conceitos, responsabilidades e atribuições dos demandantes e receptores nos serviços e sobre os Núcleos de Educação em Urgências - NEU. Constituídos como espaços de saberes interinstitucionais, os NEU são responsáveis por articular estratégias de formação e capacitação dos profissionais que atendem urgências, em qualquer nível do sistema. Apresenta a grade de conteúdos com a respectiva carga horária, para cada nível profissional e

para cada um dos componentes da atenção às urgências. Trata sobre a regulação médica das urgências, seus conceitos, atribuições e sobre o papel regulador frente aos serviços privados e outras entidades (BRASIL, 2004).

Portanto, a PNAU está organizada de forma a garantir a exequibilidade dos princípios do SUS como universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção da vida, bem como de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde; a utilização das urgências como observatório do sistema de saúde para geração de informações; a integração das urgências no complexo regulador da atenção e a qualificação da assistência através da capacitação continuada de suas equipes (BRASIL, 2006a).

Embora os pressupostos preconizados na regulamentação explicitem o ideário almejado por trabalhadores que pensam de forma sistêmica, transcorridos, aproximadamente, 6 anos de sua publicação, ainda estão distantes de serem cumpridos em sua totalidade. A definição de que a todos os pacientes seja garantido acolhimento nos serviços, em qualquer nível do sistema, de acordo com sua complexidade, e que deverão estar organizados de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, caminha a passos lentos. Segundo Deslandes (2007a), para que essas funções sejam devidamente desempenhadas, existe a expectativa da existência de condições de infra-estrutura física, de recursos materiais e de equipamentos para prestarem o primeiro atendimento ou a estabilização dos quadros de urgência, para, posteriormente, encaminhar para unidade de maior porte.

No entanto, a atenção às urgências segue centrada nos hospitais, onde os pronto-socorros ainda são importante porta de entrada para boa parte da população usuária do SUS (O'Dwyer *et al.*, 2008). São comuns as afirmações que a maioria dos atendimentos prestados nesses serviços poderiam ter sido atendidos na atenção básica (CECÍLIO, 1997; DESLANDES, 2002; BRASIL, 2006b). Igualmente comum é afirmar que a população acessa o sistema de forma equivocada, procurando nas urgências a resposta para suas necessidades. Oliveira *et al.* (2007) relata que, embora a lógica normativa esteja estabelecida, o usuário não se prende a ela e chama para si a liberdade de optar por um serviço com base em sua experiência e seus próprios interesses, levando em conta quesitos como acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade. Ressalta que sua decisão não é tanto por ter a imagem do pronto-socorro como a ideal, mas porque a imagem da atenção básica tem sido muito desfavorável na atenção dos agravos agudos (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Essas considerações nos remetem pensar para a importância do desenho da atenção em rede, onde o usuário possa ser efetivamente acolhido em qualquer das portas que buscar



assistência. A porta da urgência, seja no hospital ou no pré-hospitalar móvel, deve ser considerada como uma das possibilidades de acesso. Possibilidade que implica em atenção conseqüente, resolutiva e ágil para redirecionar o usuário à estrutura mais adequada para sua necessidade. Do contrário, os profissionais que atuam nas urgências seguirão indefinidamente com o discurso de que a população não utiliza corretamente os serviços, que busca a urgência para problemas sem importância. Esses jargões são bastante usuais para justificar a suposta utilização inapropriada dos serviços, culpabilizando o usuário.. É preciso transformar a visão de que o paciente sempre vai ao lugar errado para ser atendido. É preciso compreender que ele vai aonde imagina que possa ser acolhido e ter resposta para sua condição, que julga não estar saudável. É preciso que gestores e trabalhadores invistam-se dos pressupostos de atenção integral e façam ações articuladas entre os serviços, de forma concertada, para garantir, de fato, trabalho em rede e melhoria na qualidade da atenção à saúde.

A ordenação do acesso à rede assistencial passa pela regulação médica das urgências. O'Dwyer (2008) aponta que a regulação pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir a reorganização, com aumento da resolubilidade e da qualidade dos serviços. Essa afirmação é corroborada por Santos (2002), Bittencourt e Hortale (2007) e Barata *et al.* (2004), ao referirem-se à experiência do município de Ribeirão Preto – SP, que, ao implantar a regulação médica das urgências foi possível ordenar a demanda, através do acesso ao 192 e da organização das necessidades. A experiência relatada nesse município é emblemática e comprova que existem estratégias possíveis para outras formas de organização. Aponta para a necessidade de repensar responsabilidades, vocações, desacomodar interesses, trabalhar com o controle social, ou seja, implica na adoção de medidas que resgatem o conceito de atenção integral, equânime e humanizada.

### **3.4 A regulação médica das urgências e o atendimento prestado pelo SAMU**

As centrais de regulação operacionalizam a resposta aos chamados de socorro, via telefone, através do SAMU, que tem por função acolher os chamados da população e de outros segmentos (serviços de saúde, serviços de segurança pública, trânsito e outros), em situações de agravos urgentes à saúde, de qualquer natureza, seja clínica, traumática, obstétrica ou psiquiátrica.

O usuário acessa a central de regulação de urgência, através de número gratuito, que no Brasil é o 192, onde seu pedido de socorro é acolhido inicialmente por um profissional denominado de telefonista auxiliar de regulação médica (TARM). O papel da TARM consiste em acolher todas as ligações telefônicas que chegam ao 192, conduzindo o diálogo de forma objetiva e ágil, de modo a evitar desperdício de tempo. Muitas chamadas encerram-se nessa etapa: trotes, enganos, ligações interrompidas, informações que não dependem de orientação médica (sobre serviços de saúde, horários de funcionamento, locais de vacinação, por exemplo). Nas ligações em que identifica palavras-chave de solicitação de socorro ou informação atinente à saúde que necessite orientação médica, a TARM colhe dados de identificação (nome, endereço, tipo de agravo, entre outros) e transfere a ligação ao médico regulador.

Ao médico regulador cabe estabelecer a interlocução com o solicitante, com interrogatório simples, objetivo e específico, procurando presumir a gravidade do chamado a partir de dados informados pelo mesmo, no menor tempo possível. Ao presumir sinais de gravidade no pedido de socorro, o médico regulador desencadeia a resposta melhor adaptada para cada situação: enviar meio móvel de suporte básico ou avançado de vida (BRASIL, 2006a).

A diferença entre um e outro tipo de atendimento difere no tipo de assistência a ser prestada e na constituição da equipe: equipes de suporte básico são compostas por técnicos ou auxiliares de enfermagem e condutores, enquanto que as de suporte avançado são formadas por enfermeiro, médico e condutor. Em relação à assistência, a primeira se caracteriza por realizar medidas de suporte não invasivas, enquanto que a segunda possibilita execução de procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (FERNANDES, 2004).

Todas as equipes desenvolvem suas ações sob as orientações do médico regulador e, especialmente em relação às equipes de suporte básico, as condutas a serem tomadas no momento do atendimento, dependem da comunicação entre a regulação e equipe no terreno. Significa dizer que o médico regulador toma decisões a partir das informações que, nesse momento, a equipe relata ao observar o paciente, ao avaliá-lo e colher os dados necessários para uma adequada anamnese. Ao transmití-los, através de uma comunicação via rádio ou telefone, estabelece-se uma relação de extrema significância e de dupla responsabilidade: de um lado, um profissional de nível médio da enfermagem que avalia o paciente e relata o que percebe e, de outro, o médico, que ouve a descrição e indica conduta a ser tomada por essa equipe. É a chamada telemedicina, em cujo processo é imperativo que as equipes contem com profissionais extremamente habilitados para a melhor avaliação possível. Essa relação não

pode ser frágil nem insuficiente. O médico deve conhecer as habilidades daqueles com quem trabalha, para poder exercer a regulação com segurança (BRASIL, 2006b).

As habilidades exigidas devem contemplar todos os tipos de agravos. É comum a população entender que as unidades móveis atendem demandas e transportam seus clientes para os hospitais, quase que exclusivamente para atendimento a eventos traumáticos, especialmente acidentes de trânsito. Entretanto, não é essa a exata conformação do serviço, nem seu perfil.

Estudo de Pereira e Lima (2006) refere que o perfil dos atendimentos do SAMU de Porto Alegre destaca-se nas urgências não traumáticas, especialmente as urgências clínicas, que representaram 64,81% dos atendimentos, no período pesquisado, em 2003. Esse mesmo perfil é confirmado por Fernandes (2004) e Cabral e Souza (2008), em relação ao SAMU de Ribeirão Preto – SP e de Olinda – PE, respectivamente.

O trabalho das equipes na cena do evento está sujeito a fatores variados. Algumas vezes, equipes de suporte básico necessitam apoio de unidades de suporte avançado ou do veículo rápido, que é um veículo leve usado para medicalizar as ocorrências, isto é, transporta a equipe avançada com o devido material. Esse apoio se faz necessário, principalmente, por duas razões: ou porque foram inicialmente enviadas para situações de extrema gravidade (PCR, acidentes) por estarem mais próximas da ocorrência, ou porque, à chegada da equipe, constata-se situação mais grave daquela descrita pelo solicitante. As equipes avaliam o paciente e transmitem suas observações ao médico regulador da central de regulação, que prescreve a conduta, via rádio e orienta sobre o serviço de destino para o qual o paciente deverá ser encaminhado. Ao transportar o paciente, a equipe assegura as condições necessárias para sua estabilização. Ao chegar ao serviço, providencia para que seja admitido na unidade de urgência e prepara-se para se colocar novamente disponível para um próximo atendimento.

Ao decidir sobre o destino, o médico regulador estabelece contato com o serviço, prevenindo-o sobre a chegada do paciente e seu estado de saúde. Esse fluxo tal como é preconizado na legislação das urgências (BRASIL, 2006a) nem sempre é obedecido. Deslandes *et al.* (2007b) relata que, embora os serviços de resgate devam comunicar as portas de urgência, as equipes optam por chegar com o paciente sem avisar, temendo receber negativas a priori.

A recepção nos serviços enfrenta, em boa parte das vezes, reflexos da falta de retaguarda. Pacientes aguardando por atendimento durante horas, sentados em cadeiras, mal acomodados, em espaços superlotados, com a unidade de urgência transformada em área de

internação é bastante comum, com tempo de permanência de dia a meses, conforme constatado por O'Dwyer *et al.* (2008).

A superlotação dos serviços de urgência é permanente na rotina dos profissionais. E é para esse cenário que o SAMU encaminha os pacientes, enfrentando dificuldades para serem acolhidos. Contribui, como não poderia deixar de ser, que o SAMU seja visto como gerador de demandas, e, ao gerar demandas, onera ainda mais os serviços. Esse tipo de estigma pode provocar possíveis conflitos, que evidenciam, de forma explícita e preocupante, as fragilidades no estabelecimento dos fluxos, resultantes das lacunas existentes na organização do sistema de urgência.

O sistema de referência e contra-referência, que se traduz no formato de pirâmide entendendo a porta de entrada pela atenção básica, está distante de ser conquistado, pois a realidade dos serviços tem se mostrado diferente do preconizado (CECÍLIO, 1997). A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a porta de entrada mais importante para o sistema, sendo que a procura segue sendo nos hospitais, através dos seus serviços de urgência e ambulatorios. Em contrapartida, levantamentos sobre o perfil de morbidade atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias que poderiam ser resolvidas pelas unidades básicas de saúde.

O acesso aos serviços especializados é difícil, com esperas tão demoradas que o usuário desiste da consulta. A partir dessas considerações, Cecílio (1997) afirma que as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível e propõe uma espécie de arredondamento da pirâmide, redesenhando de acordo com os movimentos reais dos usuários, consoantes com seus desejos e necessidades. Projeta a figura de um círculo, pois abre possibilidades; permite trabalhar com alternativas de entrada. Para isso, é necessário garantir o acolhimento, qualificando todas as portas de entrada para o reconhecimento e direcionamento das situações.

Hartz e Contandriopoulos (2004) defendem, igualmente, a imagem de um “sistema sem muros”, que elimine barreiras de acesso entre diferentes níveis de atenção e oportunize a otimização de recursos e cuidados adequados. Mas, afirmam que, embora exista consenso em seus princípios, este ideário é de difícil realização.

As considerações de Cecílio (1997) e de Hartz e Contandriopoulos (2004) remetem a refletir sobre o papel da regulação das urgências, operacionalizada por meio de suas centrais de regulação. Entendidas como elemento ordenador e orientador dos sistemas de urgência, organizam a relação entre os serviços, qualificam o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação com o usuário, através do qual os pedidos de socorro são

recebidos, avaliados e hierarquizados. As necessidades de urgência são pontos de pressão por respostas rápidas e, para tanto, as centrais devem ser capazes de acolher a clientela, prestar atendimento, direcionando para os locais adequados para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2006a). Além disso, segundo a RBCE (2005) a regulação ajuda a evidenciar os vazios assistenciais, apontando a necessidade de um sistema universal, integral e equânime.

O atendimento feito pelo médico regulador na central de regulação de urgência assume diferentes dimensões que dependem de responsabilidades de outros segmentos. As pactuações entre os serviços são o esteio para a regulação das urgências. Devem retratar o desenho do sistema de referência e contra-referência. No entanto, isso está ainda distante do preconizado, pois como discorre Deslandes *et al.* (2007a), as pactuações são frágeis, não resultam na organização dos fluxos, recaindo sobre o plantonista a decisão de acatar ou não o encaminhamento do paciente.

A regulação das urgências e o atendimento prestado pelo SAMU são ferramentas potenciais para a leitura da realidade local, pois se utiliza das informações de forma dinâmica e em tempo real. A central de regulação de urgência evidencia as necessidades da população e as fragilidades do sistema de saúde. Considerada como observatório privilegiado do sistema de saúde, a central de regulação ajuda a refletir sobre onde e por que é necessário intervir, pois reúne conteúdo suficiente que possibilita enxergar os nós e as necessidades, oferecendo subsídios para o enfrentamento de problemas e para a qualificação do sistema de saúde da cidade.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Este estudo teve como referencial metodológico a pesquisa qualitativa, com uma abordagem por estudo de caso.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2007) permite compreender processos sociais referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos durante a investigação. Oportuniza compreender a lógica interna de um grupo ou do processo em estudo.

A abordagem por estudo de caso permite a investigação em profundidade, na tentativa de analisar as variáveis importantes de um processo. É uma estratégia preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, bem como contribui para compreender fenômenos sociais complexos, individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos (YIN, 2005).

O enfoque por estudo de caso permitiu que, pela aproximação junto ao serviço, fosse possível caracterizar a realidade vivida pelas equipes de suporte básico do SAMU, no que diz respeito à sua articulação com a regulação médica das urgências e os desdobramentos do seu trabalho.

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado no SAMU de Porto Alegre que se caracteriza como serviço público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel, que presta assistência em situações de urgência clínica, traumática, psiquiátrica e obstétrica, em via pública, no domicílio, no interior de serviços de saúde, entre outros locais. Além disso, realiza o transporte de pacientes que necessitam transferências interserviços de saúde.

As solicitações feitas ao SAMU são registradas no sistema denominado de TRUE SAPH, cujo software armazena as informações geradas pela central de regulação. Segundo Cenci (2008), em 2007, o SAMU recebeu 692.939 ligações telefônicas, oriundos da população, de serviços de saúde e de órgãos como Polícia, Bombeiros e agentes de trânsito. As ligações feitas ao 192 são classificadas, pela telefonista auxiliar de regulação médica (TARM) em: regulações médicas, trotes, informações, chamadas fora de área, chamadas

repetidas e enganos. As regulações médicas são, efetivamente, os pedidos de socorro. Ao serem transferidas pela TARM ao médico regulador, esse inicia a interlocução com o solicitante. As regulações médicas somaram 76.142 ligações, perfazendo 10,07 % do total de ligações recebidas, ou seja, do total de ligações feitas ao 192, 10% são solicitações de socorro. As demais classificações apresentaram a seguinte distribuição: trotes que somaram 300.445 (43%), informações, 107.524 (15,5%); enganos, 57.684 (8%); chamadas repetidas, 7.563 (1,1%) e ligações fora de área, 3.756 (0,6%).

No processo de regulação o médico toma decisões, classificando os chamados como pertinentes e não pertinentes. São consideradas pertinentes as solicitações avaliadas como agravos que coloquem o paciente em risco hemodinâmico, ventilatório ou resultem incapacidade funcional. As solicitações pertinentes são aquelas que, a priori, será enviado recurso móvel. São caracterizadas como necessárias e possíveis de serem realizadas; necessárias e sem meios para envio no momento da chamada e ligações sem dados suficientes para que o médico regulador possa tomar uma decisão frente ao pedido. Os chamados não pertinentes são aqueles em que o médico regulador julga não haver gravidade que justifique o envio de unidade móvel para socorro, sendo suficiente orientar o solicitante e/ou sugerir que ele busque respostas nos serviços de saúde por seus próprios meios. Os chamados julgados como pertinentes resultaram em 29.494 atendimentos pré-hospitalares móveis, sendo que em torno de 90% foram prestados por equipes de suporte básico.

O SAMU está localizado junto ao Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre (HPS), onde se situa a parte administrativa do serviço e a central de regulação de urgência. Distribuídas pela cidade de forma descentralizada, localizam-se onze pontos onde estão instaladas as unidades móveis de socorro. Esses locais são denominados de Bases, que contam com pequena estrutura para acomodação das equipes, dispondo de cozinha, banheiro e dormitório e local para estacionamento da ambulância. As equipes assumem o plantão diretamente na Base, permanecendo à espera dos chamados advindos da central de regulação, que designa a equipe para atendimento através do sistema de rádio-comunicação.

As unidades de suporte básico (USB) estão localizadas nas Bases: HPS, Cavalhada, Restinga, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro, Centro Vida, Belém Novo, Navegantes, Cruzeiro do Sul e Partenon. As unidades de suporte avançado (USA) localizam-se nas Bases HPS, Cavalhada e Hospital Cristo Redentor. Em operação nessas Bases, estão distribuídas doze ambulâncias de suporte básico, três ambulâncias avançadas e um veículo leve, denominado de veículo rápido, usado para levar a equipe avançada ao encontro dos atendimentos que necessitem intervenção médica na cena. Essa frota funciona ininterruptamente, em todos os

dias da semana. Além da frota operacional, o SAMU conta com ambulâncias para substituição, nos casos de manutenção preventiva ou corretiva.

Cada Base tem sob sua responsabilidade uma determinada área de cobertura, uma espécie de regionalização de bairros. Essa abrangência nada mais é do que um artefato administrativo para organizar a distribuição das equipes. Não tem caráter estrito, tampouco obedece princípios rígidos de adscrição de clientela ou regionalização, como, por exemplo, os utilizados na atenção básica de saúde. Se assim fosse, desvirtuaria a combinação entre princípios de acesso, racionalidade de meios e garantia de atender com a maior rapidez possível, fundamentais no APH móvel. A descentralização das equipes tem por propósito diminuir, ao máximo, o tempo-resposta aos chamados, possibilitando uma melhor organização dos recursos disponíveis e uma ordenação adequada de fluxos. Conforme Figueiredo e Lorena (2005), a configuração espacial da localização das ambulâncias objetiva fornecer melhor cobertura às demandas. Esta cobertura se refere à habilidade do sistema em levar uma ambulância em um tempo ou distância máxima pré-definida ao local onde se encontra a emergência. Este arranjo deveria ser tal a ponto de todos os usuários da região serem atendidos dentro de um determinado padrão de tempo.

As equipes de suporte básico são compostas por auxiliar ou técnico de enfermagem e condutor. Auxiliares e técnicos de enfermagem somam o total de 51 servidores, sendo 40 auxiliares e 11 técnicos de enfermagem. As duas categorias desempenham as mesmas atribuições nas equipes de suporte básico, portanto, não há diferenciação de função entre eles, no que diz respeito ao desempenho assistencial. Os condutores são em número de 61 profissionais, sendo que dois deles são responsáveis pela coordenação de equipe e frota, enquanto os demais atuam na assistência. Esses, por sua vez, além de dirigirem a ambulância, participam também dos atendimentos, dentro dos limites de sua função, em apoio às equipes. Os enfermeiros são em número de 16 profissionais. Compõem as equipes de suporte avançado (14 enfermeiras), o Núcleo de Educação Permanente do SAMU (uma enfermeira), além de uma responsável técnica pela enfermagem. Na Central de Regulação de Urgência atuam os médicos reguladores, telefonistas auxiliares de regulação médica e operadores de rádio. O quadro de médicos é formado por 47 profissionais, sendo que 44 atuam na assistência e três se ocupam da gestão, assim distribuídos: uma médica como gerente do serviço, uma responsável técnica médica e um assessor técnico. Os médicos que atuam na assistência desempenham as funções tanto de regulação quanto de intervenção. Não existe uma estratificação entre equipe de reguladores e intervencionistas. Ou seja, alternam funções, conforme a organização da escala de plantão. Portanto, neste estudo, ao referir-se ao médico regulador é possível pensar



que ora ele desempenha suas atividades na regulação, ora compõe a equipe de suporte avançado. Os telefonistas auxiliares de regulação médica e operadores de rádio atuam na central de regulação de urgência, totalizam 20 profissionais. Nesse grupo, com exceção de três operadores de rádio que são servidores municipais, os demais são contratados por regime de terceirização. O SAMU conta ainda, na estrutura administrativa, com uma assistente administrativa, uma como apoio administrativo e uma estagiária.

### **4.3 Trabalho de campo**

A entrada em campo ocorreu após a apreciação do projeto pela Gerência do SAMU, que autorizou o início do trabalho. Como já havia aprovação do projeto de pesquisa intitulado Epidemiologia, territorialização e organização do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência de Porto Alegre, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 117/2006), no qual este estudo está inserido, foi possível iniciar a coleta de dados. O projeto deste estudo foi igualmente encaminhado ao CEP da SMS, tendo recebido parecer favorável em 23 de dezembro de 2008 e aprovado pelo registro no CEP 310 (processo nº 001.060981.08.3).

A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante e entrevistas semi-dirigidas.

A observação visa captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos nas entrevistas e aproximar-se o mais possível da realidade a que se propõe discutir (MINAYO, 2007). Foi utilizada para aprofundar a compreensão dos grupos, visando a compreensão de sua lógica interna e específica em relação às práticas de trabalhadores. Possibilitou um contato pessoal da pesquisadora com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações. Segundo Yin (2005) a observação participante é uma modalidade na qual o observador não é passivo, podendo assumir uma variedade de funções dentro do estudo de caso. Destaca a oportunidade de perceber a realidade do ponto de vista interno ao estudo e externo.

A coleta de dados iniciou pela observação, que foi realizada de duas formas: no acompanhamento das ocorrências realizadas pelas equipes de suporte básico nos atendimentos de qualquer natureza e pela observação junto à sala de regulação, em relação ao trabalho dos

médicos reguladores, nos aspectos relacionados à comunicação e articulação entre eles e as equipes de suporte básico e serviços de destino que receberam os pacientes encaminhados por essas equipes. Organizou-se um calendário para o início das observações. Os trabalhadores foram previamente contatados em suas Bases e comunicados que, em determinados momentos escolhidos aleatoriamente, seriam acompanhados pela pesquisadora. Todas as equipes das demais Bases foram observadas, com exceção de duas, devido à sua localização e por apresentarem o menor número de atendimentos do serviço. As equipes foram acompanhadas em horários alternados, optando-se, em sua maioria, pelo horário diurno, por ser o período onde se concentra o maior movimento do serviço. Algumas observações estenderam-se para o período noturno. A observação foi feita nos meses de novembro de 2008 a abril de 2009.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, com exceção de alguns períodos de observação junto à Central de Regulação de Urgência, que foram feitos por uma bolsista de iniciação científica. A inclusão da bolsista aconteceu após alguns períodos de observação terem sido feitos pela pesquisadora, que concluiu que sua presença na sala poderia influenciar a dinâmica do trabalho na regulação. Essa percepção ocorreu em função da pesquisadora ser membro do serviço e já ter ocupado posição de gestão em período anterior. Em relação à observação junto às equipes de suporte básico, avaliou-se que não houve alterações significativas que modificassem a rotina do trabalho, optando-se por serem realizadas pela própria pesquisadora. Na maior parte das situações a pesquisadora ocupou a posição de observadora, no entanto, em algumas delas, auxiliou nos atendimentos, como elemento de apoio para a equipe. Na chegada aos serviços de saúde, colocou-se sempre à margem da situação, para que a passagem do paciente no destino fosse feita pela própria equipe, de modo a evitar que a presença da pesquisadora pudesse influenciar na recepção dos encaminhamentos. A observação seguiu roteiro específico (Apêndice A) e foi registrada em diário de campo, seguindo as recomendações de Roesse *et al.*, 2006.

No diário de campo foram feitas anotações das observações dos eventos e das conversas ocorridas, bem como a progressão da pesquisa. Roesse *et al.* (2006) compreendem que o instrumento serve de ferramenta de coleta e, ao mesmo tempo, de interpretação e análise, o que contribui para o processo de investigação nos estudos qualitativos. A descrição do diário de campo foi feita nos dias seguintes aos atendimentos.

A observação consistiu na descrição do atendimento prestado pelas equipes de suporte básico do SAMU, focado em três aspectos: a forma como se estabeleceu a comunicação entre a regulação médica e as equipes de suporte básico, a recepção na cena da ocorrência e nos

serviços de saúde para os quais os pacientes foram encaminhados e a comunicação da regulação com os serviços de destino.

As observações foram codificadas como OBS 1, OBS 2 e assim sucessivamente, por ordem cronológica até OBS 16. Cada uma delas corresponde a um período, em que constam vários atendimentos, pois optou-se por acompanhar a equipe em todas as ocorrências para as quais foi destinada. Os nomes das Bases e dos serviços de saúde para onde foram encaminhados os pacientes, bem como citados nas entrevistas, foram suprimidos e substituídos. As Bases foram nominadas por cores, os pronto-atendimentos por números e os hospitais por letras maiúsculas. Os profissionais, quando citados, foram identificados por nomes fictícios. Foram feitos 16 períodos de observação, totalizando 62 horas e 30 minutos, que compreenderam 32 situações, assim distribuídas: 2 (dois) atendimentos psiquiátricos, 2 (dois) obstétricos, 11 (onze) atendimentos de trauma e 17 (dezessete) clínicos. Em duas situações de atendimento clínico, o paciente havia sido deslocado anterior à chegada da equipe.

Feitas as primeiras observações, iniciaram-se as entrevistas, que foram realizadas com os membros das equipes de suporte básico (auxiliares e técnicos de enfermagem e condutores) e com médicos da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192 de Porto Alegre. A partir daí, entremearam-se períodos de observação com entrevistas.

O instrumento da entrevista inicialmente elaborado foi testado em entrevista com um membro de cada categoria profissional e concluiu-se por realizar pequenas alterações, a fim de facilitar a compreensão dos questionamentos e favorecer a interlocução com o entrevistado. Feita a revisão do instrumento, iniciaram-se as entrevistas.

A entrevista na pesquisa qualitativa é um encontro interpessoal para a obtenção de informações, a fim de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas. A entrevista semi-dirigida é uma espécie de guia temático, que serve de roteiro para o encontro entre entrevistador e entrevistado e é altamente dinâmica (FONTANELLA *et al.*, 2006).

A entrevista semi-dirigida foi realizada seguindo um roteiro (Apêndice B), contendo questões sobre o atendimento prestado pelas equipes de suporte básico, a recepção na cena e nos serviços de saúde e a articulação entre as equipes e a regulação.

Os sujeitos do estudo, para serem entrevistados, foram convidados a participar, a partir da possibilidade de responderem à entrevista durante seu período de plantão, nos intervalos em que a equipe estivesse fora de atendimento. Essa opção deveu-se especialmente para não sobrecarregar os profissionais, evitando que dispensassem tempo exclusivo e fora de seu horário de trabalho para as entrevistas. A maioria dos profissionais das equipes de suporte

básico pode ser entrevistada durante o horário de plantão, nos períodos em que a equipe esteve a postos, à espera de uma próxima chamada para atendimento. Em duas Bases, foi necessário que a pesquisadora retornasse especialmente para fazer a entrevista, devido ao intenso movimento no dia da observação, não havendo qualquer intervalo, sendo inviável realizá-la durante o plantão. As entrevistas foram feitas no próprio ambiente da Base, em espaço reservado para serem individuais. Os médicos convidados para entrevista foram escolhidos aleatoriamente, a partir da possibilidade de retirarem-se da sala de regulação para reunirem-se com a pesquisadora. As entrevistas foram feitas individualmente, em sala isolada do ambiente da regulação. Para as entrevistas, foram excluídos condutores contratados em regime emergencial que, no período da coleta de dados, ocupavam 10 vagas no serviço, atuando por 90 dias e sendo substituídos a cada período. O critério de exclusão adotado levou em consideração o curto tempo de experiência no serviço.

A fim de assegurar a privacidade dos participantes do estudo usou-se denominar os profissionais de enfermagem como uma única categoria, usando a expressão auxiliares/técnicos de enfermagem. Essa adequação foi utilizada para garantir o anonimato dos técnicos de enfermagem, visto que são em menor número, o que facilitaria sua identificação. Além disso, auxiliares e técnicos cumprem as mesmas funções no serviço, não havendo diferenciação em suas atribuições.

Para as entrevistas usou-se a seguinte codificação: AT para os profissionais de enfermagem; CO para condutor e ME para médicos, precedidas da letra E, indicando tratar-se de entrevista. Foram entrevistados 8 (oito) auxiliares/técnicos de enfermagem, 7 (sete) condutores e 7 (sete) médicos.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As gravações e transcrições das entrevistas, bem como os registros em diário de campo serão guardadas por cinco anos, até serem destruídos.

As entrevistas e as observações foram interrompidas quando as informações começaram a se repetir, conforme o critério da saturação dos dados proposto por Ghiglione e Matalon (2001).

Para os trabalhadores entrevistados que fizeram parte do estudo foi fornecido, e por eles assinado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Foi garantida a privacidade dos participantes, por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações, respeitando os princípios éticos, seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi esclarecido que o estudo não ofereceria risco para os participantes. Ficou claro que poderiam se recusar a participar e/ou desistir em

qualquer momento do estudo. Igualmente foi assegurado sobre a devolução do estudo às equipes do SAMU e sua coordenação, por meio da apresentação dos resultados.

#### **4.4 Análise dos dados**

A análise foi realizada seguindo as diretrizes do método qualitativo: análise: ordenação, classificação dos dados em estruturas de relevância e análise final. Segundo Minayo, 2007, a análise qualitativa não tem a preocupação com a generalização dos dados obtidos, mas com sua compreensão abrangente e profunda. A autora propõe os seguintes passos para a análise: ordenação, classificação dos dados e análise final.

Na fase de ordenação foi realizada a organização dos dados obtidos através das entrevistas e observações. Essa fase constou da transcrição das gravações e dos dados registrados no diário de campo. Após procedeu-se a classificação dos dados, através da leitura exhaustiva e repetida dos textos (entrevistas e observações), para identificar idéias centrais e aspectos relevantes, permitindo o confronto entre os dados empíricos e a fundamentação teórica.

A classificação dos dados foi realizada com os dados obtidos nas entrevistas e no diário de campo, que foram transcritos e posteriormente transportados para o software NVivo7 (QSR International) que foi usado para a operacionalização da análise, agilizando a organização do material em estruturas de relevância, que são: o papel das equipes de suporte básico; a comunicação entre a regulação médica e as equipes no que diz respeito à passagem dos casos, a orientação às equipes em atendimento na cena e a comunicação da regulação médica com os serviços de saúde; a recepção das equipes de suporte básico na cena dos eventos e nos serviços de saúde; o encaminhamento dos pacientes aos serviços de saúde; os desafios enfrentados pelas equipes e pela regulação e sugestões de melhorias para o bom andamento do serviço. As duas últimas estruturas de relevância aparecem em cada um dos núcleos, optando-se por não descrevê-las em capítulo separado.

Na etapa da análise final, procurou-se articular o material empírico e o referencial teórico, buscando ultrapassar a simples descrição dos fatos e tentando estabelecer relações que levassem a novas explicações, constituindo novos conceitos.

Para a apresentação dos resultados, as estruturas de relevância foram reagrupadas em dois núcleos: a articulação do trabalho entre a regulação médica e as equipes de suporte

básico, que prevê as formas de comunicação entre equipes e serviços, a recepção das equipes na cena do evento e nos serviços e os encaminhamentos feitos pelo SAMU. No segundo núcleo aborda-se a atuação das equipes de suporte básico para além do atendimento pré-hospitalar móvel.

## **5 A ARTICULAÇÃO DO TRABALHO ENTRE A REGULAÇÃO MÉDICA E AS EQUIPES DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU**

### **5.1 A comunicação: um elemento constitutivo do atendimento do SAMU**

O atendimento do SAMU inicia pela regulação médica das urgências. A atuação do suporte básico inicia pela comunicação entre equipe e médico regulador, através de transmissão por rádio. Peduzzi (2001) destaca que a comunicação entre profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe. Ao concordar com a autora, pode-se dizer que no SAMU, o trabalho é alicerçado na comunicação, como recurso de prestação do cuidado entre a regulação e os profissionais na cena do evento.

A regulação dá concretude ao conceito de acolhimento, sendo responsável por receber o usuário que, ao acessar o 192, explicita suas necessidades. Segundo Marques *et al.* (2007), em estudo que aborda o acolhimento em serviços públicos de atenção básica e hospitalar de urgência, toda unidade tem o compromisso de acolher o usuário, abrindo as portas do sistema de forma a colocá-lo no local mais adequado, de acordo com suas necessidades e demandas. Corroborando com as autoras, entende-se que a central de regulação de urgência se constitui numa das portas de entrada do sistema de saúde, na qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados, de acordo com a gravidade. Segundo Santos *et al.* (2003), o médico regulador desencadeia atendimento prestado por equipes de suporte básico ou avançado, ou somente orienta o usuário, caso não haja necessidade de envio de meio móvel de socorro.

As equipes de suporte básico desenvolvem seu trabalho numa seqüência de ações, a partir da regulação médica: responder aos chamados, tão logo acionadas pela central de regulação; chegar na cena com a maior brevidade possível, minimamente informadas das condições em que o paciente será encontrado; avaliá-lo na chegada e prestar os cuidados iniciais, através de procedimentos básicos de atendimento. .Por fim, encaminhá-lo, conforme orientação do médico regulador, para a unidade de referência designada, que poderá ser um hospital ou um pronto-atendimento 24 horas. A depender da avaliação inicial, a equipe poderá requisitar o apoio de uma unidade de suporte avançado, caso a complexidade assim o exigir.

*O papel da equipe de suporte básico é dar o atendimento inicial, estabilizar o paciente na cena do evento e, se necessário, chamar o suporte avançado. Depois, se não necessário um suporte avançado, transportar o paciente já*

*estabilizado até a emergência mais adequada para fazer o atendimento. (E - AT)*

*O nosso papel é dar os primeiros atendimentos, os primeiros socorros, e caso seja necessário, chamar a equipe medicalizada. Depois de estabilizar o paciente, parte para o pedido de medicalizada, se for necessário. (E - CO)*

*Acho que a função do auxiliar ou técnico de enfermagem no suporte básico é exatamente isso: chegar no local, avaliar o tipo de caso. Se é um caso que compete a essa equipe básica, prestar o primeiro atendimento; se for uma situação em que foge da nossa alçada como suporte básico, identificar situações e chamar o médico no local.(E – AT)*

As equipes de suporte básico cumprem um papel fundamental no SAMU. São elas que sustentam a maior parcela do trabalho desenvolvido, pois respondem à maioria dos chamados feitos ao 192. São preparadas para identificar as principais necessidades dos pacientes, estabelecendo a relação com o usuário, a regulação e as portas de entrada das urgências. Os médicos reguladores destacam a importância do trabalho das equipes de suporte básico do SAMU.

*Eu acho que é um papel fundamental, porque eles atendem 90% ou mais das ocorrências. São eles que estão efetivamente na rua e que estão em contato diretamente com as cenas do acidentes, ou das ocorrências. Acho um papel primordial. (E- ME)*

*A equipe de suporte básico, na verdade, é o carro chefe do SAMU. Acho que atende, na faixa de 90%, mais ou menos, das regulações. É o que movimenta o SAMU, faz tanto atendimento de trauma, quanto clínico, e também muitos transportes. É o pessoal que está mais sobrecarregado do ponto de vista de trabalho, na minha opinião. (E – ME)*

Segundo a decisão do médico regulador, as equipes de suporte básico atendem os casos avaliados como de pequena e média gravidade. Como foi possível apreender das falas dos médicos reguladores, esses atendimentos concentram a maior demanda do serviço em Porto Alegre. Dados do SAMU de Porto Alegre confirmam as falas dos médicos reguladores. As equipes de suporte básico são responsáveis por xxx % dos atendimentos do serviço. Esse perfil assemelha-se a outros lugares. Conforme Barrier (2001), na França, , em que pese o aumento das demandas ao SAMU, para a maior parte delas é suficiente o envio de uma ambulância não medicalizada, pois as chamadas graves configuram-se em torno de 6%.

A rádio-comunicação usada no SAMU oportuniza que as equipes acompanhem as conversações feitas para cada uma delas, o que permite que todas ouçam as comunicações em



tempo real, facilita a apropriação pela dinâmica do trabalho e colabora para integrar as equipes, uma vez que todos ficam atentos durante as transmissões e podem acompanhar os desdobramentos do trabalho. Esta forma de comunicação difere de alguns outros serviços, que utilizam a telefonia celular para comunicação entre equipes, que resulta, a priori, em comunicações mais restritas.

A transmissão por rádio, por permitir que todos ouçam as comunicações, favorece para que as equipes se prontifiquem a atender em lugar de outras. É habitual que a equipe atenda fora de sua área de cobertura, pois os recursos não cobrem a totalidade das demandas, então, é comum o apoio a outras Bases. Quando uma equipe vai ser apoiada por outra, mas se desocupa em meio ao deslocamento da que foi despachada, a equipe da área manifesta sua disponibilidade. Isso também acontece nas situações em que as equipes percebem a sobrecarga de algumas Bases e se dispõem a apoiar, conforme é possível constatar nas observações realizadas.

*A EPTC<sup>1</sup> comunica um acidente na rua PC, é uma colisão carro-moto com escoriações e provável fratura em membro inferior. A rádio operadora diz que a Equipe Branca está mais perto, mas esse chamado deveria ser da equipe Marrom, mas esses estão em atendimento. Quando a equipe Marrom viu que a equipe Branca foi chamada, logo informou que já estava finalizando o atendimento e que realizaria essa ocorrência. (OBS 15)*

*A equipe da Base Azul foi atender a uma síncope que necessitou de auxílio de uma equipe medicalizada, a USA tal foi dar apoio. Enquanto atendiam à ocorrência junto com a medicalizada, o Dr Pedro pediu para o rádio operador chamá-los para atender a uma ocorrência de colisão, pois não eram necessárias duas equipes na mesma ocorrência. O rádio operador comunica a equipe pelo rádio e passou o endereço. A equipe, impacientemente, respondeu que ainda estava em atendimento! O rádio operador conta a situação e eles dizem que estão fazendo atendimento de familiares da vítima. Mesmo assim, o Dr Pedro pede para que eles se desloquem. A equipe Branca, ao escutar a discussão pelo rádio se oferece para ir atender, bem como a equipe Marrom, que também se oferece para atender. A regulação decide enviar a equipe Marrom. As equipes se ajudam para dar conta dos atendimentos sem sobrecarregar nenhuma equipe. (OBS 16)*

Via de regra, a ajuda mútua entre as equipes é freqüente. Grande parte dos profissionais têm a compreensão de que o trabalho em equipe deve superar as normativas, ajustando as respostas à medida da disponibilidade e coleguismo entre os mesmos, conforme é possível apreender no depoimento a seguir.

---

<sup>1</sup> EPTC: Empresa Pública de Transporte e Circulação, criada em janeiro de 1998, é responsável por regular e fiscalizar as atividades relacionadas com o trânsito e os transportes no município de Porto Alegre, cujo trabalho é desempenhado pelos agentes de fiscalização de trânsito.

*Mas assim, só para tu teres uma ideia, teve um plantão aí, que eram 15 para às sete e aí mandaram a equipe Marrom atender aqui atrás, na Av.I, aqui atrás da Base. Eu a princípio não ouvi a ocorrência, o motorista é que me disse, olha, estão mandando a equipe Marrom vir atender aqui na I, eu digo, mas onde na I? Acho que é aqui atrás, 10 mil e qualquer coisa! Então, digo, não, então vamos nós atender, já que é aqui do lado! Mas já haviam mandado, mas o que eu senti? Eu senti que era o quê? Sabe? Desligamento da guria que estava no rádio? Eu não sei se era isso! Mas não tem cabimento fazer uma equipe, lá do fim do mundo, atender aqui do lado, eu entendo que se fosse uma remoção, não urgente, tudo bem, pode ser passado para a noite, agora....e aí a gente foi, aí deram QTA\*<sup>2</sup>, e aí nós fomos atender. Chegamos ali e era uma paciente HIV positivo, levamos para o hospital C, quer dizer, trabalhamos uma hora a mais, de graça, mas eu acho que isso é que falta, sabe, de, de repente, de eu ter um pouquinho mais de consciência e pensar: bom, eu vou largar uma hora mais tarde, mas sabe, está aqui do lado, se não for eu vai ser minha colega. Acho que falta esse tipo de coisa, dos colegas dizerem, olha estou aqui perto, a ambulância tal, quer uma ajuda? Quer um apoio? Falta isso! Está faltando isso! (E - AT)*

No entanto, esse mesmo sistema que oportuniza a integração da comunicação, também apresenta problemas descritos pela maioria dos profissionais que atuam no serviço, tanto médicos reguladores quanto as equipes de suporte básico.

*Essa comunicação é feita via rádio; às vezes a gente tem certa dificuldade nessa comunicação, pelo rádio não funcionar, por estar numa área vazia, numa área onde o rádio não capta, caso necessário a gente faz uso também do celular para fazer o contato com o médico. (E - AT)*

*Muitas vezes é difícil, o rádio é muito congestionado, o mesmo rádio que passa ocorrência, o médico chama outras equipes, essas equipes se conversam, então às vezes é congestionado. Se tenta pelo telefone, às vezes também não dá pelo telefone, pois o médico está ocupado e não pode te atender (E - AT)*

*A comunicação ocorre por rádio ou por telefone. Um dos problemas enfrentados é o congestionamento do rádio e a sobrecarga de regulações, que, frequentemente, retarda a comunicação com as equipes no local. Outra dificuldade são as áreas de "sombra", locais onde o rádio não copia e o celular dos membros da equipe acabam caindo na regulação do SAMU Metropolitano. (E - ME)*

Entende-se que os problemas de transmissão do rádio são de ordem técnica e que devem ser sistematicamente revisados, de forma a garantir a segurança, harmonia e tranquilidade no trabalho no SAMU.

---

<sup>2</sup> QTA: código usado na rádio-comunicação no SAMU. Indica que a missão para a qual a equipe havia sido enviada foi suspensa, não havendo necessidade de prosseguir no atendimento.

### 5.1.1 A passagem dos casos da regulação para as equipes de suporte básico

A passagem dos casos consiste na descrição, por parte do médico regulador, de dados sobre as condições em que a equipe irá encontrar o paciente, acometido por qualquer patologia. As informações principais dizem respeito à idade, sexo e aos sinais de gravidade identificados pelo médico, no momento da regulação, através do diálogo com o solicitante. Para tanto, a caracterização do caso, assim como a resposta à solicitação, depende da habilidade do regulador em conduzir o interrogatório e julgar as informações obtidas, a fim de decidir, pela melhor resposta a cada pedido de socorro, possibilitando chegar a um diagnóstico sindrômico (BRASIL, 2006b). Esse fluxo pode ser observado na fala a seguir:

*A comunicação se dá geralmente via rádio, que é o padrão, orientando o técnico sobre o que ele vai encontrar na cena: se é um acidente, se é um caso clínico, enfim, as circunstâncias que o médico achar pertinente colocar. Depois, após o atendimento que a equipe oferecer, o médico recebe o caso, também via rádio, e passa as orientações para a equipe. (E - ME)*

Tanto as equipes quanto os reguladores entendem a importância da passagem do caso, para que a equipe possa se preparar minimamente para o que vai atender.

*O ideal é que a equipe chegasse à cena tendo o máximo de informações possíveis do que pode se esperar daquela ocorrência, né? (E - ME)*

*Depois que entra o chamado e o regulador considera que o chamado é pertinente, então é passado inicialmente pelo rádio-operador o endereço, o ponto de referência do local do atendimento, e depois o médico regulador vai passar o caso e ajudando, talvez, numa possível hipótese diagnóstica para facilitar o atendimento. (E - ME)*

*Passa geralmente o sexo, a idade, qual é a queixa do solicitante, qual é o quadro clínico, né? E basicamente é isso; depois aguarda o retorno do caso para o encaminhamento, ou não, para o serviço de referência. (E - ME)*

A passagem do caso do regulador para as equipes se assemelha à construção imaginária de um cenário do que será encontrado no local da ocorrência. A descrição por vezes aproxima-se do descrito; em outras não, em função das informações que o próprio médico consegue reunir, conforme dito pelo entrevistado.

*Após ser passado o endereço pela rádio operadora, o médico faz o contato com a equipe e passa a situação: se é um caso clínico, ele tenta descrever o que é o caso clínico; e se é trauma ele tenta descrever a cena do trauma, conforme o que foi passado para ele. Às vezes é passado de forma correta, tu chegas lá e realmente tem a ideia que ele passou era bem clara; muitas vezes fica uma interrogação e muitas vezes a informação não é passada de forma muito clara; às vezes é até a necessidade de um transporte, que passam de forma errada para o médico regulador e o médico regulador também termina passando de forma errada para as equipes que vão fazer o atendimento.(E - AT)*

Em algumas situações, as equipes de suporte básico ressentem-se da forma como acontece a passagem dos casos pelo médico regulador. Afirmam que, somente as vezes a situação do paciente é informada para a equipe destinada para o atendimento, conforme se identifica na fala a seguir:

*Eu vou ser bem sincera, poucas vezes o médico passa pra mim o que vou atender. Na maioria das vezes, eu posso dizer que em 90% do dia, eu só recebo o endereço e não recebo o que vou atender; sempre pra mim a chegada no local da ocorrência, é uma surpresa. (E - AT)*

Igualmente, foi possível verificar, durante os períodos de observação na sala de regulação que, na maioria das vezes, o médico regulador praticamente não descreve as condições da vítima/paciente para a equipe, limitando-se a informar o tipo de ocorrência:

*O médico regulador informa que se trata de colisão moto x carro. Não é passada nenhuma informação adicional à equipe. (OBS 10)*

*O rádio-operador passa o endereço da ocorrência, médico regulador diz tratar-se de parto consumado em domicílio. Não é passada nenhuma informação adicional à equipe. (OBS 11)*

*Equipe pergunta o que encontrará no local e o médico regulador relata tratar-se de pessoa caída em via pública, sem outras informações. (OBS 1)*

*Quase na chegada ao endereço, o Médico Regulador diz tratar-se de um paciente convulsivo. (OBS 11)*

*São 16:45, Rádio Operador passa ocorrência, dá o endereço, o Médico Regulador não passa o caso. (OBS 13)*

São várias as razões que podem justificar a insuficiente descrição do caso para as equipes. Uma delas é a expressa no depoimento do entrevistado que diz: *passam de forma errada para o médico regulador e o médico regulador também termina passando de forma errada para as equipes que vão fazer o atendimento*. Essa situação é comum, uma vez que no

diálogo entre médico regulador e solicitante nem sempre predomina a clareza de informações e a fidelidade das mesmas. A comunicação é igualmente prejudicada pela ansiedade do solicitante, que tem a compreensão prejudicada pelo nervosismo, ao confrontar-se com o sofrimento de um familiar/pessoa conhecida; não conseguindo se expressar corretamente, subestimando ou superestimando a gravidade da situação, entre tantas outras razões.

Estudo realizado por Oliveira *et al.*(2007) sobre as demandas a pronto-socorros e hospitais, relata que os usuários usam como estratégia simular quadros de urgência, maximizando o seu sofrimento de modo dramático, no intuito de sensibilizar e dizer que precisam de cuidado.

No cotidiano do trabalho no SAMU, muitas vezes é usada uma estratégia, pelo usuário quando, por telefone, responde às questões feitas pelo médico regulador de tal forma que o médico presume sinais de risco na situação e decide pelo envio de recursos. Corbillon (2000) aponta a dificuldade para distinguir a urgência pressentida da urgência real. Além disso, afirma que o interrogatório, que pode ser com o próprio paciente ou com uma pessoa que não o conhece, nem sempre reúne informações completamente fidedignas.

Em muitos casos, observam-se diferenças significativas entre o que foi descrito ao telefone e o que a equipe encontra na cena, situação também descrita por Giglio-Jacquemot (2005). Segundo a autora, existem solicitantes que exageram e inventam sintomas no intento de conseguir que seja disponibilizada uma ambulância.

Giroud (2006) afirma que o perfil do solicitante é variado, passando por aqueles bem informados sobre saúde, aos que ignoram dados importantes e os que exageram sobre a gravidade na descrição dos sintomas. Pergola e Araújo (2008), ao estudarem a importância de intervenções precoces por leigos em medidas de manutenção da vida, enquanto se aguarda socorro especializado, concluíram que apenas 56,6% das pessoas sabiam o que deveria ser informado, quando acionaram atendimento de urgência. É importante levar em conta que esses comportamentos influenciam nas decisões do regulador e exigem muita perspicácia para que ele consiga extrair, do solicitante, informações mais precisas.

Essa prática, onde o médico presume gravidade, por meio de seu interrogatório e a partir dos sentidos do solicitante, pode gerar sentimentos de incerteza, tanto para o médico quanto para a equipe in loco, que precisam ser entendidos por ambos.

Segundo Campos e Domitti (2007) o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado. Isso nos remete a pensar no trabalho no SAMU, na relação entre a tomada de decisão do médico regulador e a equipe. A compreensão de que

nem sempre a avaliação do regulador corresponde a total acerto pode resultar em menos conflitos entre os que participam do cuidado. A fala de um médico regulador expressa a preocupação em tomar decisões a partir de informações que nem sempre podem ser verídicas. No entanto, parte do pressuposto de que quem chama pelo socorro está sendo verdadeiro em seu pedido. A opção em acreditar no solicitante é, no mínimo, um critério cuidadoso, condizente com a natureza do serviço, e sempre há de se considerar que a demanda apresentada seja real. Ao regulador compete julgar a gravidade do pedido; não lhe cabe levantar suposições de que possa estar sendo enganado. A fala a seguir exemplifica a dificuldade de regular e caracteriza a necessidade de primar pela assistência e não pela privação dela.

*Como é difícil regular, como é difícil saber o que estão te passando do local, que às vezes as pessoas não sabem nem conversar! Tu não consegues tirar nada delas! “Ah, vão mandar para mais um bêbado!”, mas aquele bêbado, pela regulação, estava inconsciente, não respondia, tu não tens como saber, a pessoa te disse que não estava bêbado e na verdade estava! Tu até tens uma idéia, mas tu não tens a certeza que tu debes ter de 100%. Então eu acho que é uma coisa que, às vezes, as equipes não entendem, que é melhor pecar pelo excesso do que pela falta, que aí as complicações são bem menores. É basicamente isso. (E - ME)*

Os profissionais do suporte básico sabem que as informações prestadas serão decisivas para que o médico decida pela melhor resposta, ou seja, enviar a equipe básica ou decidir pelo envio da avançada. Reconhecem que o regulador tem dificuldades na coleta de informações com o usuário, para que possa presumir, o mais fielmente possível, a gravidade da situação:

*Têm alguns casos que, quando é passado o caso para nós, aparentemente não exige, mas quando a gente chega lá, tem um grau de dificuldade maior no manejo, precisando do médico no local. Às vezes ele manda, talvez na hora de passarem o caso pra ele, ele notou que não fosse alguma coisa que não há necessidade da presença do médico. Aí vai o suporte básico; então chegando lá e verificando com a pessoa da área da saúde, acho que o suporte básico seria o intermediário. (E - AT)*

*Eu acho que inúmeras vezes a gente sai para ocorrências sem saber do que se trata, e a forma como o médico regulador, entende o que seja uma urgência. Inúmeras vezes a gente chega no local já sabendo que é um paciente grave e atende. Muitas vezes porque não tem o suporte avançado no momento para atender, porque está numa outra ocorrência, porque o médico regulador entende que aquela situação não é de gravidade, de urgência que precisa o médico socorrista no local. (E - AT)*

*Todo atendimento do SAMU começa na regulação, começa no atendimento por telefone e às vezes é muito difícil a gente conseguir as informações corretas, a pessoa saber que é assim que funciona, que é importante, né?(E - ME)*

Na visão do pessoal de enfermagem a regulação carece de maior refinamento, necessitando estabelecer um melhor padrão, com intuito de qualificar a comunicação, tanto com o solicitante quanto com as equipes de suporte básico.

*Primeiro é a passagem dos casos, acho que teriam que passar ou fazer uma triagem melhor na hora da regulação; que muitas vezes a gente nota que o médico não regulou, ele recebeu o chamado e vai a ambulância; e aí chega no local, muitas vezes, é um paciente que está caminhando, não precisa de uma ambulância e o chamado não acho que seja pertinente para o SAMU. Muitas vezes as pessoas têm um veículo dentro de casa que pode ser removido por meios próprios e eles chamam o SAMU porque querem uma consulta dentro de casa e nessas horas a gente vê que é falta de uma regulação médica, de uma regulação mais minuciosa, questionar mais os familiares, esse tipo de regulação. (E - AT)*

*Deveria, quando o paciente passa para o médico, se o médico souber questionar, às vezes umas perguntinhas chaves, eu acho que poderia orientar melhor a equipe básica. Porque, às vezes, a gente chega ao local, pensa que é uma coisa e tem uma gravidade, chega lá e é outra coisa. Às vezes, a gente pergunta quando chega ao local: a senhora chegou a dizer para o médico? Não! Eu não disse! Mas também, naquele momento, às vezes, a pessoa que está do outro lado da linha não sabe como explicar, mas tu tens como coletar dados do outro lado; acho que tem umas perguntas, acho que deve ter um padrão, que eu desconheço, mas deve ter um padrão, um protocolo como regular, eu acho que ..., muitas vezes ele nem passa o caso. Às vezes cansa de ter que estar perguntando o caso em todas as ocorrências: qual é o caso? Qual é o caso? (E - AT)*

Nas observações realizadas na sala de regulação foi possível identificar que os diálogos entre médico regulador e solicitante, por vezes, parecem não fluir adequadamente. Evidencia-se que existe certa economia no diálogo, aparentando que faltam questões a serem feitas ao solicitante. Essas indagações são as ferramentas que ajudam na investigação dos sinais de gravidade e possibilitam estabelecer um diagnóstico sindrômico e/ou hipótese diagnóstica. Os questionamentos ao solicitante devem extrair as informações acerca do paciente, para que o regulador consiga presumir sinais de desestabilização das condições vitais de quem precisa de auxílio. Observou-se que, em muitas situações, o diálogo estabelecido é insuficiente, com poucas perguntas para presunção da real gravidade. A observação a seguir ilustra sobre os limites do diálogo entre médico regulador e solicitante:

*Médico Regulador está em atendimento a uma chamada, fala rápido com solicitante, argumenta que não há ambulância disponível. Ele pede ao solicitante que passe para outra pessoa que possa falar ao telefone. Médico insiste em dizer que não há ambulância; manda o solicitante levar ao postinho de saúde: “deve ter postinho aí, né?”. O médico formula várias vezes a mesma pergunta, sempre com as mesmas palavras, com uma dicção de difícil compreensão: para quem está próximo dele é difícil entender o que diz, fico (pesquisadora) imaginando como deve ser ouvi-lo do outro lado da linha telefônica (OBS 9..*

Para entender melhor a regulação descrita, buscou-se a escuta do áudio dessa situação específica. A escuta mostrou uma grande dificuldade para ouvir o médico que, repetia, insistentemente, as mesmas perguntas, de forma rápida e com uma dicção muito ruim. O médico perguntou, por cinco vezes, se a paciente estava lúcida. O solicitante respondia, a cada vez: o quê, doutor? Como? A dificuldade do solicitante em responder parecia transcender a falta de entendimento da dicção do médico. Teve-se a impressão de que houve falta de compreensão quanto ao significado de estar lúcida. Ouvir o áudio evidenciou a importância de um diálogo adequado, com perguntas que devem ser feitas de forma simples e ágil, com linguagem compatível e adaptada para que um leigo possa responder aos questionamentos do médico, ajudando-o a tomar sua decisão sobre qual recurso usará.

As variações das decisões tomadas por diferentes médicos reguladores têm relação com a experiência acumulada de cada um, que pode resultar, segundo Corbillon (2000), em compreensões diversas de um mesmo problema. O autor afirma que, enquanto um regulador mais experiente consegue apreender os motivos mais significativos do pedido de ajuda, tanto pelo conhecimento que possui quanto pela capacidade de organizar a memória, outros não conseguem fazê-lo com a mesma capacidade. Ao concordar com o autor, entende-se que são grandes os desafios para uma boa regulação. São necessárias habilidades que congreguem a comunicação, reflexão e tomada de decisão em situações em que o médico, a partir do que ouve, consegue concluir acerca das informações do solicitante. É preciso saber perguntar para poder decidir pela melhor solução para a demanda que está sendo apresentada. Por isso, o diálogo deve ser dirigido para os pontos que ajudem a definir gravidade. O equilíbrio entre agilidade e apreensão de dados cruciais é fundamental, pois será decisivo para a escolha da melhor resposta ao pedido de socorro.

Outro fator relevante é que a passagem dos casos o mais completa possível do regulador para as equipes, favorece a organização do trabalho e o preparo para a sistematização da assistência. Após ser direcionada para o chamado, a equipe se prepara para o atendimento, fazendo as combinações prévias de organização da ação, conforme as



informações recebidas. Essa constatação foi também feita por Pereira (2005), ao descrever o fluxo na central de regulação de urgência para atendimento a vítimas de acidente de trânsito. Essas informações farão diferença para a equipe, como mostram as falas dos profissionais.

*A gente fornece os dados da ocorrência, o que a gente conseguiu coletar pelo telefone, pela ligação, enfim, qual é a cena que eles vão encontrar. Eu acho isso fundamental, até para as equipes se prepararem, saber que tipo de material; apesar de que, às vezes, as informações por telefone não são as verídicas, não é exatamente o que a equipe vai encontrar no local, né?(E - ME)*

*Pouquíssimos fazem, assim, todo o relato de como está a vítima e a gente chega lá bem segura do que vai atender, e realmente é aquilo mesmo, mas tem tido falha nessa comunicação.(E - AT)*

*Normalmente a gente recebe uma solicitação via rádio e, em seguida, se dá o endereço; normalmente também se deveria passar a ocorrência, o que está acontecendo, mais ou menos um entendimento para que o técnico já possa chegar lá, deslocar em vermelho, deslocar na situação um pouco mais grave, menos grave, que tipo de atendimento vai encontrar. Ocorre que algumas situações a gente não está recebendo ainda os encaminhamentos, o que foi, o que aconteceu, o que o solicitante passou para o médico, então a gente chega nos locais e não sabe exatamente o que vai atender, isso é muito ruim, a gente demora alguns minutos até poder entender o que está acontecendo. (E - AT)*

*Se ele disser que é uma parada, tu já vais preparado para que... Com aquele espírito ali para atender uma parada, tu já vai levar todas as coisas necessárias para aquele atendimento. Agora, quando ele não passa, a gente não sabe o que vai encontrar na cena, vai pegar de surpresa e de repente não sabe nem a comoção no caso, o que vai achar no local.(E - CO)*

A maior parte dos reguladores destaca a importância de as equipes saberem o que vão encontrar no local. Entretanto, reconhecem que a afirmativa não guarda total correspondência com a prática cotidiana e nem sempre essa rotina é observada, conforme se pode verificar nos depoimentos.

*Esse é um ponto que acho que vai ter que ser trabalhado, no sentido da comunicação entre as equipes, para que ela seja mais efetiva possível. A gente sabe que tem problemas com o rádio, mas a gente sabe, também, que tem problemas que, às vezes, o caso poderia ter sido passado e não é passado, por n razões. As equipes reclamam que chegam ao local e não sabem bem o que vão atender. Isso teria que ser minimizado ao máximo. (E - ME)*

*Deveria se fornecer sempre uma orientação prévia, ou seja, um pequeno resumo do que as equipes vão atender. Nem sempre se consegue: algumas vezes porque não deu tempo e algumas vezes porque se esqueceu, tá,*

*esqueceu, passou em branco. Então, acho que para as equipes é muito ruim, porque não ter nem noção do que vai atender acho que é um mal estar terrível. Eu me lembro de quando eu saio na avançada, e não sei, também, o que estou indo atender, nem se é clínico ou se é traumático, o que exige uma preparação diferente, é muito ruim não saber. Eu acho que isso podia ser resolvido, né? De vez em quando acontece mesmo de tu não ter tempo, porque está muito complicado.(E - ME)*

Embora seja importante a passagem dos casos para o preparo das equipes na chegada da cena, as mesmas relatam que, em geral, não são informadas adequadamente pelo médico regulador. Deslocam-se para as ocorrências sem as devidas informações sobre o estado dos pacientes que irão atender, como se pode constatar nas falas a seguir:

*Eu acho que não é, de maneira nenhuma, um processo normal, eu acho que inúmeras vezes a gente sai para ocorrências sem saber do que se trata. Uma das dificuldades é que nem sempre nos é passado o que nós vamos atender, que tipo de ocorrência. Às vezes a gente chega no local antes que o médico passe para nós a ocorrência propriamente dita, o que está acontecendo no local. (E - AT)*

*A comunicação, quando se consegue, devido à falha nos rádios, eu acho, a meu ver, ela é pobre, deveria ser mais rica, assim: informações como o estado do paciente, como é que a gente vai encontrar, quanto tempo já faz que essa chamada se gerou; porque às vezes a gente chega numa ocorrência e a chamada já faz mais de hora; e está aguardando ambulância, e o médico não passa pra nós, a regulação não passa, às vezes não dá tempo de passar, tem vários casos, né?(E - CO)*

Em contrapartida, quando as comunicações para passagem dos casos acontecem, elas se mostram bastante resumidas e sucintas, a ponto de não elucidar suficientemente sobre a condição dos pacientes que irão encontrar, conforme as falas dos profissionais do suporte básico.

*O médico chama a equipe e passa o caso. Eu costumo chamar de ocorrências “kinder ovo” porque a gente sai pra ocorrência e ele passa assim: colisão, moto, carro, a maioria tem sido assim nos últimos tempos. Às vezes eu fico pensando, que eu não vou lá guinchar o carro e nem sou mecânica! Eu quero saber do paciente, se tem paciente na cena, se tem vítimas na cena e, às vezes, a gente chega no local e não tem essa informação ainda, apesar de pedir algumas vezes via rádio. Então, é meio complicado e deixa muito a desejar essa comunicação. (E - AT)*

*Tem muitos médicos que falam assim: queda de moto! queda de moto é uma coisa muito ampla, né? Uma queda de moto pode resultar num arranhão ou pode resultar num óbito. Então, claro que eu enxergo o outro lado, o lado deles, muitas vezes eles também não têm esses dados; mas é assim que está funcionando; na maioria das vezes a situação da gente é a surpresa.(E - CO)*

Embora as informações sobre as condições dos pacientes favoreçam a organização prévia da equipe, essa prática é pouco usual no serviço, conforme foi possível verificar nas transmissões da passagem dos casos pelo regulador.

*São 17 horas, equipe recebe ocorrência do rádio operador, que dá o endereço e, em seguida, o Médico Regulador diz tratar-se de acidente moto x carro. Não é passada nenhuma informação adicional à equipe. (OBS 11)*

*São 17 horas; Rádio Operador passa o endereço da ocorrência. Durante o trajeto até o local, o Médico Regulador comunica-se com a equipe e diz tratar-se de um menino de 12 anos em convulsão. Não é passada nenhuma informação adicional à equipe. (OBS 12)*

*São 16:50 quando equipe recebe novo chamado, Médico Regulador informa tratar-se de vítima de queda de telhado. Não é passada nenhuma informação adicional à equipe. (OBS 3)*

*Às 16:55, o Rádio Operador passa chamado para atender acidente de trânsito, com motoqueiro, na Av. F com AB. Médico Regulador não passa o caso para equipe. (OBS 16)*

É interessante refletir sobre os motivos de comunicações tão resumidas. Várias são as razões apontadas pelos profissionais do SAMU: problemas na comunicação, na transmissão pelo rádio, concomitância de várias ocorrências, assim como a sobrecarga entre o regular e a passagem dos casos pelas equipes.

A grande demanda na central de regulação pode ser uma das razões para que o médico se detenha por tempo exíguo na comunicação com as equipes, conforme falas dos médicos reguladores entrevistados:

*Um dos problemas enfrentados é o congestionamento do rádio e a sobrecarga de regulações, que, frequentemente, retarda a comunicação com as equipes no local. (E - ME)*

*Uma dificuldade na comunicação é que, eventualmente, pela regulação estar sobrecarregada, ou às vezes o rádio está sendo ocupado, e a gente tem muita área de sombra aqui em Porto Alegre, então às vezes a gente tenta passar pelo rádio ou mesmo pelo telefone e não se consegue a comunicação. (E - ME)*

O excesso de trabalho na sala de regulação é comum, especialmente em horários de pico, o que resulta em acúmulo de comunicações: de um lado os pedidos de socorro que precisam ser regulados, competindo, de outro, com as equipes que necessitam passar os casos que estão atendendo, aguardando as orientações do médico regulador.

Colomé *et al.* (2008) consideram que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo podem dificultar articulação das ações da equipe, o que resulta na dificuldade de desenvolver um trabalho integrado. No trabalho do SAMU, a falta de integração prejudica a organização do atendimento, uma vez que se desenrola baseado na interação entre a regulação e a equipe na cena do evento. Quando a regulação consegue apreender adequadamente as necessidades do usuário, consegue também, orientar melhor a equipe. A equipe, por sua vez, ao chegar na cena, minimamente sabedora das condições do paciente, consegue organizar-se melhor para o atendimento, sente-se mais segura e amparada na situação, pois denota que o regulador esteve envolvido com o caso e acompanha os passos daquela equipe, dando o suporte necessário. Quando a comunicação é prejudicada ou insuficiente, fragiliza a execução do cuidado.

Somada à sobrecarga do trabalho, existe uma variação importante no funcionamento da sala de regulação, que parece modificar dependendo da formação da equipe de plantão. Uma delas é em relação aos ruídos na sala, que, por vezes torna-se demasiado a ponto de perturbar as comunicações pelo rádio e os registros por parte do médico regulador. As pessoas falam alto, conversam, as equipes, vez por outra, adentram à sala para completarem dados de ocorrência concluída, contar eventos pitorescos e bizarros, provocando barulhos prejudiciais à atenção de quem atua na central de regulação. Outro fator diz respeito à percepção de que existe uma divisão desigual no trabalho entre médicos reguladores, como foi observado:

*São 4 médicos na sala de regulação. Está muito movimentado o plantão. A impressão que dá é que a divisão do trabalho é pouco equânime. Tem bastante movimento, no entanto, parece que um dos médicos se preocupa com tudo o que está acontecendo, prestando atenção no contexto geral da sala: atenta para o chamado das equipes, atende as ligações, regula os chamados da tela, atende as transmissões das equipes pelo rádio, enquanto os demais médicos respondem com menos agilidade às demandas, pois um deles fala sistematicamente em seu celular; o outro está atento ao seu notebook; o outro usa a internet intermitentemente. Todos atendem os chamados, mas é o mais preocupado que toma a dianteira das tarefas. As TARM anunciam chamados repetidos, pendências, avisam que determinada equipe quer transmitir o caso. Avisam de forma genérica, a nenhum deles em particular, dizendo em voz alta: Dr, a equipe tal quer passar o caso por telefone (quando as equipes não conseguem passar o caso via rádio, elas ligam para o 192, a TARM acolhe e transfere ao médico regulador para que receba a passagem do caso por telefone), Dr, a mesma chamada do Sr. Tal está de novo na linha, Dr. a ligação que caiu entrou de novo, e assim por diante. Nessa seqüência, o mais atento e preocupado assume várias vezes a tarefa, enquanto os demais aparentam pouca disponibilidade. As TARM parecem “preferir” a atenção desse médico em particular, que se mostra mais atento, enquanto reina uma certa indiferença entre os demais. (OBS 8)*

A divisão desigual retrata a compartimentalização do trabalho entre os médicos reguladores, que é, de certa forma, um trabalho individualizado. Cada regulador responde a chamadas independentes, que, à medida que as ligações são recebidas pelas TARM, entram no fluxo do sistema, que as distribui na tela em frente ao regulador. As chamadas que necessitam de regulação ficam na tela em cor vermelha, aguardando para que o médico tome para si, ou não, o chamado e inicie a regulação, seguindo a interlocução com o solicitante. Segundo Corbillon (2000), o processo de decisão na regulação é solitário, diferindo dos ambientes hospitalares onde os profissionais podem compartilhar decisões, discutir possibilidades terapêuticas e diagnósticas. Ao concordar com o autor, compreende-se que a pouca partilha e discussão de condutas entre os reguladores, em função das características inerentes ao trabalho na urgência, ou seja, rapidez e respostas imediatas, faz com que haja pouca integração entre eles. São características que devem ser levadas em conta na organização do trabalho e, por isso, a definição de protocolos de regulação e assistenciais serve para sustentar as decisões tomadas pelos reguladores. Não se trata de padrão rígido de respostas, mas sim de observância de normas estabelecidas, de acordo com o perfil do serviço.

Considerando que a comunicação entre a regulação e a equipe de suporte básico é um instrumento importante no atendimento do paciente, deve-se lembrar da necessidade de preservar a execução de tal prática. Afinal, nessa relação existe uma interdependência: quem envia e quem se dirige para a cena mantém uma estreita correlação na realização do cuidado. Esse cuidado poderá ser tanto mais organizado e de qualidade se houver total envolvimento para sua preparação, que inicia pela coleta de dados pelo regulador. Isso o ajudará a planejar a prescrição à distância, rotina prevista no exercício da telemedicina, que se completará com a chegada da equipe no local. Peduzzi (2001) refere que, à medida que o trabalho é construído coletivamente, maior é a integração na equipe, com maiores possibilidades de interação. Para o trabalho no SAMU essas considerações são fundamentais, pois quanto maior a interação, melhor será a preparação da equipe, anteriormente à chegada ao local, implicando num atendimento mais organizado e de qualidade.

#### 5.1.2. As equipes de suporte básico na cena do evento e a orientação da regulação

Uma vez que as equipes desenvolvem suas ações sob as orientações do médico regulador, as condutas a serem tomadas no momento do atendimento, dependem da

comunicação entre a regulação e equipe no terreno. Significa dizer que o médico regulador toma decisões a partir do relato do profissional de enfermagem.

O atendimento inicial prevê que, ao chegar à cena, a equipe faça a abordagem inicial do paciente, através de um histórico de saúde sucinto, exame físico, com a aferição dos sinais vitais. Feito isso, a equipe transmite, ao regulador, o que observou, para que ele oriente o que deve ser feito. Na maior parte das vezes a equipe já executa alguns cuidados anteriores à comunicação com o regulador, pois o trabalho se desencadeia baseado em protocolos pré-definidos, que, a priori, obedecem um ritual compatível com cada uma das patologias. Nos casos traumáticos, por exemplo, a sistematização do atendimento ao trauma, através do ABCDE (método mnemônico adaptado de modelos americanos, onde cada letra corresponde à seqüência em que os cuidados devem ser feitos), o atendimento precede qualquer tipo de comunicação com a central de regulação. Após terem sido executados os cuidados, a equipe se reporta à regulação. Ao médico regulador compete ouvir o relato, concluir sobre o agravo e decidir por medidas outras, de caráter técnico, que devam ser tomadas. Essa relação, outro pressuposto da telemedicina, tem uma dimensão muito peculiar, pois significa o compartilhamento de responsabilidades entre o profissional de enfermagem e o médico, cujo resultado é o cuidado que será prestado ao paciente. Nesse processo é imperativo que as equipes sejam capazes de avaliar os pacientes com o máximo de precisão. Desse modo, o regulador poderá exercer sua tarefa com igual precisão e segurança.

A avaliação correta implica no preparo de equipes habilitadas para assistir qualquer tipo de agravo, seja clínico, traumático, obstétrico ou psiquiátrico. Igualmente precisam saber atender faixas etárias distintas, percorrendo extremos de idade, do idoso ao neonato. Não significa conhecer as especificidades sobre cada patologia, mas devem dominar a identificação de riscos potenciais que comprometam as condições vitais em cada uma das situações. Gentil *et al.* (2008) referem, em estudo sobre capacitação de enfermeiros de APH móvel, que os mesmos devem ter conhecimento teórico e habilidades técnicas em todas as faixas etárias, face às especificidades de cada ciclo da vida, e mais especialmente ao adulto jovem, que são os atendimentos mais prevalentes. Concordando com as autoras, entende-se que essas mesmas exigências são importantes no preparo das equipes de suporte básico.

As urgências clínicas são os atendimentos mais prevalentes nas demandas do SAMU de Porto Alegre, constatação também feita por Cenci (2008). Essa é uma característica da maior parte das cidades brasileiras (FERNANDES, 2004; PEREIRA, 2005; CABRAL; SOUZA, 2008), que apresentam perfil similar. Os agravos clínicos exigem muito preparo das equipes, que precisam ser suficientemente capazes de reconhecer sinais de gravidade no

paciente, para poder descrevê-los ao médico regulador, com a maior fidelidade possível. O manejo desses agravos impõe cuidado extremado, pois significa lidar com situações silenciosas, cujos sinais são menos evidentes, exigindo do profissional de enfermagem observação acurada para a avaliação inicial, que será o diferencial nos cuidados que serão instituídos. Além disso, ao manejar pacientes em extremos de idade, esse cuidado precisa ser redobrado. Thomaz e Lima (2004) ressaltam a importância das equipes de APH estarem atentas aos idosos, dada à dificuldade de comunicação e compreensão entre a vítima e a equipe e destacam que, em geral, os programas de capacitação voltam-se, principalmente, aos adultos saudáveis, vítimas de eventos agudos, que os diferenciam dos idosos.

*A gente vai aberto para um leque de coisas, “n” coisas; tem que ir aberto para tudo, esperando qualquer coisa. Então tu chegas lá, tenta atender, se é na rua e é acidente, tenta se localizar a vítima, abordar conforme as regras da abordagem e do tratamento. Se for clínico, é a mesma coisa, se for dentro de casa, a gente entra, leva o material necessário. Atende-se, verifica-se sinais, história pregressa. A gente tem que ter também um olhar de futuro, no caso, tem que enxergar o que pode acontecer daqui um pouco com aquela pessoa. Ela está muito bem, eu tenho que ver por sinais o que ela tem, o que ela teve, o que ela passou e tal, o que pode acontecer daqui um pouco, tem que estar alerta a isso. Tendo todos esses dados na mão, a gente entra em contato com o médico regulador. (E - AT)*

As urgências traumáticas são a segunda causa de atendimentos no SAMU, que variam de 35,2 a 37,5% dos atendimentos (PEREIRA; LIMA, 2006; CENCI, 2008). Parecem ter um significado diferente em relação aos demais agravos, tanto do ponto de vista assistencial quanto organizacional. Os cuidados obedecem a protocolos pré-definidos, em atos praticamente repetidos, numa seqüência sistematizada e introjetada pelos profissionais como algo mecânico. Parecem dispendir tempo mais curto de manejo na cena, assim como na recepção nos serviços de saúde, o que pode configurar-se num facilitador. O trauma evoca a representação mais explícita de gravidade, a execução mais precisa dos atos e um acolhimento menos conflituoso nas portas das urgências. Nessas situações, o agravo é mais visível, salta aos olhos, pois as urgências sangrantes e ruidosas, conforme caracterizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) são mais freqüentemente priorizadas. A observação relatada a seguir exemplifica as considerações.

*São 17 horas, equipe recebe ocorrência do rádio operador, que dá o endereço e, em seguida, o Médico Regulador diz tratar-se de acidente moto x carro. Não é passada nenhuma informação adicional pelo Médico Regulador. Às 17:05, equipe chega no local. EPTC e Brigada*

*Militar estão presentes. Vítima está deitada ao solo, acomodada em cima da calçada, com vários curiosos em torno. Esposa do paciente está próxima, havia sido avisada do acidente e veio ao encontro do marido. O agente de trânsito da EPTC recebe equipe de forma calorosa, é falante, está contente, chama os membros da equipe pelo nome. O auxiliar/técnico aborda o paciente, se apresenta, inicia a imobilização, o condutor traz o material de imobilização da ambulância e ajuda o auxiliar. Existe uma completa sincronia entre a equipe. O condutor pede ajuda dos populares para colocar o paciente na maca A ajuda é dada sem contestação e com disponibilidade. O paciente é levado para ambulância, o auxiliar termina a avaliação dentro da ambulância e passa o caso ao médico regulador, que orienta remover para o Hospital F. Na chegada ao Hospital F, o vigilante cumprimenta a equipe, pergunta do que se trata e onde foi o acidente (essa cena é a mesma em todas as situações, existe uma rotina onde o vigilante registra, em uma prancheta, o motivo do atendimento e a origem; o diálogo é sempre breve, e somente com essas duas perguntas). A equipe adentra à sala de poli, os colegas da sala recebem a equipe falando brincadeiras, enquanto aguardam o médico socorrista para avaliar o paciente, que interage da mesma forma com a equipe do SAMU.(...). O auxiliar/técnico do SAMU passa o caso ao médico da sala, participa da avaliação com o médico e ajuda na troca de maca. A equipe reúne seu material e se dirige para a saída. São 17:25 quando encerra o atendimento e ao dar a saída do Hospital F, recebe nova ocorrência.(OBS 11)*

As urgências obstétricas são menos frequentes, em torno de 2% dos atendimentos (CENCI, 2008). Simbolizam um cuidado diferenciado, numa área de pouca vivência para a maioria dos profissionais. É um duplo cuidado, concomitante e com distintas peculiaridades, exigindo da equipe organização e destreza. Gentil *et al* (2008) destacam a importância da preparação nessa área, ainda que sejam atendimentos menos comuns, exigem habilidades específicas, pois implica assistir parturiente e recém-nascido. O relato a seguir ilustra um atendimento obstétrico feito pela equipe de suporte básico.

*São 18:40, o Rádio Operador passa o endereço da ocorrência, Médico Regulador diz tratar-se de parto consumado em domicílio.(...) Entramos rapidamente no pátio. (...) Alguém grita de dentro da casa que não precisa de maca, que a paciente irá andando até a ambulância. O auxiliar/técnico pergunta sobre o bebê. Uma pessoa vem com o bebê, completamente embrulhado, o auxiliar/técnico o pega e corre em direção à ambulância, dizendo: vamos para dentro da ambulância, a mãe vem depois, precisamos atender o bebê! O condutor vai ao encontro da mãe, entramos na ambulância e auxílio (pesquisadora) nos cuidados do bebê. É uma menina, envolta em panos muito sujos; está hipoativa, pouco aquecida, solta um mínimo choro, fraco, o que nos anima, pois respira. Acomodamos sobre campos limpos, ainda com o cordão umbilical intacto, a placenta em meio aos panos onde estava embrulhada a bebê. Iniciamos os cuidados: clampeamos o cordão, secamos melhor, tentamos aquecer. Tudo isso em meio a gritos da mãe que ficou na parte de fora da ambulância, pois a porta havia sido fechada, pois*



*havia muito vento, apesar do calor intenso. A mãe havia sido convidada a deitar na maca, ainda fora da ambulância, mas recusou-se. Insistia em entrar, falava ríspidamente, reclamando da demora, que podia morrer ali, que estávamos demorando demais. O condutor, que ficou junto da parturiente, explica que a prioridade é seu bebê. (...) O auxiliar/técnico, em seguida, assume, então, o cuidado da mãe, colocando-a na ambulância, e me pede que eu segure-o no colo, para aquecê-lo. (...) O auxiliar explica sobre os procedimentos, examina sangramento e decide puncionar a paciente. Começa a colher sua história (...). A paciente responde, mas mostra-se alheia ao seu redor. O auxiliar passa o caso ao Médico Regulador, que orienta transportar mãe e bebê para o Hospital H (OBS 10)*

As urgências psiquiátricas se constituem em 6,81% dos atendimentos do SAMU (CENCI, 2008). Dependem, em boa parte das vezes, da participação de outros atores, especialmente por apresentarem quadros de agitação psicomotora. Representam desafios diversos às equipes, nem sempre habituadas a esse tipo de agravo, que vão desde o tipo de manejo às fragilidades nos fluxos da atenção para as urgências na área de saúde mental, conforme foi possível observar nos atendimentos realizados durante a pesquisa, que serão abordados mais adiante. A situação a seguir ilustra as peculiaridades da atenção na urgência em saúde mental, onde o manejo sofre as adaptações, também, do ambiente.

*Às 16:10, o rádio operador chama equipe para atendimento, dá endereço. Médico regulador diz tratar-se de surto psicótico em escola. No início do deslocamento o auxiliar/técnico pergunta se o paciente em surto está dentro ou fora da escola. A partir da indagação, o Regulador complementa o caso, relatando que tratava-se de uma professora, em surto, sendo manejada por colegas, mas não estava agressiva. (...). Às 16:20, equipe chega no local, recebida pelo porteiro da escola e, em seguida, pela diretora que demonstra alívio pela chegada da equipe e justifica-se pelo chamado. Afirma que esgotaram as possibilidades de manejo, que outras vezes isso já aconteceu, essa professora está aposentada e quando não está bem vem à escola. (...) Enquanto a diretora conversa com a equipe, a paciente é conduzida até a sala da direção, senta-se e olha para a equipe com olhar interrogativo, sem falar. A equipe se apresenta, inicia abordagem, a paciente ouve em silêncio, com o olhar voltado para o chão, até que revida a uma pergunta do auxiliar/técnico (ele perguntou: quais medicamentos a senhora usa?), dizendo: alto lá, pergunta mal feita! Fala em inglês: no question, no answer. O auxiliar responde: está bem, vamos começar de novo e pergunta: a senhora usa algum medicamento? A paciente faz um longo discurso, num relato entremeado das perguntas que a equipe vai fazendo e outras histórias de sua vida. Ela fala sem parar, com falas desconexas, por vezes. Quando a equipe tenta convencê-la a ir para um serviço de saúde ela expressa raiva, desafia a equipe. (...) O manejo dura cerca de 45 minutos, quando finalmente se consegue convencer a paciente a acompanhar a equipe até um serviço de saúde para ser avaliada. Equipe passa dados da paciente para o Médico Regulador, que orienta removê-la ao PSM. (...). Equipe avisa do início do deslocamento e comenta*

*com o MR que, até aquele momento, a Brigada Militar\*<sup>3</sup> ainda não se havia feito presente no local da ocorrência. O auxiliar comenta comigo que é raro que a Brigada Militar chegue em apoio ao SAMU no tempo combinado, que a Brigada afirma à regulação o apoio, mas que esse não se efetiva regularmente.(OBS 1)*

Ao lidar com cada tipo de agravo e descrevê-lo, as equipes se transformam, efetivamente, nos olhos do médico regulador. Da descrição, transmitida ao regulador, depende parte do cuidado que será dispensado a esse paciente. O que está acontecendo com o paciente será descrito de uma forma mais ou menos completa, a depender do conhecimento técnico dos profissionais, especialmente do profissional de enfermagem, que é a quem cabe a tarefa de avaliar, aferir sinais vitais, colher a história, reunir informações e cumprir a prescrição médica à distância.

Os depoimentos dos médicos reguladores reconhecem que a tomada de decisão médica, no APH móvel, depende, fundamentalmente, do relato criterioso da equipe de suporte básico.

*Uma coisa que eu acho importante é que todos os socorristas deveriam passar um tempo com a gente na regulação, para ver o que é a regulação médica. Para eles aprenderem a passar um caso, para eles verem que a gente não está vendo e ter aquela noção de que é importante eles passarem a real situação do local, avaliar direitinho o paciente, porque a gente vai tomar uma conduta baseada no que eles estão nos passando, então eu acho que isso é importante. (E - ME)*

*Quando a gente passa a ocorrência, tem que procurar ser o mais claro possível, orientar, para eles se prepararem no local da ocorrência. Chegando, lá eles devem tentar ser os olhos do médico regulador, devem tentar relatar exatamente o que eles estão presenciando para a gente poder orientar as condutas (E - ME)*

Outro médico, ao sugerir melhorias para o serviço, destaca igualmente a passagem dos casos, reforçando a necessidade da descrição das condições vitais e seus sinais de disfunção, de forma que preserve os limites entre a atuação do auxiliar/técnico de enfermagem na passagem do caso e as responsabilidades do médico em estabelecer o diagnóstico sindrômico. O médico toma para si a responsabilidade de decidir, a partir do relato da equipe básica, que sua presença no atendimento se faz necessária, conforme se constata no depoimento a seguir.

*Em relação às equipes eu acho que algum treinamento pra história, pra exame físico, o pessoal tende a passar um pouco daquilo que é necessário;*

---

<sup>3</sup> Brigada Militar: nome utilizado, no Estado do Rio Grande do Sul, para designar a Polícia Militar, órgão da Secretaria de Segurança Pública/RS.

*acho que é necessário que eles saibam muito bem um determinado conhecimento, não há necessidade de ir além, não há necessidade de escutar o pulmão e saber se é um crepitante ou sub crepitante, porque isso, pra mim, não tem valor; eu não posso valorizar isso, vou ter que me guiar pela saturação, frequência respiratória, né? Então, eu acho que esse tipo de treinamento, assim, o que eles realmente vão fazer lá, e isso seja bem feito; não precisa passar daquilo ali, porque se houver necessidade o médico tem que ir. (E - ME)*

O limite de competência de uma equipe de suporte básico é um terreno de difícil definição. Teoricamente, os atendimentos que sugerem instabilidade nas condições hemodinâmicas e ventilatórias são de responsabilidade das equipes de suporte avançado. Esses casos não condizem com o papel das equipes de suporte básico, conforme afirmação a seguir:

*As equipes de suporte básico desempenham um papel no atendimento daquelas situações de pequena e média complexidade, em que o atendimento é realizado por uma equipe que tenha competência em atender o suporte básico, ou seja, que não maneje uma via aérea avançada, um paciente que não esteja em instabilidade hemodinâmica ou ventilatória. Então, está no círculo de competência de uma equipe de suporte básico. A situação que suplanta essa capacidade de equipe básica, será papel da equipe de suporte avançado. (E - ME)*

Segundo Bitencourt e Hortale (2007) definir o grau de complexidade de uma situação de emergência é em si difícil, pois devem ser consideradas a subjetividade do indivíduo e a objetividade biomédica.

No APH móvel, a definição quanto a atendimentos de média e pequena complexidade sugere certa complacência e podem ser interpretadas, segundo a lógica de cada regulador, de formas diferentes entre os médicos. Os profissionais do suporte básico relatam que, muitas vezes, são encaminhados para atendimentos que, no seu entendimento, vão além de seus limites de atuação e mencionam certa preocupação sobre isso.

*(...) e a gente termina por atender esses pacientes que, no caso, seria para o suporte avançado (E - AT)*

A decisão do médico regulador baseia-se em critérios de medicalização das ocorrências. São usados para definir as situações em que são necessárias intervenções da equipe de suporte avançado no local da ocorrência. No entanto, as equipes criticam a falta de uniformidade de padrão por parte dos reguladores, conforme aparece nas falas a seguir:

*Agora existe também uma..., eu não sei se é um protocolo novo, que era importante sempre o suporte básico ir na frente, dar o primeiro atendimento,*

*mesmo sendo uma ocorrência para o suporte avançado. Eu não sei, eu tenho dúvidas com relação a isso, eu acho, no meu entender, que a coisa deveria seguir pelo processo antigo, habitual, que é a informação do tipo de trauma, a informação dada pelo solicitante, e a medicalizada ir e verificar. Porque a gente pressupõe, por exemplo, que uma pessoa que cai do terceiro, quarto andar e está inconsciente, o suporte avançado, deve ir, mas atualmente tem se utilizado o oposto: vai a básica na frente, dizem que é mais... que a coisa funciona melhor. Eu não sei, eu tenho dúvidas. (E - AT)*

O protocolo referido pelo auxiliar/técnico de enfermagem é utilizado e recomendado quando se trata de agilizar o atendimento, considerando princípios de tempo e proximidade. O envio de uma equipe básica para situações mais graves justifica-se como alternativa para garantir gestos iniciais, em momentos que a equipe avançada estiver indisponível, ou muito distante do endereço da ocorrência. Nesse último caso, enquanto a equipe avançada (ambulância ou veículo rápido) vai ao encontro dessa equipe, a ambulância básica assegura o início do atendimento. Essa forma de organização foi também relatada por Pereira (2005), que constatou que o médico regulador, ao considerar situações de maior gravidade, envia a ambulância de suporte avançado ou o veículo rápido em apoio à equipe de suporte básico que foi deslocada de uma Base descentralizada.

Considerando que o número de unidades avançadas é menor que o das equipes básicas (por parâmetros estabelecidos para organização das equipes em serviços de APH móvel) e essas últimas, além de serem maiores em número, estão distribuídas de modo a cobrir todas as regiões da cidade, justifica-se o envio precoce e imediato de uma equipe básica enquanto a avançada se desloca concomitantemente. No entanto, é esperado que o médico regulador tenha a capacidade de avaliar os dois fatores mencionados em conjunto, para poder garantir uma resposta de qualidade, adequada à gravidade do paciente. A fala de um médico regulador entrevistado ilustra a importância de definir corretamente o envio de uma equipe a partir da complexidade do paciente.

*Eu acho que teria que se evitar situações em que o médico tem que ser chamado posteriormente pra atender um caso que é grave, que inicialmente se achou que talvez não fosse. Ou seja, acho que a gente tem que trabalhar para medicalizar mais as situações porque... às vezes uma equipe básica realmente está muito mais perto de um determinado paciente e até o médico chegar lá demoraria realmente muito tempo e aí se justifica o envio da equipe básica antes, né? Mas, em muitos casos, a gente sabe que o médico poderia ter ido já desde o princípio e ter dado um suporte desde o início. (E - ME)*

Esse depoimento ilustra algumas situações observadas na central de regulação. A escuta da passagem dos casos do médico regulador para as equipes deixa dúvidas se os

critérios de medicalização são rigorosamente cumpridos dentro de um mesmo padrão por todos os médicos reguladores. Identificou-se uma certa heterogeneidade na definição do que precisa ou não ser medicalizado. O relato sobre as condições do paciente passado pelo regulador às equipes, num primeiro momento, pressupõe, em muitas situações, indicativos de sinais de gravidade no caso. Ainda que, no momento da regulação, não esteja determinada a necessidade de gestos invasivos que são privativos ao médico, o envio de uma equipe avançada, supostamente, seria de boa escolha, já que a probabilidade de agravamento durante o atendimento é real e a presença dessa equipe resultaria em pronta assistência, com todos os recursos tecnológicos disponíveis. A descrição das condições do paciente que a equipe de suporte básico recebe do médico regulador, leva a pensar que, a ocorrência para a qual está sendo enviada, apresenta sinais de risco para o paciente, podendo evoluir rapidamente para agravos mais sérios, como, por exemplo, na situação a seguir:

*Durante uma regulação, observo o regulador que pergunta ao solicitante: “Ele já teve história anterior? E responde, em seguida: Estou mandando a ambulância.” A rádio operadora comunica a equipe Branca e passa o endereço. Em seguida, o regulador passa o caso pelo rádio para a equipe: “60 anos, dor no peito, síncope, sintomático, dispnéico e com muita dor no peito”. (OBS15)*

É importante considerar que existem lacunas entre o que o regulador consegue apreender do solicitante, as conclusões que ele tira do relato e a tradução do que é passado para a equipe, que, apesar de sugerirem certa gravidade, podem, ou não, se concretizarem como tal. Em geral, quando a equipe de suporte básico compreende que o caso supera sua capacidade de intervenção, ela não contesta a decisão do regulador. As equipes usam de sutilezas, como questionar o médico regulador sobre o critério de medicalização de forma indireta, ou seja, deixam no ar uma pergunta que levanta a dúvida quanto à necessidade do envio de outra equipe que não a básica, conforme é possível constatar no relato a seguir.

*(...) Enquanto nos deslocávamos para uma ocorrência, acompanho a passagem pelo rádio de um chamado para uma das Bases. O Médico Regulador diz: “Equipe Amarela, vocês vão atender uma criança, que caiu de uma árvore e está inconsciente”. Do outro lado, a auxiliar/técnica da equipe responde: “Ok, Mike<sup>4</sup>, mas a criança está inconsciente”? Fica um silêncio no rádio; o Médico Regulador não responde. Fica a dúvida se ele não ouviu o questionamento ou se optou por não responder. Passam alguns segundos e a auxiliar/técnica avisa que estão em deslocamento. Pouco depois, a auxiliar/técnica fala: “estamos quase chegando no endereço e*

---

<sup>4</sup> Mike: código usado na rádio-comunicação para denominar o médico regulador.

*ainda não sabemos o estado de consciência da criança”. Somente nesse momento, o Regulador informa que a criança havia perdido a consciência na queda, mas já havia recobrado. Depois disso, não consegui mais acompanhar o desenrolar dessa situação (pesquisadora). A equipe que eu acompanhava comentou que os médicos “poupam” demais o suporte avançado. (OBS 8)*

Quando as equipes são enviadas para atendimentos julgados pertinentes ao suporte básico e se confrontam com situações mais graves, elas pedem o apoio, via central de regulação, da equipe avançada na cena. No entanto, ainda que essa rotina esteja regularmente instituída, ela não obedece um padrão uniforme entre todos os reguladores. As equipes entendem que, ao demandarem apoio, devem ser atendidas sem maiores questionamentos, pois o tempo usado para responder à regulação prejudica sua intervenção na cena. Essa compreensão coincide com a normatização da regulação médica quando diz que o médico regulador deve monitorar a equipe no local da ocorrência e prontificar-se imediatamente a enviar apoio sempre que solicitado, lembrando que, às vezes, por várias razões, nem sempre é possível o fornecimento de justificativas detalhadas (BRASIL, 2006b). Embora existam recomendações acerca disso, nem sempre as solicitações das equipes são prontamente atendidas, sem grandes questionamentos, como se pode constatar nas falas a seguir.

*Uma outra coisa, por exemplo, do qual a gente tem dificuldade, e que a gente chega no local e o paciente está mal, se fez uma parada, pô, se o paciente fez uma parada tu tens que puxar as mangas e trabalhar! E aí tu pedes para o motorista chamar o médico no local, o VR, ou a medicalizada e o médico regulador fica lá, perguntando: qual é a situação? O que está acontecendo? Mas quais são os sinais vitais da vítima? Sabe? Numa situação dessas não tem como verificar os sinais vitais, o cara parou e tu tens que partir para procedimentos rápidos e lógicos, tu não podes ... e o cara fica ali, fica questionando, por gentileza, passa a situação, que eu tenho que passar para ... e não dá! Eu gostava quando a Dra Anita, uma época, criou aquela regra que dizia o seguinte: quando a equipe básica chegar no local e chamou o médico no local, desloque sem questionar... porque o paciente está ruim, não interessa se, de repente, está bem para o médico, de repente para mim não está bem, para mim é uma situação em que não estou seguro para tomar procedimentos com relação àquele paciente! (E -AT)*

*Quando eu estou lá na cena, quando eu preciso de uma orientação, têm muitos médicos que pedem: qual é a situação? como é que está? Às vezes, naquele momento, quando tu vais passar, eles pedem via área, como está a saturação, às vezes são perguntas que, naquele momento, eu acho que se eu pedi o médico no local, acho que já tem que estar deslocando, alguém na mesa – no caso é para ser 3 médicos na mesa - eu peço o médico no local, acho que aquele médico já tem que estar saindo e um segundo médico me orientar. Entendeu? Aí, até descer, sair até a ambulância ou o veículo rápido... eu noto que isso não tem acontecido, o mesmo médico que me*

*orienta é o mesmo que, minutos depois, está lá, eu tenho notado isso. Então eu acho que ele podia ganhar, o paciente, no caso, poderia ganhar uma qualidade melhor no atendimento, se ele... minutos ali , um me orienta e outro desloca.(E -AT)*

Esses elementos permitem pensar na necessidade de conjugar, mais adequadamente, a organização do trabalho com a definição de protocolos técnicos do serviço, o que poderá resultar em melhores práticas. Os protocolos ajudam a garantir a segurança dos próprios profissionais, além, de obviamente, assegurar melhores condições de atendimento aos pacientes, pois os limites entre o suporte básico e avançado, embora pareçam claros tecnicamente, não são de fácil aplicação no ambiente pré-hospitalar. Especialmente nas ocasiões em que o suporte básico depara-se com casos de maior gravidade, dependendo de um único profissional de enfermagem avaliar, decidir e manejar o paciente. Se esse profissional sente necessidade de ser apoiado in loco, a fim de oferecer melhor e mais completo atendimento, esse protocolo deveria fluir de tal modo que os reguladores dessem mais atenção ao pedido de apoio, medicalizando a missão. A heterogeneidade de respostas por parte dos médicos, especialmente em relação a situações como essa, deixa brechas para que o trabalho em equipe e a confiança mútua entre os profissionais sejam comprometidos.

As características de um serviço de APH móvel impõem a observância de condutas comuns, com certa uniformidade de padrão, pois o trabalho lida com elementos como tempo, racionalidade, exatidão e cumprimento de protocolos, alicerçados na comunicação em tempo real. Embora a regulação médica tenha que tomar decisões a partir do que ouve e não vê, o que abre espaço para a subjetividade, a padronização de condutas faz parte do trabalho no SAMU. Campos e Amaral (2007), ao abordarem sobre o modelo clínico, afirmam quanto às possibilidades das descrições em manuais, protocolos e cadeias de cuidados e referem que, considerando as conexões entre o que é possível ser descrito em protocolos e a variedade de casos dos sujeitos concretos, torna-se inevitável a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e possibilidade de adaptação de regras gerais às variações de cada caso. Na perspectiva do SAMU, a afirmação dos autores instiga a pensar que a padronização de determinados protocolos remete para a observância de cuidados mínimos a serem cumpridos pelo conjunto dos profissionais. Baseado nesses princípios, o trabalho poderá desenvolver-se com maior qualidade e harmonia entre as equipes. A fala a seguir caracteriza a importância dos protocolos, como estratégia de organização da assistência, em relação à passagem dos casos pelas equipes ao médico regulador.

*Existem vícios assim, vícios médicos e vícios das equipes na comunicação. Eu sou uma pessoa meio rigorosa assim, né, meio rígida em alguns aspectos, então algumas coisas que são naturais, digamos assim, para as equipes, pra mim, tinham que ser, como é que vou te dizer, tinham que seguir mais um certo padrão, uma certa rotina. Por exemplo, agora mesmo aconteceu, né? O pessoal chamou: Central! Me aconteceu várias vezes assim, deles chamarem central, e não é pra central, na verdade é pro médico. Só que os 3 médicos estão regulando. A equipe passa todo caso, porque chamou errado, porque era pra ter chamado o médico, o Mike. Passa todo o caso sem que nenhum dos 3 reguladores consiga pegar. Então, isso assim: desperdiçou tempo no rádio, e eu não vejo por que tu não devas chamar direto o médico se esta é a tua intenção. São coisas pequenas, mas que muitas vezes atrapalham, né, e eu fico me perguntando o porquê que algumas pessoas não conseguem seguir pequenas rotinas como essa de chamar e insistem em fazer da forma errada, sendo que, isso, no final, atrapalha o serviço. (E - ME)*

Há de se considerar, portanto, que a natureza do serviço exige o cumprimento de determinados rituais. A dinâmica do trabalho no SAMU, caracterizada por grande afluxo de demanda, pedidos de ajuda dos mais variados e várias equipes atuando concomitantemente, impõe a organização da assistência com certa padronização na prestação dos atendimentos pelas equipes.

O atendimento embasa-se na articulação entre equipes de suporte básico e regulação médica que caracteriza o trabalho coletivo. Pereira e Lima; (2009) destacam que a prática cotidiana no APH tem como característica o trabalho coletivo, que se estrutura a partir de instrumentos tecnológicos e do estabelecimento de relações entre os atores. O resultado depende dos atos de cada um deles e de todos em seu conjunto. Ao concordar com as autoras, pode-se afirmar que no SAMU, essa característica é marca presente no trabalho. Cada profissional tem responsabilidades sobre parte do cuidado, de tal forma que um complementa o trabalho do outro nas várias etapas do atendimento. Esse, por sua vez, exige preparo de todos profissionais envolvidos. Se por um lado é imperativo que o profissional de enfermagem, apoiado pelo condutor, saiba reconhecer as necessidades do paciente e descrevê-las, de outro é preciso que o médico regulador esteja suficientemente preparado para apreender as informações e identificar, nesses relatos, o que precisa ser feito pela equipe in loco e orientar para o cuidado com clareza. Numa das entrevistas, um auxiliar/técnico de enfermagem comenta que, por vezes, o médico regulador parece não atentar para as informações transmitidas pelos profissionais de enfermagem. O entrevistado, ao sugerir melhorias para o serviço, aponta a necessidade de qualificar os reguladores, em função da precariedade de comunicação que ele julga existir, baseado em duas impressões:



*Bom, vamos começar arrumando os móveis da casa, né? Uma melhor qualificação dos nossos médicos reguladores, sabe? O fato de tu fazeres uma faculdade de medicina não que dizer que tu ... Esse médico pode ter um bom conhecimento na parte técnica dele, mas tu o colocas numa sala de regulação, é uma coisa totalmente diferenciada. Isso é uma coisa que um brigadiano tem facilidade de fazer, um bombeiro tem facilidade de fazer, um rádio operador tem facilidade de fazer, mas um médico não vai ter facilidade de fazer isso aí inicialmente, ele tem que ter mais..., como vou te dizer, mais visão do serviço, de como regular, de como atuar, aprender a conhecer as equipes que estão atuando, as equipes que estão do outro lado, aprender a ouvir as equipes que estão do outro lado, para que tu não passes toda uma situação, como essa, por exemplo: “Dr, o paciente está num Glasgow: abertura ocular 4; resposta verbal 4; resposta motora 6; e daí depois que tu passou, paciente está eupnêico, movimentos simétricos, etc, etc e aí ele te pergunta: tá, mas ele está lúcido?” Sabe? Então, pô, então, de 2, uma está acontecendo: ou ele não conhece a escala de Glasgow ou ele não ouviu nada do que tu falou! Tudo o que tu falou foi ao vento. Então, por isso que eu digo, a necessidade de conhecer, e claro, qualificar o nosso pessoal, para que eles conheçam o nosso pessoal, saibam que o nosso pessoal é qualificado, aí então vai ficar mais fácil.(E -AT)*

*Eu, particularmente, eu vejo que o próprio retorno do médico regulador é meio falho, é meio...porque assim ó, tu passas, por exemplo, o paciente que está com dispnéia, que está com a saturação baixa, o paciente que está hipotenso, e às vezes tu tens que sugerir colocar um acesso venoso, tu tens que sugerir um oxigênio, porque ele não... não parte dele nos orientar a fazer isso. Então, inúmeras vezes a gente se arrisca com a responsabilidade de colocar, por conta da gente, porque tu ficas inseguro em deslocar com o paciente com a saturação baixa, com uma hipotensão, porque esse médico não te orientou para isso. Eu normalmente faço isso e depois comunico que foi colocado, mas, às vezes, também não existe a possibilidade, porque o rádio não funciona adequadamente, tem falhas, o próprio rádio, está ocupado em função de outras equipes passando, então é complicado, é uma coisa bem complicada.(E - AT)*

Embora esteja definido que a execução do atendimento é atrelada à orientação da conduta pelo médico regulador, existe uma certa autonomia da equipe de suporte básico, amparada no conhecimento técnico e nas orientações estabelecidas em diretrizes e protocolos de atendimento. Campos e Amaral (2007), referindo-se aos conceitos de clínica ampliada afirmam que a singularização do atendimento é possível frente ao esforço particular de cada profissional diante de um caso específico, garantido pela possibilidade de certo grau de autonomia durante o trabalho. A afirmação dos autores é explicitada no cotidiano do trabalho no SAMU. Ao chegar à cena, as equipes fazem a avaliação primária, tomam iniciativas e passam a executar os cuidados iniciais de suporte básico para, mais tarde, reportar-se ao regulador e fazer a passagem do caso, aguardando a orientação quanto à continuidade do

atendimento. Essa prática também foi observada por Pereira (2005), assim como se pode constatar nas falas a seguir.

*O médico só fica sabendo depois que a gente já imobilizou, já hemostasiou, fez um curativo de compressão, aí que ele fica sabendo qual é o caso. Num caso grave eu chego no local e peço auxílio, no caso de uma ocorrência... a equipe tem uma certa autonomia. E aí, depois, eu vou passar o caso, e aí, muitas vezes, já está estabilizado, tu já ofereceste um O2, tu já imobilizaste, já fizeste um curativo, já imobilizaste a fratura. E aí tu passas o caso e o médico diz para tal local, a sala tal. Nesses casos, acho que as equipes já tomaram uma atitude, já fizeram, pelo menos, o básico.(E - AT)*

*Durante o atendimento, tu começa a fazer o atendimento, dá o suporte básico ao paciente, a necessidade de liberação da via aérea, de ofertar O2, de um acesso venoso, já fazendo contato com o médico regulador; se tu não faz contato, o teu condutor está abrindo o rádio para que tu vás falando; se estiver ocupado, tu consegues ir falando com o auxílio do teu condutor. Vai falando com o médico regulador, passando a situação e o médico vai te indicando o que tu deves fazer na cena, conforme aquilo que tu consegues deixar de claro para ele.(E- AT)*

*Ele orienta de acordo com aquilo que tu falares para ele no momento lá, né? Depois que a gente fez... Se é um atendimento sem muita gravidade a gente vai fazer o atendimento e aí, no caso, pelo que eu tenho visto, o técnico vai passar para ele o que ocorreu, no boletim vai descrever, as medicações e tudo e aí ele vai orientar para que lugar vamos levar o paciente.(E - CO)*

Os próprios médicos reguladores reconhecem a iniciativa das equipes no início dos cuidados prestados aos pacientes, que obedecem uma lógica coerente com o estado dos mesmos, cumprindo protocolos previamente estabelecidos.

*A equipe chega no local, faz a avaliação do paciente; verifica os sinais vitais; colhe a anamnese do paciente; examina brevemente, dentro daquilo que eles têm capacidade para fazer, geralmente vê com a família a história, medicações que o paciente usa. Em casos clínicos ou em casos traumáticos, avalia as circunstâncias do acidente. Posteriormente, depois de coletar esses dados todos, é feito um registro escrito e é passada ao regulador, pelo rádio, toda essa história, os sinais do paciente, a situação em que ele se encontra e o médico regulador, então, define a conduta a ser tomada dentro do caso: pode ser imobilização ou pode ser uma medicação para aliviar um sintoma inicial, enfim, dentro daquilo que o paciente precisa, no momento. (E - ME)*

*Na verdade, a orientação vem depois que a equipe já prestou o atendimento, né? Na maioria das vezes, o que eu percebo, é que a orientação é depois de um primeiro atendimento, invariavelmente já dentro da ambulância, às vezes já em deslocamento, né? Normalmente a orientação no local, eu vejo que, quando o paciente está no local, são basicamente duas situações: uma*

*situação mais tranqüila, um paciente diabético com hipoglicemia que vai ser medicado e vai ficar no local; eventualmente uma crise de asma, paciente que não tinha condições de nebulizar e que vai nebulizar e vai conseguir ficar no local. Ou uma cena um pouco mais grave, um paciente que a gente está na dúvida do grau de consciência, da necessidade de medicalizar a ocorrência. Mas o que eu vejo é que, na maioria das ocorrências, a orientação já se dá com o atendimento, mais ou menos, já tomando um rumo, assim, né? A equipe já está deslocando, já sabe mais ou menos, já tomou par da gravidade, enfim, aí recebe uma orientação mais para onde dirigir aquele paciente, eventualmente medicar para dor ou alguma coisa assim. (E - ME)*

As orientações do médico regulador quanto às medidas a serem tomadas pelas equipes de suporte básico em relação aos atendimentos nas situações traumáticas são praticamente inexistentes, uma vez que a equipe cumpre o protocolo baseado no ABCDE. Em contrapartida, nas ocorrências clínicas, as orientações são mais freqüentes, especialmente por dependerem de prescrições medicamentosas.

*Base Lilás pede preferência; avisa que estão com paciente diabética, com HGT de 40. Médico Regulador prescreve glicose hipertônica. (OBS 9)*

As orientações concentram-se na prescrição médica e no desfecho, no que se refere ao encaminhamento a serviço de saúde ou deixar paciente no local. No entanto, na maior parte das vezes, a orientação restringe-se a direcionar o paciente para os locais de atendimento definitivos, conforme as falas anteriores dos médicos, bem como aparecem nas observações feitas nos atendimentos realizados.

*Equipe passa dados da paciente para o Médico Regulador, que orienta removê-la para o PA 2, ao PSM. A orientação é exclusivamente em relação à remoção; não orienta condutas quanto à medicação, manejo ou outras medidas. (OBS 1)*

*Médico Regulador orienta apenas encaminhar ao Hospital H. (OBS1)*

*O auxiliar/técnico passa o caso ao Médico Regulador que orienta levar ao Hospital F. Não dá qualquer outra orientação para equipe. (OBS 11)*

*A auxiliar/técnica passa o caso ao médico regulador, informa que já é paciente conhecido, explica que hoje o chamado foi mais pela preocupação com o ferimento na boca. O médico regulador pergunta se paciente não necessita de sutura, a técnica nega a necessidade, o regulador orienta deixar no local. (OBS11)*

*A equipe decide iniciar o deslocamento devagar em direção ao Hospital F, até poder falar com o médico regulador. Quando consegue, passa o caso e o médico somente orienta sobre o destino. (OBS 8)*

A escassa orientação em relação a cuidados remete a refletir sobre as características de pacientes que estão sendo atendidos pelo SAMU. Fica a dúvida se as situações atendidas exigiriam indicação de outros cuidados, ou se esses são, de fato, desnecessários. A pequena complexidade de alguns casos sugere que esses pacientes necessitam de cuidados ambulatoriais, mas demandam o SAMU como alternativa de acesso ao sistema de saúde. São casos com pequena gravidade, cujo trabalho do pré-hospitalar móvel resume-se a realizar o transporte para consulta em serviço de saúde. Situações como essa merecem ser estudadas com vistas a identificar vazios assistenciais, demandas e reorganização de fluxos.

Embora seja naturalizada a tomada de iniciativas por parte das equipes de suporte básico e estejam amparadas nos protocolos de serviço, existem situações em que as equipes necessitam abrir mão da comunicação com o médico regulador em função de dificuldades técnicas do sistema de rádio-comunicação. Essa situação, que também foi comprovada por Pereira (2005), é entendida como legítima, na opinião da regulação.

*Eventualmente as equipes ficam desassistidas porque tu não consegues contato ou há algum tumulto na regulação; a equipe não tem condição de passar o caso e acaba tendo que tomar uma conduta sozinha, sem que o médico possa participar. A meu ver, se aconteceu essa situação, acho que a equipe tem direito de tomar a conduta e posteriormente avisar, se acha que deve deslocar de cena ou levar o paciente pro poli, por exemplo. Eu, a princípio, aceito que a equipe tome a conduta que ela julgou pertinente, se ela não conseguir oferecer o suporte, a regulação que ela necessita. (E - ME)*

Em contrapartida, os médicos reguladores manifestam inconformidade com a livre iniciativa de algumas equipes, em determinados momentos, em situações que extrapolam os limites de competência das mesmas, conforme expresso na continuação da fala anterior do médico entrevistado:

*A equipe vai além do que aquilo que, a meu ver, é o papel dela em cena, tentando fazer um diagnóstico ou sugerir já uma conduta. Pra mim, a equipe realmente o que ela tem que fazer é verificar o que está acontecendo, pegar uma história básica, sinais e passar. Não deve ir a partir daí, a princípio, se o médico está disponível, porque não é a função dela e eu acho até perigoso para a própria equipe, tá? Então, aí acho que há um certo conflito, assim, são essas coisas, né, esses pequenos detalhezinhos. (E - ME)*

Se por um lado os médicos reguladores afirmam que as equipes de suporte básico devem respeitar seus limites de competência, de outro elas justificam suas iniciativas em função da insuficiente orientação do regulador frente às descrições das condições dos pacientes que elas relatam na passagem dos casos. Manifestam preocupação quanto à indicação de condutas a serem prescritas pelos médicos, especialmente em relação a algumas situações específicas, como acesso venoso e analgesia. Calil e Pimenta (2009) relatam que a adequada avaliação, controle e alívio da dor em acidentados, além do aspecto humanitário, constitui importante papel no atendimento e concluem pela necessidade de discussões acerca do sub-tratamento e sub-avaliação da dor no trauma, bem como na criação de protocolos de analgesia na área das urgências. Ao concordar com as autoras, é possível afirmar que, via de regra, o manejo da dor no APH móvel é pouco valorizado e não obedece a padrões uniformes de condutas entre os médicos, em relação à prescrição de analgésicos. O relato a seguir ilustra quanto ao manejo da dor.

*Na chegada da equipe, encontramos paciente obesa, praticamente encaixada numa cadeira desproporcional ao seu tamanho e havia sido muito mobilizada.(...) Estava na sala da casa, com familiares em volta, que se preparavam para levá-la de carro para o hospital. Eles explicam que caiu no pátio da casa, estava com muita dor, acham que fraturou a bacia, e como ambulância estava demorando muito decidiram transportá-la. Paciente chorosa, gemente, com bacia e membro inferior em desalinhamento, pedindo remédio para dor. Equipe acomoda a paciente na maca, com ajuda dos familiares. Auxiliar/técnica completa avaliação da paciente dentro da ambulância, e pede à Central de Regulação para passar o caso. A auxiliar/técnica descreve as condições da paciente, sinais vitais, relata história, chama a atenção sobre a dor. O médico orienta apenas deslocar para hospital A. A auxiliar/técnica reforça que a paciente refere muita dor, perguntando: É possível medicá-la, Mike? O médico concorda, prescreve o medicamento e a auxiliar/técnica administra, conforme orientação. (OBS 4)*

As equipes sentem-se mobilizadas a sugerirem alguns cuidados, naquelas situações em que, apesar do relato claro na passagem do caso ao médico, esse não indica a execução de certos atos que elas julgam necessários. Ao reforçar sobre as condições do paciente, elas interrogam, se algo mais pode ser feito no atendimento, conforme aparece na fala a seguir, quando a entrevistada relata como se dá a passagem do caso pela equipe.

*Se passa para o médico regulador os dados, se ele tem alguma dúvida ele pergunta, a gente tenta esclarecer as dúvidas dele, e aí ele nos diz o que fazer com aquele paciente. Ele nos dá condutas, geralmente, a conduta é para onde levar. A gente já tem sentido que as condutas do tipo medicar, imobilizar, tem sido um tanto precárias, mas a gente tenta seguir, às vezes a gente até sugere:*

*“Ah, quem sabe um soro?”, “Quem sabe tal coisa”? Orientando ele, ele nos orienta e a gente se dirige ao destino. (E - AT)*

Em estudo feito por Lima e Almeida (1999) foi identificado que as enfermeiras, mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, oferecem conselhos em muitos aspectos da prática, de forma direta e aberta. Essa constatação coincide com o trabalho do SAMU, em que pesem algumas diferenças. Nos atendimentos feitos pelas equipes de suporte básico do SAMU, a interlocução é feita pelo auxiliar ou técnico de enfermagem e de modo sutil, indireto. Essa estratégia acaba sendo usada de modo a garantir um cuidado mais completo, de acordo com a necessidade do paciente.

A situação descrita a seguir exemplifica a forma usada pelos profissionais de enfermagem para questionar sobre outras medidas que identificam como necessárias no atendimento.

*Equipe passa o caso, trata-se de uma situação clínica: paciente com história de cardiopatia, na chegada da equipe com dor, descreve demais condições do paciente, sinais vitais. Conclui o relato perguntando: conduta? MR diz para levar ao Hospital D. A auxiliar/técnica pergunta: devo medicá-lo? Somente após o questionamento, o médico complementa: coloca um isordil sub lingual, por precaução. (OBS 8)*

Ainda que essas formas de funcionamento tenham por objetivo garantir atendimento de qualidade, é visível que existem espaços para serem discutidos, no sentido de melhor organizar a assistência prestada.

Peduzzi (2001) afirma que o trabalho em equipe ocorre em situações objetivas de trabalho, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não médicos, ao lado da flexibilidade da divisão do trabalho e da autonomia técnica com interdependência. A autora levanta questões que são vividas no cotidiano do SAMU, na relação entre as equipes de suporte básico e a regulação médica. Esse é um campo relativamente novo para a enfermagem, com atribuições até então pouco experimentadas. No APH móvel o profissional de enfermagem possui espaço para certo grau de autonomia, que lhe permite tomar decisões frente às situações de atendimento, constatação também feita por Pereira e Lima (2009).

O trabalho no APH móvel possui algumas características que diferem um pouco de outras áreas de atuação da enfermagem. No SAMU, o profissional de enfermagem de nível médio desencadeia o cuidado. Dele depende a descrição do estado do paciente para que o médico regulador elabore sua orientação à distância. Esse processo é permeado por autonomia com liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades dos usuários,

conforme também afirmado por Peduzzi (2001). Campos (2002) enfatiza que autonomia pressupõe liberdade, associada à capacidade de responsabilização pelo trabalho. Afirma que para assegurar a qualidade em saúde é necessário combinar autonomia e definição de responsabilidades para os trabalhadores. Ao concordar com os autores, é possível afirmar que o trabalho no SAMU permite a concretização desses pressupostos na prática. Ainda que a regulação médica seja o esteio da organização dos fluxos do trabalho, os profissionais de nível médio da enfermagem exercitam autonomia em todas as suas ações, usando de seus saberes, suas técnicas e criatividade para assistirem os pacientes. Sustentar o trabalho coletivo é, portanto, um desafio a ser perseguido sistematicamente. Pois um serviço que lida com variedade de situações, conjuga diferentes atores, com responsabilidades que se enlaçam, precisa estar alicerçado de tal modo que a sua operação prime por definições consensuadas, onde seus profissionais, ao vivenciarem a interdependência, possam usufruir dela de modo compartilhado, com práticas compatíveis com as necessidades dos pacientes, resolutivas e qualificadas.

## **5.2 O desfecho dos atendimentos feitos pelas equipes de suporte básico do SAMU**

### **5.2.1. A chegada das equipes de suporte básico nas portas de urgência**

Concluído o atendimento na cena, existem duas possibilidades de desfecho. A primeira delas, e menos comum, é quando o paciente não é removido para serviço de saúde. Acontece quando o risco é descartado, em situações que não exijam continuidade de atenção, imediatamente na seqüência do atendimento. Casos típicos são as situações de hipoglicemia, por exemplo, em que o paciente é manejado na cena e ali deixado, com orientação. Algumas vezes o paciente recusa-se ao atendimento, permanecendo no local, conforme foi também observado por Pereira (2005). Dados do SAMU de Porto Alegre, apontam que em torno de 11,6% dos atendimentos são caracterizados como incidentes, que reúnem os pacientes que não foram encontrados, que permaneceram no local e que foram removidos anteriormente à chegada do SAMU (CENCI, 2008). Outras vezes, o paciente é deixado no local, após avaliação da equipe, que julga não haver necessidade do atendimento e mediante decisão final do regulador. Nesses casos, o paciente e/ou a família são orientados sobre os motivos da não remoção e de medidas que deverão tomar por conta própria. Com frequência, o usuário compreende e aceita não ser encaminhado para serviço de saúde. No entanto, existem casos

em que o usuário discorda do desfecho, uma vez que sua expectativa era outra, conforme aparece na fala a seguir.

*Às vezes o motivo não é pertinente para o chamado e, muitas vezes, depois que é feita uma avaliação, o paciente é deixado no local. Muitas vezes, nessas situações, a gente fica um pouco numa dificuldade porque as pessoas que chamam sempre estão esperando que a ambulância leve até um local. Às vezes chamam o SAMU porque acham que é mais fácil entrar via SAMU do que ir por meios próprios. Então eles acham que o SAMU dá acesso a entrar nas emergências, ou é mais fácil de chegar a um local para consultar. Essa é a nossa dificuldade, muitas vezes. (E- AT)*

A segunda possibilidade de desfecho é o encaminhamento a serviços de urgência, podendo ser para um hospital ou para um pronto atendimento 24 horas. A escolha do destino depende da decisão do médico regulador, que leva em conta as condições do paciente, existência de vínculos prévios com o serviço e proximidade com o serviço de saúde. Com base nesses dados, decide, então, pelo local mais adequado para responder às necessidades daquele usuário. Essa se constitui na decisão gestora do regulador, que consiste em definir, de acordo com a complexidade, disponibilidade e grade de referência pactuada, o serviço de destino do paciente (BRASIL, 2006b). Ao relatar como o médico regulador encaminha os pacientes, um entrevistado descreve a rotina apontando critérios consoantes com os preconizados pelas normativas da regulação das urgências.

*Acho que é fundamental a gente tentar, o máximo possível, estabelecer a gravidade daquele quadro, né? E aí a gente vai decidir se esse paciente pode ser recebido, por exemplo, em um PA, ou se ele precisa ir para um hospital terciário, né, uma referência maior. Sempre é importante a gente ver se aquele paciente que está atendendo, no caso de paciente clínico, já tem uma referência, né? Já tem um vínculo com algum serviço hospitalar, é importante a gente definir também a zona onde ele está sendo atendido, isso também influencia quando a gente definir para onde esse paciente vai.(...) Mas eu acredito que o fluxo seria a gravidade do quadro, a referência daquele paciente, se existe ou não, e o local onde ele está sendo atendido, né? A zona onde ele está sendo atendido. (E - ME)*

Está previsto que, ao encaminhar aos serviços de saúde, o médico regulador faça o contato prévio com a instituição, para preveni-la sobre a chegada e preparar-se para a recepção do paciente. Esse princípio compõe uma das importantes atribuições da regulação médica e tem por objetivo a ordenação adequada de fluxos e garantia dos recursos necessários para o atendimento dos pacientes. Embora existam experiências bem sucedidas nesse sentido



como as relatadas por Santos (2002) e Santos *et al* (2003), esse fluxo, tal como é preconizado pela legislação das urgências (BRASIL, 2006a) é de difícil execução.

As insuficiências em relação à descentralização e hierarquização de redes assistenciais, a falta de articulação na ordenação dos fluxos e indefinição de grades de referência pactuadas são fatores que dificultam o direcionamento dos pacientes atendidos pelo SAMU. Além disso, iniciativas de acolhimento e humanização são ainda bastante incipientes (SANTOS *et al*, 2003).

Essas fragilidades são vividas no cotidiano do trabalho por todos os profissionais que atuam no serviço, desde o momento da regulação até a chegada na porta da urgência.

*E o problema que a gente enfrenta aqui em Porto Alegre, que já está se arrastando há anos, é a superlotação das emergências, que é a porta de entrada dos nossos pacientes. Isso influencia muito! Eventualmente um paciente de uma determinada zona, um paciente que, às vezes, já tem um vínculo com aquele hospital, ele não pode ir para aquela emergência porque está fechada ou superlotada; a gente tem que redirecionar isso. (E - ME)*

As dificuldades na recepção dos pacientes destinados pelas equipes de suporte básico apresentam-se das mais variadas formas. Uma delas é resultado das dificuldades que a própria regulação enfrenta em relação às portas de urgências, especialmente no que se relaciona aos obstáculos impostos pela comunicação entre o médico regulador e os serviços. São obstáculos tanto nos aspectos assistenciais quanto burocráticos de comunicação, conforme se pode constatar na fala de um médico entrevistado.

*As equipes, eu acho que quando elas enfrentam, parte é porque já houve falha prévia. Porque elas não deveriam estar enfrentando qualquer dificuldade na teoria, eu acho. Elas têm que sempre ser orientadas, pela própria regulação, para levar em tal e qual local. Essa comunicação prévia deveria ser feita e, para casos que não exigem complexidade maior, suponho que não deveria haver, quer dizer, tu sabes se um PA está lotado tu não deverias ter encaminhado pra lá, se tu encaminhou pra lá, tu já cometeu um erro na regulação; tu encaminhou uma equipe com um caso simples mas pra um local que não nem onde deixar sentado, poderia ter encaminhado para outro local. Então eu acho que em relação às equipes, eles não deveriam enfrentar; enfrentam por causa dos sucessivos problemas que a regulação tem em não conseguir acesso telefônico; e o acesso telefônico, têm locais que tu ligas 4 vezes e tu não consegues falar nem com o médico, nem com a enfermeira; as pessoas estão sempre em atendimento. (E - ME)*

As exigências feitas por alguns serviços como envio prévio de fax com eletrocardiograma, o nome do médico assistente, a categoria do convênio, sugerem

desconhecimento quanto à forma de funcionamento do SAMU. Essas imposições evidenciam falta de pactuação, uma vez que os serviços reivindicam respostas as quais o SAMU não está preparado para dar: Esses quesitos administrativos se sobrepõem às necessidades do paciente e de uma equipe que tenta colocá-lo dentro de um local adequado para a seqüência de seu atendimento.

Na prática, os serviços de saúde mostram posturas distintas em relação ao acolhimento dos casos de urgência referenciados pelo SAMU. Os profissionais que vivenciam direta e diariamente a relação com as portas de urgência percebem as diferenças entre os serviços, conforme se pode constatar nas falas a seguir.

*Em relação ao médico, tem muitos problemas: má vontade de colegas; têm colegas que... têm locais que praticamente, quase sempre, recebem pacientes, mesmo que a gente tenha que negociar deixar uma maca, fazer algum... tomar alguma outra atitude; têm locais como o Hospital B que essa recepção é difícilíssima, são exigidas uma série de coisas que tu não consegues dispor como eletrocardiograma para todos os pacientes, para que tu possas encaminhar senão, assim, oh! o que o pessoal relata que várias equipes já ficaram com a porta fechada, eles não deixam nem entrar ali. Acho que é desconhecimento do pessoal de emergência sobre o papel do SAMU, uma percepção errônea de que tu estás levando paciente, arranjando trabalho pra eles, quando na verdade aquela pessoa chegaria ali com menos assistência ainda do que chegou; nossos problemas de ligações telefônicas que tu não consegues fazer a tempo; eu acho que muitas vezes, em vários locais, não tem uma prioridade; se tu ligas pelo SAMU é claro que tu estás querendo alguma coisa de urgente! então tinha que ter um acesso mais rápido até médico ou enfermeira, né? Não pode passar por uma telefonista, que vai passar pra outra telefonista, que vai passar para alguém, que vai te passar depois. Acho que é isso aí!(E - ME).*

*(...) e têm hospitais que são difíceis de receber o SAMU. Eu vou citar os nomes dos hospitais: Hospital A, Hospital B. Esses dois hospitais é muito difícil, parece que são hospitais que não trabalham com o SUS. A ideia que tu tens é que eles que não trabalham com o SUS! Hoje em dia é mais fácil chegar no Hospital C, por exemplo, que é um hospital que está sempre super lotado, não que os outros não estejam lotados também, mas tu colocas um paciente com mais facilidade no Hospital C do que num outro hospital. Tu vê a dificuldade do médico regulador tem de fazer com que Hospital A aceite um paciente, com que o Hospital B aceite um paciente, e é bem claro, assim, que são esses dois hospitais que a gente tem mais dificuldade.(E - AT)*

As dificuldades apontadas evidenciam que existe um claro descompasso entre as concepções da regulação médica e sua operacionalização. As concepções, baseadas nos princípios de hierarquia e regionalização sinalizam uma lógica de organização, de respeito à vocação e complexidade das instituições, de garantia de qualidade da atenção. No entanto, na

prática, existe uma distância enorme entre os conceitos e sua aplicabilidade, com marcada discrepância entre o que é preconizado e o executado.

O cenário, quase permanente, de superlotação nas portas de urgência, é um dos principais marcadores que escancaram as lacunas existentes entre o normativo e o real. Deslandes *et al.* (2007b) diz que um dos motivos que agrava a articulação entre o setor hospitalar e o APH móvel, é a baixa disponibilidade de vagas nos hospitais e, especialmente, nas emergências que operam, via de regra, acima de sua real capacidade. A superlotação dos serviços de urgência tem sido apontada por vários autores: Santos (2002; 2003); Alves *et al.* (2005); Azevedo *et al.* (2007); O'Dwyer *et al.* (2008); Bittencourt e Hortale (2007); Sá *et al.* (2008); Garlet *et al.* (2009). Esta tem sido a realidade encontrada pelo médico regulador, a quem cabe destinar o paciente para a rede de urgência, estabelecendo o contato previamente com o serviço receptor. As dificuldades para o contato são expressas na fala do médico entrevistado, a seguir.

*Como eu te disse, o principal problema é tu fazeres aquele contato e o médico aceitar. Às vezes a gente não faz contato. A gente não faz contato quando é um caso de menor gravidade, justamente porque se tu fizeres o contato, o colega do local não vai aceitar o paciente; vai dizer que está lotado; e aí, depois que tu conversaste e disseste que ia mandar aquele paciente e ele não aceitou, tu não... O paciente era vinculado àquele hospital, tu não tens para onde mandar, aí tu ficas com aquele paciente sem destino realmente, porque até, né? Então, às vezes, a gente tem essa dificuldade de contato. Às vezes a gente manda sem contato justamente por esse problema: se tu não fizeres o contato eles aceitam; se tu fizeres o contato eles não recebem o paciente. Então, eu acho que, às vezes, o maior problema é realmente o contato dessas equipes de suporte básico. Quando é o suporte avançado tu acabas fazendo porque realmente é uma situação de maior gravidade e o pessoal tem que estar preparado para receber, mas quando é equipe de suporte básico, às vezes tu não faz, digamos assim, propositalmente, para não perder aquele vínculo que o paciente tem com aquele hospital e tu não teres para onde mandar. Porque, às vezes, são pacientes crônicos, pacientes acamados, seqüelados, tem todo um histórico num hospital, e aí tu ligas e o colega não aceita, diz que está lotado, e normalmente é porque as emergências são todas lotadas sempre, né? Dificilmente tu tens vaga em alguma emergência, então normalmente tu usas a hipótese de vaga zero, mas realmente eu acho que esse é o maior problema. Seria muito mais interessante, muito menos estressante, se tu pudesses fazer o contato para todos os pacientes e os pacientes já estarem sendo esperados, mas não é o acontece, justamente por isso. (E - ME)*

Se por um lado, a diretriz sobre o contato prévio com a instituição tem por princípios organizar o trabalho, garantir a acolhida, agilizar o acesso, por outro se constitui num enorme desafio para a regulação. Como obedecer a norma se, ao invés de garantir o acolhimento, o contato dificulta ainda mais a recepção dos pacientes? O contato, ao invés de abrir as portas,

provoca um movimento inverso, dificultando ainda mais a acolhida nos serviços, resultando em negativas que limitam o acesso.

Para realizar o contato, a maior parte dos reguladores faz distinção entre pacientes graves e não graves, contatando, principalmente e quase que exclusivamente, para os do primeiro grupo. Entendem que aos pacientes graves deverá estar garantido que quem vá recebê-los esteja devidamente preparado. Com relação aos pacientes de pequena e média complexidade, o contato passa a ser secundário, tanto na opinião dos reguladores, quanto das equipes de suporte básico.

*Nos casos graves sempre, é de praxe, deveria acontecer um contato entre médico regulador e o serviço de emergência que vai receber o paciente para que ele se prepare, então, pra receber esse caso mais grave. Nos outros casos, em geral, o envio é dado geralmente, por local de proximidade ou então respeitando os vínculos que o paciente tenha com determinado hospital e também de acordo com a gravidade. Às vezes um PA pode abraçar a situação perfeitamente, como uma crise asmática, por exemplo, que pode ser manejada num PA, e às vezes não adianta, tem que levar o paciente para uma emergência de um hospital. Isso tudo depende do caso em questão pra ser definido. (E - ME)*

*Aquela situação de maior gravidade, em que o paciente tem um quadro clínico um pouco mais instável, caso ainda seja atendido pelo suporte básico, é esperado que o médico regulador faça um contato prévio com o PA, ou com o local de destino, avisando que a equipe tal vai chegar com o paciente nessas condições. Em algumas situações de pequena ou média complexidade, que o paciente está estável, já é pactuado entre os PAS que vão fazer o acolhimento, então eles recebem o paciente sem nenhum contato prévio. De ponto de vista logístico, era inviável fazer o contato prévio com todos os pacientes de suporte básico que fossem encaminhados para os PAS, por exemplo. (E - ME)*

*(...) dependendo do caso tu vais entrar em contato: se é um caso simples, que exige uma avaliação simples, a maioria dos médicos não tem feito contato com postos como os PAs 1, 2 e 3. Alguns postos reclamam, parece que eles gostariam que fosse feito sempre o contato; outros postos como o PA 3, pelo menos raramente vejo qualquer reclamação, o pessoal recebe e avalia, né? E, se são casos que exigem uma complexidade ou um nível de cuidado um pouco maior na recepção ou encaminhamento especial para uma emergência hospitalar, normalmente se entra em contato, se dá preferência para entrar em contato com a emergência direcionada da região ou se o paciente tem já algum vínculo com aquela emergência. Geralmente com médicos, em alguns hospitais com enfermeiras; eu não sei exatamente por que, mas ali no Hospital I, para te citar um caso típico, no I tu vais até a enfermeira, raramente tu consegues chegar ao médico, se não tem leito eles não passam. (E - ME)*

*Outra coisa que dificulta para nós é a falta do contato, porque os médicos não fazem e, às vezes, também não é pertinente o contato; é um atendimento que é só uma avaliação, não está correndo risco de morte e nem sempre é tão necessário esse contato. (E - AT)*

A regulação da urgência baseia-se no conceito de vaga zero. Ao médico regulador de urgência compete decidir o destino independente da existência de leitos vagos para internação. Essa é a denominação de vaga zero, segundo a legislação das urgências. No entanto, esse conceito que prevê acolhida nos serviços de urgência sem atrelar à disponibilidade de leito de internação parece desconhecido na lógica de organização dos fluxos. A dura realidade do cotidiano, onde os serviços trabalham com sua capacidade extrapolada e as unidades de urgência transformam-se no depositário de pacientes internados, por vários dias, sem conseguir acesso ao leito definitivo (O'Dwyer *et al.*, 2008), mostra que existe um descompasso importante entre o preconizado e a realidade dos serviços. Vaga zero é fator de proteção ao paciente e, por que não dizer, à equipe que tem o paciente, sob sua responsabilidade, dentro de uma ambulância, onde não poderá ficar por horas a fio.

A aplicação da vaga zero é um mecanismo que deveria ser usado em situações de exceção, pois significa o esgotamento de possibilidades de respostas dos serviços às demandas postas pela regulação. Por outro lado, também não é usado em sua plenitude, pois existem fragilidades na função gestora do médico regulador na negociação com as portas de urgência. As fragilidades residem, especialmente, na insuficiente definição de grades de referência firmemente estabelecidas, com capacidade suficiente para darem conta das necessidades. Isto faz com que o papel de autoridade sanitária atribuído ao regulador, conforme definido na legislação (BRASIL, 2006b; PORTO ALEGRE, 2008) não se concretize tal qual está concebido. A compreensão sobre as prerrogativas do regulador em relação a fazer valer a vaga zero parece ser menos conhecida pelos demais profissionais das urgências, ficando ainda restrita aos que trabalham no SAMU.

*A gente tem uma lei de vaga zero em emergência, o SAMU tem o poder de ligar e dizer “Olha, estou te avisando que o paciente está indo aí, tu te preparas, e tudo mais...”, mas eles não usam esse poder... É tudo um pedido: “Olha, estou indo com um paciente, pode ser que tu deixes eu chegar aí...”, e isso dificulta muito a entrada dos pacientes nas emergências. Têm hospitais, que chegam ao cúmulo de pedir que mande um fax para eles primeiro, pra ver se ele aceita o paciente ou não... Então, eu acho que devia ter um outro jeito de agilizar essa história aí.(E - AT)*

*(...) não é respeitada a tal de portaria, ela não existe, tem gente que... aquela portaria da... , como é que a gente chama? A portaria da lotação zero, da vaga zero, isso não é respeitado; nós somos ignorados, ninguém nos enxerga nos serviços de saúde, as pessoas não vem conversar com a gente! É muito difícil, é difícil mesmo, eu considero uma das piores partes que têm no serviço é essa situação. (E - AT)*

A aplicação da vaga zero implica no acolhimento do paciente. Para que seja de mínima qualidade, a existência de espaço físico e equipamentos para acomodá-lo, num entreposto entre sua estabilização e o leito definitivo, são fundamentais. No entanto, nem sempre esse espaço existe, evidenciando a precariedade da atenção. Azevedo *et al.* (2007) afirmam que os hospitais tornaram-se palco de cenas dramáticas, expressando as dificuldades de atender e ser atendido, manifestando diversas formas de degradação, de desvalorização da vida. Corroborando com a constatação das autoras, pode-se afirmar que essa mesma percepção dos limites impostos pela superlotação, perpassa o cotidiano do trabalho das equipes do SAMU, conforme se identifica na fala de um condutor quando descreve as dificuldades em ser recebido em unidades de urgências superlotadas.

*Se a gente puder, a gente ajuda a trocar até os pacientes deles mesmo, sabe, da maca deles para uma cama, aí aquela maca sobra, depende muito do dia.  
(E - CO)*

O acolhimento prevê, portanto, o contato prévio da regulação com o serviço. Entretanto, são minoria as vezes em que o médico regulador se comunica com o serviço de destino, informando sobre as condições do paciente, especialmente nas situações que não são de gravidade.

*Não observei quase nenhum médico fazer contato com os serviços de saúde que recebem os pacientes por eles encaminhados. (OBS 14)*

Em geral, a regulação se aproxima de um pedido de autorização, um questionamento sobre a possibilidade do aceite. Quando a acolhida é negada, o que é bastante comum, o regulador parte para uma próxima tentativa, em outro serviço, como foi possível observar.

*O Médico Regulador inicia a conversa com o Hospital C; explica que a equipe da Base Cinza está com um paciente cuja referência é no Hospital C, dá o nome do médico que a família informou, o Médico Regulador diz que não sabe se o médico é residente ou do corpo clínico do hospital. Não dá pra saber com quem ele fala, mas ele argumenta: 'é por isso que estou ligando, pra saber se podes receber; se não poderes receber, não vou mandar para aí'. Desliga o telefone e chama pela Base Cinza. O Regulador diz à equipe que o Hospital C não tem como receber o paciente e determina que o levem ao Hospital D. O auxiliar/técnico sugere, então, levar para o PA 3, com o que o Médico Regulador concorda. A impressão que dá é que o Regulador não havia se dado conta desse equipamento disponível mais próximo e me pergunto (pesquisadora) se a vocação, tanto do Hospital D, quanto do PA, estariam sendo respeitadas ao encaminhar o paciente. (OBS 10)*

Os encaminhamentos feitos pelo SAMU nem sempre são estritamente compatíveis com a complexidade dos serviços. Muitas vezes, o destino se define com base nas facilidades que alguns locais demonstram para receber o SAMU. Ou seja, os reguladores acessam com maior frequência os serviços que mantêm suas portas mais abertas ao sistema. Esses locais, onde o acolhimento é garantido, terminam por ser frequentemente usados, ainda que o estado de gravidade do paciente pudesse ser dirigido para um nível de complexidade menor. Embora a regulação médica procure respeitar as vocações dos serviços em termos de complexidade, confronta-se, sistematicamente, com instituições que impõem limites e restringem o acesso de pacientes, mesmo daqueles que são completamente compatíveis com sua natureza. A conduta da regulação em direcionar para os locais onde o acesso é mais facilitado parece contradizer princípios de hierarquia, regionalização e pactos institucionais. No entanto, na realidade cotidiana, essa estratégia torna-se a salvaguarda de equipes e pacientes que circulam dentro de uma ambulância e que necessitam de um desfecho definitivo. De certa forma, os locais que colocam mais barreiras acabam sendo preteridos, para evitar desgastes, agilizar o acesso e proteger o paciente. Muitos reguladores optam por evitar o tensionamento com os locais menos acolhedores, pois, a priori, a negativa no acolhimento é praticamente certa. Ainda que essa postura adotada pelo regulador seja legítima, pois convive cotidianamente com essa realidade e precisa trabalhar com resultados no acolhimento, fica claro que, embora exista a definição de uma grade de referência, seu cumprimento é de difícil execução. A grade de referência não se efetiva tal qual está estabelecida. Ela não traduz, na prática, os fluxos que deveriam ser observados no direcionamento dos pacientes. Cenci (2008) concluiu que a maior parte dos pacientes em urgências clínicas atendidos pelo SAMU, em 2007, foi encaminhada a apenas dois hospitais, que absorveram, sozinhos, 37,76% do total dos atendimentos clínicos. Esse ordenamento, ou melhor, a falta dele, deveria servir de pauta para avaliar fluxos, capacidades, lacunas existentes na atenção e compromissos pactuados entre as instituições, no que diz respeito ao acolhimento.

A imagem dos serviços superlotados é corriqueira no dia a dia das urgências e as equipes de suporte básico do SAMU deparam-se, cotidiana e diretamente, com esse cenário. Pode-se dizer que, mais uma vez, são os olhos do médico regulador, pois são efetivos observatórios do sistema de saúde e podem auxiliar a regulação. As centrais de regulação têm como atribuição constituir-se como observatório, com capacidade para monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, o funcionamento do sistema de saúde. (BRASIL, 2006a). Efetivamente, é possível afirmar que as equipes de suporte básico são coadjuvantes

nessa atribuição, pois elas constataam, in loco, a situação dos serviços e concluem que a ocupação é, de fato, verdadeira.

*Eu que já trabalhei nas duas pontas, agora eu estou na parte do transporte e antigamente recebia no poli, a gente fica muito chateada quando recebe 2, 3, 4 pacientes, sem que tu tenhas, estejas organizado para o atendimento; a equipe vai ficando saturada dessa situação. Muitas das vezes isso poderia ser resolvido se a própria mesa reguladora passasse, muitas vezes, a gente passa via rádio que determinada emergência está lotada, que não tem condições de atendimento e eles continuam mandando para lá, porque é referencial, é próximo dali, isso prejudica muito a situação. A gente sabe que todas as emergências estão lotadas, né. (E - AT)*

O somatório entre a regulação e o olhar das equipes sobre potenciais disponibilidades dos serviços pode transformar-se numa ferramenta importante de regulação. Embora o sistema não ofereça meios adequados, ao regulador, para que disponha de informações acerca da capacidade instalada de forma dinâmica, o trânsito das equipes nos serviços acaba servindo como fonte de informação. De certa forma, as equipes de suporte básico cumprem um papel de supervisão sobre a capacidade instalada desses locais, pois observam o que está acontecendo em tempo real, conversam com os profissionais dos serviços e têm a dimensão das dificuldades enfrentadas, que refletem diretamente na acolhida das equipes do SAMU.

*Um segundo desafio é a falta de acomodação, não tem maca para largar o paciente. Muitas vezes o SAMU faz o serviço bem feito, chega lá, às vezes o paciente fica jogado porque não tem condições de atendê-lo; muitas vezes a gente tem que largar o paciente, de maca, em cadeira, amarrado pra ser aceito dentro do hospital, mas o serviço do SAMU, na recepção do hospital, quase sempre é isso aí: “não tem vaga”. O que o SAMU enfrenta mais é “não tem vaga, não tem maca, não tem lugar para deixar o paciente”; essa sempre é a resposta que todo mundo dá para a gente, esse é o nosso problema. Resolvendo o problema de recepção do SAMU acho que o serviço anda as mil maravilhas, e até pode atender mais população, a gente atender mais a comunidade, sendo uma recepção melhor, rápida. Eu acho que o SAMU deveria chegar e entregar o paciente e, em poucos minutos, estar pronto, de prontidão para atender qualquer outro evento que acontecer na cidade. (E - CO)*

Lamentavelmente, esse cenário não é uma exceção, situação também constatada por Azevedo *et al* (2007), cujas autoras, em estudo sobre os hospitais gerais com emergências do município do Rio de Janeiro, mencionam as precariedades e citam, como exemplo, a colocação dos pacientes em cadeiras, referindo-se aos serviços como espaços de violência, de impotência e de desamparo. Corroborando com as autoras, tomamos a fala de um condutor do



SAMU que, ao definir o que considera uma boa ou má recepção no serviço de saúde, expressa, com simplicidade e delicadeza, seu sentimento.

*A recepção boa é quando pegam o paciente com um sorriso, né? E má, a má é... Deus o livre, a má é bem cruel...A pesquisadora pergunta: por que é cruel? Ao que ele responde: Mais cruel para o paciente do que pra nós, né, porque na briga do recebedor com quem está largando o paciente, quem sofre na hora, mais, é o paciente. (E - CO)*

As equipes de suporte básico convivem, rotineiramente, com esse tipo de situação. Ao mesmo tempo em que conhecem a condição da lotação das unidades de urgência em tempo real, servem como informantes aos serviços de saúde de demandas que estão por vir, conforme observado em um dos atendimentos realizados:

*Paciente é recebido no Hospital F (...) Quando o auxiliar/técnico de enfermagem termina a passagem do caso para o médico da sala, o condutor comenta que outro acidente está em curso, perto dali. A enfermeira da sala pergunta o que sabem sobre isso, a equipe do SAMU relata, a enfermeira começa a organizar a sala, trazem mais macas e as posicionam lado a lado. Um dos funcionários da sala brinca dizendo que quando a equipe do SAMU não traz paciente, traz a notícia, em primeira mão, dos que estão por chegar. Ao final da avaliação da paciente, o médico decide que a paciente não necessita permanecer na sala de pacientes graves, que deverão abrir espaço para os possíveis ingressos. O auxiliar/técnico do SAMU se oferece para levá-la a outra sala, o que faz e explica para a paciente. (OBS11)*

Para garantir atendimento, a regulação transgredir, de certa forma, as regras, buscando viabilizar o acesso sem tantas resistências, ajustando rotinas para transpor obstáculos. Conforme Deslandes *et al.* (2007b), muitas vezes a decisão tomada é não avisar, pois temem receber negativas, a priori.

Os obstáculos enfrentados pela regulação se apresentam de diferentes maneiras. Um deles é quanto à comunicação entre a regulação e a porta de entrada na urgência. O médico regulador não consegue estabelecer contato com a sala de urgência em tempo hábil, naquele intervalo de tempo em que orienta a equipe quanto ao destino e a sua chegada lá. Isso acontece por várias razões, com destaque especial para as de cunho não assistencial, mas burocrático-administrativas, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

*Às vezes a cidade está com n casos em andamento, tem que se fazer vários contatos ao mesmo tempo; às vezes, situações mais graves que aquela, e a equipe acaba chegando no hospital antes do médico regulador conseguir o contato. Isso é uma coisa que acho que deveria ficar registrada, porque em muitos locais é muito difícil. A gente demora muito tempo e perde muito*

*tempo pra conseguir um contato com o médico da emergência, porque a telefonista atende, daí passa pro setor, daí a enfermeira atende, daí tem que chamar o médico, e o médico está lá no outro lugar, fazendo não sei o quê; daí ele não pode atender, pede pra gente ligar mais tarde, o que complica bastante, sendo que eu estou com o paciente na ambulância e eu preciso colocar ele em algum lugar. Então, têm locais em que realmente é bastante complicado esse fluxo. (E - ME)*

*Também uma coisa que eu acho importante é: melhorar a forma do contato do regulador com os hospitais, porque a gente liga, daí vai passar pela secretária, pela telefonista, às vezes querem senha de carteira de convênio para um atendimento de urgência, querem garantias que o paciente pode ser atendido em tal hospital. Às vezes o paciente não tem condição de responder e querem nome de médico assistente e, às vezes, a gente não consegue dar. Então, essa parte aí, eu acho que tem que haver um pouco mais de tolerância nas equipes que estão recebendo o paciente do SAMU. (E - ME)*

*Às vezes o médico regulador não faz contato com o serviço que vai receber o paciente, porque talvez já tenha sido destrutado por telefone; não faz contato porque o hospital não atende o telefone, ou então porque nega realmente a vaga. E hospitais, inclusive, que fazem atendimento àquele paciente, do qual o paciente consulta, paciente tem uma ficha, paciente cadastrado naquele hospital, eles negam atendimento. (E - AT)*

Identifica-se que a comunicação entre a regulação e as portas de urgência não está estabelecida de forma a facilitar o contato entre médico regulador e equipe que irá receber o paciente. Os meios para comunicação não correspondem à lógica do funcionamento dos serviços, eles seguem uma rotina administrativa que não diferencia a regulação das urgências de outras situações.

*Acho que melhorar a comunicação, a facilidade da comunicação seria fundamental, ter um telefone onde o médico regulador pudesse fazer contato direto com o médico da sala amarela, com o médico da sala vermelha do Hospital H, com o médico do poli do Hospital F. Acho que facilitar a comunicação, melhoraria. (E - AT)*

Na prática, como não existe fluxo definido que diferencie a comunicação com o SAMU, levanta-se uma questão para reflexão: se o contato prévio é mesmo essencial por que não se criam os meios para isso? Os meios precisam estar adaptados às necessidades do fluxo do trabalho. Exigem acordos que podem e devem ser viabilizados pelos gestores, cuja preocupação deveria ser o cumprimento das pactuações definidas entre os serviços de urgência da cidade, que se responsabilizaram pelo acolhimento em suas portas de entrada. Entretanto, os empecilhos impostos na comunicação acabam prejudicando a recepção do paciente levado pelas equipes do SAMU.

O nome do contato na instituição parece funcionar como uma espécie de senha para a abertura das portas dos serviços. Sá *et al.*(2008), ao referirem sobre a demanda nos serviços de urgência, nominam a porta da urgência, na concepção dos usuários, como porta da esperança. No SAMU, a porta da esperança traduz-se na palavra contato. O contato resume o aceite, como se fosse a única condição da recepção do paciente. Que aliás, ao observar a chegada dos pacientes, constata-se que, em geral, não se questiona o que aconteceu com o paciente, qual é seu nome, seu estado de saúde. Tão logo a equipe do SAMU adentra ao serviço, vem a pergunta: com quem foi o contato? Quem autorizou a vir para cá? Esse enfoque meramente burocrático na recepção dos pacientes pode ser confirmado pela fala a seguir, quando um entrevistado descreve como deveria ser a recepção na porta da urgência.

*(...) quando a gente chega, que chamem um médico, um auxiliar de enfermagem, enfermeira, quem tiver ali na hora do atendimento venha até nós, olhe o paciente, não fique na parte burocrática (quem encaminhou, fizeram contato, de onde esse paciente vem – primeiro eles querem saber isso e nem olham para o paciente). Então eu acho que a boa recepção seria isso: chegar no paciente – perguntar como é que está, o que aconteceu - deixar passar o caso, depois sim perguntar se fez contato, mas primeiro avaliar o paciente e depois saber de papeladas, de contato.(E - AT)*

Em uma das observações que incluíram situações de atendimento, a supervalorização do contato foi comprovada, evidenciando que a identificação do contato é a maior de todas as exigências, mesmo em situações que fogem da normalidade.

*A equipe conclui o atendimento e retorna para a ambulância. Percebemos que não é possível recolocar a maca para dentro, pois um carro está estacionado quase encostado na traseira da ambulância. Quando o auxiliar/técnico se aproxima do carro para pedir ao motorista que afaste o carro, percebemos uma expressão de sofrimento no motorista, que está apoiado na direção, gemente, com fâcias de dor. O auxiliar/técnico pergunta se está precisando de ajuda. Ele começa a chorar, diz que está com dores terríveis na crista ilíaca, que não pode se mover de tanta dor, que havia feito uma biópsia, pela manhã, em outro hospital. Descreve o procedimento feito com termos técnicos; pelo vocabulário que usa, parece ser profissional da área da saúde. O auxiliar sugere que fique parado, enquanto irá buscar uma cadeira de rodas, para ajudá-lo a sair do carro. Pergunto a ele, por que não voltou ao hospital de origem, já que fez o procedimento lá pela manhã? Ele responde que um médico, amigo seu, o espera ali para atendê-lo. O auxiliar chega com a cadeira de rodas, o ajudamos a sair do carro, um rapaz se aproxima do carro, vestindo um jaleco branco (médico?) e diz que Dr. fulano de tal o espera na sala de parada, avisa que vai manobrar seu carro e estacionar em local apropriado. O auxiliar/técnico do SAMU entra com o paciente dentro da emergência. Decido não acompanhar, pois não se trata de um encaminhamento do SAMU, é apenas um ato de solidariedade e de presteza. O condutor e eu ficamos esperando na ambulância, conversando. Quando o*

*auxiliar/técnico retorna, ele conta que, ao entrar, imediatamente se dirigiram a ele e perguntaram: com quem foi o contato? O auxiliar iniciou uma explicação dizendo que não era o SAMU quem estava trazendo; o paciente o interrompeu e respondeu à pessoa que interpelava o auxiliar: “sou médico, o Dr. fulano de tal está a minha espera”. O auxiliar deixou o paciente na sala e saiu, sem outras explicações. O auxiliar me diz: se não fosse trágico, seria cômico, pois mesmo a gente prestando uma simples ajuda, a única preocupação que o pessoal da emergência tem, é ver alguém do SAMU e fazer essa pergunta: com quem foi feito o contato? (OBS 12)*

O contato prévio com a indicação do nome de quem autorizou a chegada do SAMU é determinante para a abertura da porta de urgência. No entanto, parece não haver total correspondência entre a comunicação e a organização para recepção do paciente. Não fica claro que a equipe da sala de urgência esteja se preparando efetivamente para receber o paciente. Fica a dúvida se, quem deu o aceite, preveniu o restante do grupo da sala de urgência quanto a receber novo paciente. Identifica-se que passam a organizar-se somente a partir do momento em que a equipe do SAMU irrompe à sala. Ou seja, o contato prévio parece contribuir pouco na organização do serviço que receberá o paciente. Considerando que o objetivo do contato prévio é esse, ele deveria produzir resultados mais práticos, provocando a preparação da equipe do acolhimento de forma dinâmica e sem tantas resistências.

As vivências das equipes colocam em dúvida se a preparação do intra-hospitalar acontece tal qual está estabelecido na dinâmica do trabalho do SAMU em articulação com as demais instituições, conforme se verifica na fala a seguir.

*E tem lugares, também, que, no caso, que nem esses tempos, no Hospital I nós fomos ali e eles, com contato e tudo, mas só que eles não, o cara da portaria ali não sabia e aí não queria deixar nós entrar, e era uma pessoa meio grave, e tal, e tornou-se aquele impasse e eles trancam, então, às vezes, fica meio difícil. (E - CO)*

O contato prévio, teoricamente, funciona como elemento facilitador, permitindo que o trabalho se desenvolva com uma maior fluidez.

*Então o médico tenta fazer contato com a emergência mais próxima e mais apropriada para receber esse paciente. Muitas vezes ele consegue e muitas vezes ele não consegue esse contato; quando ele consegue é um pouco mais fácil. Quando ele não consegue se torna difícil, porque quando tu chegas no local eles querem saber com quem é o contato, se houve o contato ou não. Se não houve o contato, a gente tem uma certa dificuldade que, atualmente, já está mais facilitado pela parceira, pelo respeito, pelo conhecimento, pelo tempo de serviço trabalhado junto, já. (E - AT)*

Os médicos reguladores, portanto, preparam a acolhida da equipe na porta de urgência. Quanto menores as dificuldades na negociação entre regulação e serviços, melhores serão as chances para uma boa recepção.

*(...) Nem sempre a gente consegue fazer esse contato no momento certo antes que a equipe chegue no local, o que gera muitas vezes atritos entre os próprios colegas e também entre as equipes que estão lá, expostas com o paciente chegando.(E - ME).*

*Têm alguns locais que a gente pode encaminhar com tranquilidade, muitas vezes até sem contato, em um caso simples, e as equipes são bem recebidas. Têm outros locais que a gente precisa fazer um contato, muitas vezes uma longa tratativa para o paciente ser recebido, então, depende muito de onde o paciente vai. Não tem uma uniformidade, né? É muito desigual, têm lugares assim que, claro sempre que possível seria bom o contato, mas casos simples têm locais em que são bem recebidos e nunca há problema. Por outro lado, têm locais que qualquer caso é uma dificuldade imensa, nesses casos o médico regulador tem que atuar mais, nesses casos mais problemáticos. (E - ME)*

A falta de padrão e uniformidade na relação entre SAMU e as portas de urgência é uma característica da insuficiente organização do sistema e da fragilidade das pactuações. Conforme Deslandes *et al.*(2007a), nem sempre os acordos resultam em compromissos institucionais. Corroborando com os autores, pode-se dizer que nem sempre as tratativas entre os gestores chegam naqueles que atuam na linha de frente que são, em última instância, os que darão, ou não, o aceite do paciente. Os acordos parecem ficar restritos às reuniões entre responsáveis e parecem não chegar até aqueles que irão operacionalizá-los, no interior das instituições. Ou seja, os acordos não se transformam em práticas de cuidado. Mais uma vez, é perceptível a lacuna entre os conceitos e a execução.

As falas dos profissionais expressam sentimentos diferentes quanto aos resultados das pactuações feitas no Comitê Gestor de Urgências.

*Então eles vão lá na reunião do comando gestor e acertam uma coisa e não cumprem aquela coisa.(E - CO)*

*(...) existe uma cultura, vamos colocar assim, entre aspas, de determinados locais de oferecer uma grande resistência ao paciente que é levado pela equipe do SAMU ou pelo paciente do SUS. Embora desses 5 anos que eu participo da regulação, eu venho notando que, com as reuniões das pessoas do sistema gestor, houve uma melhora gradual nesse sentido. Então a gente já nota que há mais entendimento das pessoas das emergências, que entendem que eu querer levar um paciente pro Hospital A, ou pra determinado hospital, não é uma afronta pessoal ao médico que está lá, que a gente sabe que as*

*emergências estão todas lotadas, mas sim porque eu preciso que o paciente seja colocado em algum lugar. E deve haver uma organização pra isso que, no caso da emergência, é o SAMU que faz. Então, existe um entendimento já melhor nesse sentido. Ainda temos bastante problemas: o Hospital B é um hospital que é um desafio pra nós, é difícil a gente fazer o contato, é difícil receber pacientes muitas vezes com claros problemas cardiológicos e não são aceitos. Em relação às equipes, especificamente as equipes básicas, eu acho que o desafio maior é que eles representam, na verdade, não por vontade própria, é claro, mas porque assim é o serviço, representam um aumento de trabalho pros locais onde eles estão chegando com os pacientes. Então, por mais vínculos de amizade que possa existir e as pessoas se tornam conhecidas uma vez que começam a fazer plantão regularmente numa determinada Base, estão na mesma região, levando pros mesmos hospitais, as pessoas se tornam conhecidas. Isso é uma coisa que facilita bastante, mas por outro lado as pessoas sabem que quando o SAMU chega, tá chegando trabalho, tá chegando serviço, tá chegando problema. Acho que esse é o maior desafio. (E - ME)*

Os vínculos pessoais entre os profissionais das portas de urgência e do SAMU se sobrepõem, muitas vezes, aos acordos institucionais. Ou seja: a porta da esperança não se abre somente com o nome do contato; ela é aberta através do manejo das equipes que negociam, frente a frente, com seus colegas, a entrada do paciente. As equipes de suporte básico, por encaminharem os pacientes praticamente aos mesmos serviços, próximos da região de cobertura de onde atuam, se mantêm mais próximas das instituições de sua Base. Isso oportuniza a criação de laços com os profissionais das portas de urgência, pois se tornam pessoas conhecidas. As equipes acabam se familiarizando com os hábitos dos profissionais dos serviços, reconhecem os mais acolhedores, os mais resistentes, o dia da semana em que o plantão transcorrerá sem tantas dificuldades, enfim, tecem uma rede amistosa que torna a recepção do SAMU mais favorável. Mais do que os acordos institucionais, a popular “ação entre amigos” parece ser a tônica da organização do trabalho, uma estratégia para prestar o cuidado com um mínimo de tranquilidade. Os vínculos pessoais têm sido o grande facilitador na recepção dos pacientes nos serviços, situação também constatada por Deslandes *et al.* (2007a) e conforme se pode constatar nas falas abaixo.

*Naquelas equipes de suporte básico, que estão associadas ou atreladas a um pronto atendimento, a equipe já tem um certo entrosamento, ou já conhece a área de atuação que vai realizar o atendimento, já conhece a equipe que vai estar no PA.(E - ME)*

*Eu acho que o próprio grupo fez uma certa harmonia com os atendimentos, mesmo, eu tenho notado, que a nossa, essa Base aqui, (...) que a gente frequenta muito, vai muito no Hospital F, por exemplo. Um exemplo bem característico: no plantão retrasado eu fui 6 vezes lá, à tarde, e nós não fomos hostilizados em nenhuma das vezes, bem pelo contrário, a gente recebeu,*

*então, eu acho que isso é mérito também do grupo que trabalha aqui, nessa região.(E - AT)*

*(...) As pessoas se tornam conhecidas uma vez que começam a fazer plantão regularmente numa determinada Base, estão na mesma região, levando pros mesmos hospitais, as pessoas se tornam conhecidas. Isso é uma coisa que facilita bastante. (E - ME)*

*Toda vez que tu conheces o médico, ou conhece a enfermeira, conhece a pessoa que vai receber, a recepção é extremamente facilitada. Até a negativa é facilitada, se a pessoa te diz: olha, não tem condições de eu receber, tu sabes que aquilo é a realidade, não é apenas pra evitar receber um paciente, né?(E - ME)*

As relações interpessoais sustentam os movimentos e esforços empenhados pelos profissionais para garantir acolhida dos pacientes, pois influem, de modo decisivo, na forma como serão recebidos. Sá *et al* (2008) afirmam que os sujeitos se ligam ao seu trabalho e às organizações também por meio de vínculos afetivos e imaginários e que esses definem limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado. Alves *et al* (2005), em estudo sobre o trabalho interdisciplinar em uma unidade de urgência, destacam as possibilidades da colaboração e de parceria entre aqueles que partilham algo em comum, que compreende o outro e dá valor ao que ele pensa e faz e conclui que a conquista se dá pelo trabalho realizado e por aspectos subjetivos das relações. A partir dessas considerações, entende-se que na relação entre as equipes do SAMU e os profissionais das portas de urgência, o coleguismo, o reconhecimento pelo outro e a ajuda mútua, permeando as várias etapas do trabalho, são fatores que ajudam a organizar o fluxo nas urgências. Ainda que pareça pouco institucional, ainda que seja pela ação entre amigos, são estratégias que dão resultados e que expressam formas de defesa da vida, de proteção ao usuário.

Nas observações realizadas durante os atendimentos, foi possível comprovar que a recepção mais ou menos acolhedora guarda relação direta com os profissionais que participam do atendimento. É fácil identificar que estas equipes conquistaram o reconhecimento pelo seu trabalho e que são respeitadas pela tarefa que desempenham. Isso parece corresponder a um maior entendimento, por parte dos profissionais das portas de urgência, acerca do trabalho do SAMU.

*A equipe adentra à sala de poli, os colegas da sala recebem a equipe gentilmente, falando brincadeiras, enquanto aguardam o médico socorrista para avaliar o paciente, que interage da mesma forma com a equipe do SAMU. (OBS 11)*

*Na chegada no PA, o vigilante recebe a equipe sorridente, brinca com a auxiliar/técnica e com o condutor. (OBS 3)*

*Às 17:20 equipe chega no Hospital F, passa o caso para a equipe da sala de poli, conversam animadamente entre ambas equipes e com o paciente, removem o material, o auxiliar usa o expurgo do hospital para lavar seu material e despede-se. (OBS 3)*

*Às 18:10 equipe se desloca ao Hospital F, chegando às 18:20, quando é recebida pelo funcionário do Hospital F, de forma descontraída e gentil. (OBS 3)*

*A equipe é bem recebida no Hospital A, posiciona a maca no corredor da unidade, uma médica vem ao encontro da paciente e ouve atentamente o relato da auxiliar/técnica do SAMU. A médica pergunta à equipe do setor onde colocar a paciente, eles dizem que deixe ali um momento que providenciarão o lugar adequado e liberam o SAMU. Quando saímos a equipe comenta sobre a diferença na recepção com o atendimento anterior, e a auxiliar/técnica diz que quando aquela médica está de plantão sempre são bem recebidos, pois ela conhece o pessoal do SAMU, pois já trabalhou no HPS. (OB 4)*

*Na chegada da sala, uma médica acolhe sorridente a equipe, ouve atentamente o relato da auxiliar, faz perguntas, faz um comentário sobre o tipo de paciente e se despede da equipe, desejando um bom final de plantão. A auxiliar/técnica comenta, ao sair da sala, que essa médica sempre atende muito bem o pessoal do SAMU. Falo (pesquisadora) pra auxiliar/técnica que a médica iniciou trabalhando no SAMU e a ela responde; então é por isso que nos respeita tanto e sempre nos recebe bem. (OBS 9)*

A melhor receptividade nos serviços guarda relação também com a forma de organização do trabalho nas portas de urgência. Os profissionais das equipes de suporte básico do SAMU descrevem melhor acolhida naqueles lugares onde os serviços implantaram rotinas de acolhimento, baseados na classificação de risco. São percepções que conferem com os objetivos do Programa Qualisus, que segundo Malta *et al.*(2007), prevê a readequação tecnológica e dos processos de trabalho nas unidades de urgência, objetivando a melhoria do conforto do usuário, atendimento baseado em grau de risco, diminuição do tempo de espera e menor permanência no hospital. Da mesma forma, a experiência relatada por Santos (2002) relaciona as reformas na estrutura física da unidade de urgência, resultando em melhores condições de acomodação para usuários e funcionários, com a instalação de novas formas de cuidado.

*Eu tenho notado que nos hospitais que abriram as emergências, que já reorganizaram as emergências, que já tem um acolhimento, a coisa está bem diferenciada. Nos hospitais que não têm acolhimento ainda, está meio arcaico e está muito difícil de se levar os pacientes, até mesmo para transporte. (E - AT)*



Em contrapartida, a recepção pouco acolhedora está intimamente atrelada ao estigma de que o SAMU faz aumentar a demanda aos serviços de urgência. Autores como O'Dwyer (2008) e Deslandes *et al.* (2007) relataram sobre isso. Na prática, tal situação é experienciada cotidianamente tanto pela regulação quanto pelas equipes de suporte básico do SAMU, expressas nas falas a seguir.

*O principal desafio é justamente quebrar essa barreira, eu acho que existe entre o nosso atendimento e a colocação do paciente dentro no atendimento final, essa barreira que existe, essa... não sei dizer o termo agora, esse ranço, uma resistência mesmo, por que o SAMU só traz problemas pra nós? é o pensamento de quem está dentro de um hospital.(E - CO)*

*É a pior coisa que tem, eu acho que essa aí é a grande pedra no sapato do SAMU. Primeiro porque assim, a gente... Eu me lembro que quando iniciou o serviço de pré-hospitalar, o SAMU, a gente era visto como os anjos, os salvadores da pátria; e eu acho que essa visão foi se modificando, a cada ano, foi se modificando dentro dos serviços de saúde e até chegar, hoje, a situações em que a gente é tratado de forma marginalizada. Nós somos as pessoas que levamos serviço para as entidades de saúde, postos, hospitais, então nós somos vistos dessa forma: como formadores de serviço, criamos serviço, somos desrespeitados no local, por todas as instâncias profissionais desde o técnico, ao enfermeiro, ao médico de plantão. (E - AT)*

*Desde que eu entrei, até hoje, a imagem do SAMU melhorou muito, a recepção dos pacientes também melhorou bastante, mas ainda tem algum nível de rechaço como se o SAMU estivesse criando uma demanda, que na verdade, a demanda é espontânea e o paciente está, na verdade, chegando no local em melhores condições do que se chegasse removido por populares. Essa ideia de que o SAMU é gerador de demanda, com o tempo e o bom atendimento, que na minha opinião há, ela tá mudando, têm familiares de vários médicos que já foram atendidos, e de pessoal de enfermagem que já teve vida salva por atendimento do SAMU... Então vai tendo um reconhecimento. (E - ME).*

O rótulo dado ao SAMU como gerador de demanda é refutado pela maioria dos profissionais que nele atuam, pois entendem que os pacientes chegariam de qualquer modo nos serviços de saúde, independente do atendimento do SAMU.

*E falam na frente do paciente, às vezes, acho que o paciente não precisa estar ouvindo aquilo ali também, que naquele momento ele não está sendo bem vindo no hospital. Porque se o paciente vai por meios próprios, pega um táxi, pega um veículo próprio, ele vai lá, e ele vai ser recebido. Agora se vai pelo SAMU, é difícil, é bate boca, prende a maca, e eu acho que a gente não tem respaldo nenhum, tu estás na cova dos leões ali, aí todo mundo te xinga e, não é... o paciente está ali, tu jamais vais levar um paciente que não tem vínculo com aquele hospital, a referência é ali, é difícil, acho que tinha que ter reuniões com a secretaria, eu não sei, isso aí eu nunca vi; está cada vez pior a maneira, o atendimento dos hospitais em relação ao SAMU.(E - AT)*

O entendimento de que o SAMU cumpre uma parte da tarefa no fluxo da atenção às urgências está pouco assimilado entre os serviços. A compreensão de que o paciente chegaria na porta de urgência, independente de ser levado pelo SAMU, parece não ser clara o suficiente e beira os limites da intolerância. Muitas vezes, as equipes precisam tensionar pelo atendimento, como se isso não fosse um direito do usuário.

As equipes de suporte básico demonstram atitudes bastante compreensíveis e acolhedoras em relação às necessidades dos pacientes, e esperam reciprocidade dos serviços, o que, na maior parte das vezes, não acontece.

*Eu tenho por hábito sempre me colocar do outro lado, então eu vejo como, se eu fosse ver como paciente, seria aquela coisa assim: bom, tá o profissional lá, ele está esperando, porque nós estamos lá, eu chego numa emergência não tem nenhum paciente, daqui um pouco ele vai chegar, é ele que vem até mim, então, automaticamente, é eu que tenho que recepcioná-lo. E acho que, quando se recepciona alguém, o mínimo que a gente tem que ter, é a simpatia, é aquele carisma de dizer assim: “bom, tu estás doente, mas tu veio a mim, e eu vou te servir, e eu vou te ajudar”. Que em geral não acontece, não é bem assim que acontece, sempre há aquele recuo do profissional, mais um! eu acho que isso, se fosse diferente, acho que até pro paciente, porque a gente nota muito no paciente, o tipo de abordagem; se a gente chegar no paciente com um carinho, até um sorriso, já faz com que a expressão do paciente mude.(E - AT)*

Embora seja esperada reciprocidade, as equipes de suporte básico do SAMU relatam haver disparidade no comportamento dos serviços de urgência: quando os serviços recebem o SAMU, o fazem com certa resistência. Em compensação, quando necessitam que o SAMU remova pacientes para unidades de maior complexidade, as equipes são melhor recebidas pelos serviços.

*(...) existe uma certa animosidade ainda quanto ao nosso serviço nos hospitais, a gente nota isso, até mesmo dos serviços dentro da prefeitura. Esses dias eu me estressei até, coisa que não é meu hábito, mas é que eu ando estressado, com uma colega do PA 1 porque a recepção dela com a gente, quando nós vamos lá buscar o paciente deles para levar para um outro lugar, ela te recebe com sorrisos. Agora, se tu chegares lá, levando um paciente, ela só falta te xingar, te dizer um monte de palavrão. Então eu fui obrigado a reclamar para a colega, por causa de que isso? Assim como vocês, se vocês estão atendendo, nós também estamos atendendo! Nós não fomos lá na casa desse paciente bater na porta e “oh, tu estás precisando de atendimento?”. O paciente nos procurou e nós temos que dar uma solução pra isso, não é uma coisa nossa. Então existe essa animosidade, não só ali, em quase todos os lugares que a gente leva paciente; é raro o lugar que nos recepciona bem; isso é uma coisa, que eu já venho há 4 anos aí, nunca mudou, acho que talvez tenha até piorado.(E - CO)*

As variações quanto ao entendimento refletem a insuficiente construção de um trabalho em rede, de definição de responsabilidades claras e resolutivas entre cada segmento dos componentes de atenção às urgências. Especificamente em relação ao SAMU, significa superar estigmas de que é o gerador de demanda para os demais serviços de urgência.

Chegar à porta de urgência tendo sido manejado previamente por uma equipe de pré-hospitalar assegura melhores condições de sobrevivência aos pacientes em situações agudas. Malvestio e Souza (2008), em estudo relacionado às vítimas de trauma, relatam que os pacientes podem se beneficiar do APH, caso as intervenções sejam realizadas precocemente. Concordando com as autoras e fazendo analogia com os agravos clínicos entende-se que chegar ao serviço sendo levado pelo SAMU deveria ser valorizado e, a partir daí, enaltecer a atuação do APH móvel. No entanto, isso nem sempre acontece, especialmente nos casos em que as condições do paciente se modificam. Essas podem se modificar no decurso do atendimento, para melhor ou para pior, a depender do estado do paciente. Essa modificação do quadro de saúde às vezes serve de crítica por quem acolhe, entendendo que o contato prévio não está condizente com o que estão recebendo, o que resulta, muitas vezes, em desavenças entre quem encaminha e quem recebe. A fala a seguir exemplifica essa situação.

*Outros, também, não entendem que no momento que tu abordaste o paciente ele pode estar de um jeito, e no momento que tu chegas no hospital ele pode estar melhorado, ou piorado. As pessoas não entendem isso, eles acham que o que tu descreveste na cena tem que estar até o final, e não é verdade. Em um outro momento, em um hospital, a gente chegou e o médico estava brabo: “Como é que o paciente antes estava estável e não está mais estável?”. Ele não estava mais estável porque foi uma coisa que progrediu, e aí ficou brabo porque não era nada daquilo que ele esperava. Então, a gente muitas vezes é xingado, eles não querem receber, trancam nosso material por represália! O material fica trancado, às vezes, por represália e as pessoas acreditam que trancando minha maca rígida ou minha maca retrátil eu não vá trazer outro paciente daqui um pouquinho. Nós somos mais mal recebidos do que bem recebidos, nos lugares, é um tanto difícil. (E - AT)*

Estas contradições são presença constante da rotina do trabalho das equipes do SAMU. Por um lado, alguns profissionais que entendem a ação do SAMU demonstram reconhecimento pelo trabalho realizado no ambiente pré-hospitalar, o que resulta numa melhor acolhida. De outro, ainda persistem uma série de dificuldades no acolhimento das equipes, que, na verdade, são uma combinação de fatores: a organização dos fluxos inter e intrainstitucionais, a falta de rotinas interserviços, a superlotação nos serviços, entre tantas outros, repercutindo fortemente na acolhida das equipes de suporte básico.

O'Dwyer *et al.* (2007) afirmam que um dos motivos da superlotação das unidades de urgência dos hospitais diz respeito ao precário funcionamento do sistema de saúde de forma geral e à baixa resolutividade da atenção básica, bem como às dificuldades internas ao hospital. Essas se referem às formas de relacionamento da urgência com o restante do hospital, especialmente em relação às patologias clínicas, em especial os pacientes crônicos, neurológicos, idosos e com problemas sociais. Corroborando com a autora, pode-se afirmar que essa é uma parcela significativa dos pacientes igualmente atendidos pelo SAMU.

Colocar o paciente certo no local certo, ou seja, destinar para o serviço mais adequado de acordo com a necessidade é um grande desafio para a regulação, pois implica na combinação da oferta de recursos e de complexidade dos casos. Isso remete a refletir sobre o quantitativo de pacientes levados pelo SAMU às salas de gravidade mínima das unidades de urgências. Parcela de atendimentos feitos pelas equipes de suporte básico é encaminhada para avaliação, deixada para consultas em hospitais aptos a atender grande complexidade. Consultas que possivelmente não diferirão muito do que já foi feito no APH, em relação ao manejo da condição aguda do caso e, em boa parte das vezes, em caráter praticamente eletivo. Quantos desses pacientes não poderiam ter sido direcionados para a consulta em serviços de atenção básica, se houvesse articulação efetiva do APH móvel com a rede de atenção primária? Garlet *et al.* (2009) relatam que a equipe da unidade de urgência divide-se na atenção a pacientes com necessidades não urgentes, e que, além de ser uma demanda excessiva, não se esgota no que se considera um problema de saúde. Dal Pai e Lautert (2008) descrevem que os profissionais sentem-se angustiados em relação aos usuários considerados como casos não urgentes, ao constatarem que não tem para onde encaminhar essas pessoas. Corroborando com as autoras, esses são pontos que carecem de aprofundamento, numa perspectiva de maior integração entre os serviços, onde os diferentes níveis de atenção estejam, efetivamente, enlaçados. Bittencourt e Hortale (2007) reforçam que nenhum serviço, isoladamente, dispõe de recursos suficientes para atenção integral à saúde da população. Concluem que o caminho para superar o modelo atual nas urgências deverá ser de caráter sistêmico, focado no usuário, com redefinições das vocações assistenciais, dos fluxos e dos processos de trabalho. Certamente, as considerações dos autores são um grande desafio a ser perseguido.

A recepção dos pacientes nos serviços nem sempre coincide com os conceitos de acolhimento e humanização. Não é raro observar que as rotinas administrativas superam os princípios do cuidado humanizado, da preservação do paciente e de sua privacidade. É possível constatar que, em serviços onde esses elementos são fundamentais, passam a margem

e evidenciam-se o descuido com a privacidade do paciente. Referimo-nos ao acolhimento de pacientes atendidos pelo SAMU nos casos das urgências em saúde mental, que necessitaram de encaminhamento para serviços especializados nessa área. Dois aspectos servem de ponto para reflexão nesses casos. O primeiro diz respeito à forma como os pacientes são recebidos e o modo de organização do serviço. Parece contraditório, no entanto, constata-se que em um serviço onde deveria estar resguardada a privacidade do paciente, o mesmo tem sua recepção organizada de forma meramente burocrática, onde a equipe do SAMU relata as condições do paciente através de um guichê, com várias pessoas em torno que ouvem o relato do caso, enquanto equipe e paciente aguardam a autorização da abertura da porta para que o paciente possa adentrar à sala de admissão. Nas observações realizadas nos atendimentos às urgências psiquiátricas foi possível identificar as precárias condições de recepção e de falta de proteção ao paciente encaminhado pela equipe do SAMU:

*Às 17:15 equipe adentra no PA 2. Enquanto a acompanhante providencia a confecção do boletim de atendimento no guichê geral da admissão de pacientes, a equipe aproxima-se do guichê do setor que irá receber a paciente.. Esse serviço fica no andar térreo do corredor do PA 2; o guichê se abre para esse corredor que serve de passagem para outras áreas do posto. A recepção dos pacientes no plantão se dá pelo guichê, uma pequena abertura na parede protegida por uma grade (onde são atendidos pacientes, familiares e as equipes do SAMU): o funcionário não se aproxima do paciente, o “espreita” pela janelinha gradeada. A equipe do SAMU tem que relatar o caso através do guichê, onde várias pessoas aguardam por atendimento, entre familiares e pacientes e por outros que passam por ali, pois é um corredor de circulação. A paciente está deitada na maca, com a maca posicionada próxima ao guichê, encostada na parede, a paciente fala muito, provocando risos nas pessoas que assistem a cena, enquanto o auxiliar de enfermagem passa dados da paciente para funcionária do guichê. O auxiliar procura falar baixo, de modo que somente a funcionária do guichê escute o relato, o que é praticamente impossível. Transcorridos 15 minutos de espera e vários impasses em relação a fluxos, a paciente, então, é aceita, a porta do setor se abre, a paciente é conduzida até o box de atendimento. Chama a atenção a porta de entrada no setor, de madeira com uma parte de vidro na parte superior. A parte de vidro está fechada com um papelão que tem, no centro, uma pequena abertura, uma espécie de “olho mágico” recortado no papelão, suficiente para que o vigilante enxergue o lado de fora, conferindo quem vai entrar, ou seja, somente abrindo a porta para aqueles autorizados a entrarem ali. (OBS 1)*

O segundo elemento importante para reflexão remete para a falta de intersecção entre os serviços. Pacientes em urgência psiquiátrica com alterações clínicas associadas (desidratação, sinais de embriaguez, hipertermia, ferimentos corto-contusos) transformam-se em um problema sério, pois se cria um impasse onde deveria ser inicialmente atendido.

Profissionais da saúde mental entendem que primeiro o paciente precisa ser estabilizado do ponto de vista clínico para depois ser avaliado no plantão de saúde mental. Em contrapartida, profissionais que atuam na sala de urgência clínica rejeitam o paciente por apresentar sinais de agitação psicomotora e precisa ser manejado, antes de tratado clinicamente. Ou seja, um setor imputa a primeira responsabilidade ao outro e, enquanto isso, a equipe do SAMU transita entre as salas, procurando elucidar a situação, de acordo com o fluxo estabelecido - mas praticamente inexistente - entre os próprios setores. Não se pretende levantar a reflexão sobre critérios técnicos do atendimento inicial. Não cabe fazer essa discussão neste momento. O que chama a atenção, e esse é o ponto que necessita ser revisto, é quanto à falta de entendimento e de pactuação entre os setores, assim como a fragilidade no cuidado de quem precisa ser preservado.

*A paciente está deitada na maca, posicionada próxima ao guichê, encostada na parede, a paciente fala muito, provocando olhares curiosos nas pessoas que assistem a cena, enquanto aguardamos que o funcionário do guichê faça o boletim de atendimento. Como não temos nenhum documento e o familiar ainda não chegou, o funcionário inicialmente resiste em fazer o boletim, dizendo que é fundamental ter o documento para poder buscar o prontuário. Repetimos o nome da paciente várias vezes, damos o endereço, mas o funcionário diz que é muito difícil localizar o prontuário, caso a grafia não esteja correta. Ficamos nessa espera, meramente administrativa, em torno de 20 minutos.(...) Durante esse tempo, dois profissionais da enfermagem deram uma “espiada” na paciente por detrás da grade do guichê e, numa das vezes, a auxiliar/técnica do SAMU tentou passar o caso da paciente, falando quase grudada à grade, para evitar que mais pessoas ouvissem o relato. Pouco adiantou o relato antecipado, pois sem prontuário, o atendimento não poderia iniciar. Quando o impasse sobre a burocracia termina, uma psiquiatra sai de dentro do setor, aproxima-se da maca, olha a paciente a uma certa distância e pergunta à equipe: “ela está alcoolizada?” Com a afirmativa na resposta, a psiquiatra diz; “então ela tem que ir primeiro na sala de clínica, depois volta pra cá”. A equipe se olha com ar de desânimo e se movimenta em direção à sala de clínica. Quando chegamos na sala o médico olha irritado e pergunta por que foi levada para ali. A auxiliar tenta passar o caso, mas o médico reluta, diz que não tem cabimento a paciente ter ido para ali A auxiliar argumenta que foi trazida para a psiquiatria e que a psiquiatra é que mandou levá-la para a sala de clínica (...). O médico da sala segue falando alto: “veja bem se isso é possível, por que não aceitaram a paciente na psiquiatria? Por que o SAMU trouxe para cá?”. A auxiliar/técnica argumenta que foi feito o que foi dito pelo Médico Regulador e depois pela psiquiatra, que não quis atender, pois tinha que passar antes na clínica, em função da embriaguez. O médico diz que o mesmo que eles farão ali para curar a bebedeira, poderiam ter feito na psiquiatria. A auxiliar complementa e diz que esse vai e vem entre as salas de clínica e psiquiatria é situação comum; e lamenta toda a exposição sofrida pela paciente. (OBS 13)*

O caso descrito é exemplo clássico da fragmentação do cuidado, a compartimentalização entre um setor e outro: uma paciente com ideação suicida, acompanhada de sinais de embriaguez, precisa ser atendida em áreas diferentes, por problemas que, aparentemente, poderiam ser tratados em conjunto. Alves (2001) levanta questões a serem ainda superadas, exemplificando com situações que, ao agruparem mais de um problema, tornam o paciente inelegível para um determinado programa. As considerações do autor contribuem para a reflexão sobre os desafios a serem perseguidos na atenção às urgências em saúde mental. Conceitos como acolhimento, humanização e integralidade, definitivamente, passaram à margem da situação vivenciada. Além disso, prejudicaram o fluxo do atendimento, pois manteve a equipe envolvida por, aproximadamente, duas horas num atendimento de questionável qualidade da assistência, entremeado por falhas de comunicação e de fluxos claros.

Embora alguns serviços tenham se adequadado aos conceitos atuais de classificação de risco e acolhimento, ainda existem locais onde persistem as formas tradicionais de recepção dos pacientes. Nesses casos as equipes de suporte básico do SAMU enfrentam ainda mais dificuldades, pois precisam transpor barreiras nas portas de entrada dos serviços. A fala a seguir exemplifica a situação.

*Outra coisa que eu acho vergonhoso é tu chegares numa porta de uma emergência com um paciente grave e não vir ninguém da saúde te atender, vir o guarda, sabe? O guarda te pedir informações sobre o paciente, o nome, o que aconteceu, e tu perdendo tempo ali com a vítima, em cima de uma maca, dando informação para o guarda! E não aparece ninguém da enfermagem, ninguém de plantão. Eu não sabia, eu fiquei surpreso, eu tenho observado assim que alguns hospitais, assim como o Hospital E, o Hospital C - o Hospital H é até uma rara exceção, mas a grande maioria das emergências, até a própria emergência do Hospital A, elas são chaveadas! São chaveadas! A pesquisadora pergunta: Chaveadas, no sentido figurativo? Ao que o entrevistado continua: Não, são chaveadas com chave! Tu chegas, por exemplo, na emergência do Hospital E; tu tens que bater na porta da emergência. Se o guarda está lá dentro, arrumando maca, tu ficas ali, 5, 10, 15 minutos batendo e ninguém te atende. No Hospital C, a emergência também é chaveada e aí vem o guarda saber o que aconteceu, só um pouquinho, faz a volta e conversa ali e só então abre a porta. No Hospital H, não, no H, tu ainda entras direto. É um absurdo isso, sabe é uma coisa que eu não entendo como é que fica, como pode ser assim. (E - AT)*

Essas situações, além de trazerem prejuízos para os pacientes, pois atrasam o atendimento, evidenciam as dificuldades de acesso ao sistema de saúde aos familiares, que comumente acompanham as equipes de suporte básico, conforme foi possível observar.

*Às 16 horas, equipe chega ao Hospital A. Auxiliar/técnica desce da ambulância e sugere ao condutor não retirar a paciente, sem antes conferir se vão, de fato, recebê-la, para não provocar mais dor com a movimentação da maca. No guichê administrativo, funcionária informa que não estão recebendo pacientes com o convênio Ipê. Auxiliar/técnica do SAMU avisa Central de Regulação, informando que não aceitaram recebê-la, em função do convênio que possui. Neste momento, neto da paciente que acompanhou a ambulância de carro, chega junto da outra familiar e fica irritado, dirige-se para o guichê para reclamar, a familiar o chama, diz que não vai adiantar reclamar com a funcionária administrativa, que ela não tem culpa, que só obedece ordens, que a culpa é do hospital, do médico que não quer receber. A familiar está indignada, ameaça tomar outras providências administrativas, pois trabalha no setor de faturamento da instituição do referido convênio. Fala que “eles vão ver na hora de autorizar pagamento pra cá!”. Os familiares comentam, então, que entendem por que o SAMU demora para enviar ambulância, pois estão vendo que a equipe está presa num atendimento que não é grave, mas deixando de atender coisas mais graves. A familiar diz: “e vocês aqui, com minha mãe, que não está tão mal, enquanto sabe lá quantos estão precisando mais!”. O outro familiar complementa dizendo: “fazem as equipes de palhaço, indo de um lugar para outro e ninguém quer saber da paciente (OBS 4).*

Lamentavelmente, situações como a relatada, são muito comuns no dia a dia do SAMU. Merhy (2002) diz que, em geral, o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico de seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema. Ao concordar com o autor, podemos afirmar que a má recepção ao SAMU provoca reações variadas nos profissionais do suporte básico e não constrange somente a equipe. Termina expondo pacientes e familiares, o que é bastante penoso para todos. As equipes de suporte básico têm que administrar esses constrangimentos vividos nas portas de urgência.

*Às vezes as pessoas não gostam de nos receber, às vezes causa até constrangimento na frente dos pacientes porque eles querem saber por que o SAMU está levando para lá aquele paciente, que não é pertinente para aquele local; e é esse tipo de recepção que nos constrange; às vezes também diante do paciente, que não tem culpa do que está acontecendo. (E - AT)*

Bruck (2007) expressa que nem sempre os serviços conseguem avaliar a dimensão dos problemas que as equipes do SAMU enfrentam, ao relatar que não é raro que os serviços questionem os motivos do encaminhamento. Corroborando com o autor, é importante destacar que geralmente os questionamentos se dão em função da compreensão que o paciente está muito além da complexidade que o serviço tem para oferecer, ou, ao contrário, julgam que não apresenta sinais de gravidade que justifiquem a busca por um serviço de urgência. Pode



parecer perverso, mas pacientes comprometidos por causas crônicas, sequelados, com precárias condições de higiene, acabam sendo, de certa forma, negligenciados no cuidado. Segundo O'Dwyer *et al.* (2008) pacientes que exigem menos recursos tecnológicos são atendidos como secundários. Destacam que esses pacientes não são, necessariamente, os que necessitam de menor atenção, por isso há de se evitar que sejam rotulados como inapropriados para o serviço. Por outro lado, os casos que não são de emergência, além de provocarem desgaste pela demanda excessiva, provocam um sentimento de desperdício nos trabalhadores, pois sentem-se aptos para intervir em casos mais complexos, que exigem alto preparo técnico para o qual estão preparados (DESLANDES, 2002). Ambas autoras aportam considerações que permitem fazer associação com a forma como as equipes do SAMU são recebidas nos serviços para os quais encaminham os pacientes. Para além de compreender, é preciso trabalhar para que a organização do sistema de urgência esteja consoante com conceitos de acesso, integralidade, hierarquia, garantindo que o usuário possa ser acolhido nas suas necessidades e a elas lhe seja conferido o cuidado compatível.

As argumentações das equipes de suporte básico do SAMU sobre o acolhimento nas portas de urgência tendem a destacar vivências mais negativas que positivas. Ao serem questionadas sobre o que configuraria uma boa recepção, são unânimes em ressaltar o respeito pelo paciente e o interesse pelo seu estado. Manifestam inconformidade quanto à priorização das exigências burocráticas (contato, documentação, etc). A boa recepção não diz respeito somente ao trato gentil com a equipe, mas, sobretudo, receber o paciente de forma acolhedora, interessando-se por conhecer quais são suas necessidades principais na urgência.

*Olha, na minha opinião, receber bem, em primeiro lugar, é receber bem o paciente, acho que a gente está aqui para servir ao paciente. Lógico, que se tu receberes bem o paciente e também receber bem a equipe que está levando o paciente, o que eu digo receber bem? Não precisa também me abraçar e me beijar, mas pelo menos dá "oi, bom dia colega, o que está acontecendo, o que houve com o paciente?" Tem lugares que tu chegas, tu ficas ali olhando, pra todo mundo correndo, de um lado pro outro, ninguém te atende, simplesmente te ignoram, então é isso que eu digo, seria uma recepção um pouco melhor, né?(E - CO)*

A expectativa de uma equipe de suporte básico quanto à recepção aponta para atitudes que são gestos simples, minimamente esperados em qualquer serviço de saúde. Especialmente esperados em serviços que funcionam com suas portas abertas ao público durante 24 horas, organizados para o acolhimento de demandas variadas. As falas dos entrevistados soam como um apelo de algo que deveria estar completamente sistematizado e introjetado na prática dos

profissionais das portas de urgência. Não são desejos que implicam grandes reformulações, uso de tecnologias diferenciadas ou protocolos inovadores. São, essencialmente, as tecnologias leves, ou seja, as tecnologias relacionais e as tecnologias leve-duras, os saberes estruturados (MERHY, 2002). São práticas atualmente bastante propaladas nas políticas de humanização e do acolhimento. No entanto, vê-las transformadas concretamente ainda parece um nó difícil de ser desatado. Benevides e Passos (2005) afirmam que a Política de Humanização só se efetiva se houver sintonia entre *o que fazer* com o *como fazer*, a aplicação do conceito em prática, do conhecimento transformando a realidade. A afirmação das autoras constituiu num desafio enorme para as equipes da linha de frente dos serviços, onde se espera a materialização de gestos acolhedores, resolutivos e compartilhados.

*Eu acho que, em primeiro lugar, deveriam olhar o paciente, olhar o paciente e depois perguntar qual foi o caso, como tu encontraste o paciente e depois vem e me questiona sobre se houve o contato, como foi feito o contato, alguma coisa. Acho que, em primeiro lugar, pensar na dor do paciente, o porquê ele está ali, fazer uma anamnese no paciente e depois me perguntar e, de preferência, não na frente do paciente ou do familiar, que isso acontece, não é caso isolado, é sempre. (E - AT)*

*É no mínimo, assim, quando a gente chega, que chamem um médico, um auxiliar de enfermagem, enfermeira, quem tiver ali na hora do atendimento venha até nós, olhe o paciente, não fique na parte burocrática (quem encaminhou, fizeram contato, de onde esse paciente vem). Primeiro eles querem saber isso e nem olham para o paciente. Então eu acho que a boa recepção seria isso: chegar no paciente, perguntar como é que está, o que aconteceu - deixar passar o caso, depois sim, perguntar se fez contato, mas primeiro avaliar o paciente e depois saber de papeladas, de contato. (E - AT)*

Algumas expectativas aproximam-se de modelos ideais. Em que pese a raridade em que essas situações acontecem, se esse fosse o cenário encontrado, resultaria, muito provavelmente, em uma boa recepção para o SAMU.

*Se ele tivesse com o leito prontinho, né, para a gente só transferir o paciente. (E - CO)*

Esse é um ideário que precisa ser perseguido: a unidade de urgência preparada para receber pacientes, com capacidade suficiente, com suas macas a espera, tempo de ocupação dentro dos limites preconizados, simplesmente servindo como entreposto de estabilização até a internação definitiva, ou liberação do paciente. No entanto, a realidade atual se mostra completamente diferente. Unidades de urgência superlotadas, cujos pacientes, em alguns hospitais, permanecem internados sentados em bancos ou acomodados no chão, salas de

observação transformadas em área de internação, quando deveriam ser usadas para permanência temporária de pacientes, são características nos serviços de urgência, conforme constatado por O'Dwyer *et al.* (2007) e Garlet *et al.* (2009). Enquanto o cenário for esse, parece ilusório pensar no ideal. Enquanto os hospitais atenderem para além dos limites de sua capacidade, com pacientes em esperas intermináveis, os pronto-atendimentos cumprindo papel de unidade de internação, muitas vezes com o paciente tendo alta a partir dali, fica postergada essa expectativa.

### 5.2.2 O outro lado da moeda: a recepção das equipes de suporte básico na cena dos eventos

Enquanto as equipes sofrem dificuldades na recepção dos serviços de saúde, junto aos usuários que demandam o SAMU a situação caracteriza-se por outro perfil. Via de regra, as equipes de suporte básico afirmam que são bem recebidas na cena dos eventos, e descrevem a recepção como positiva na maior parte das vezes, conforme os depoimentos a seguir.

*Com muita euforia, muita euforia, muita expectativa, porque pra alguns a chegada do SAMU é um sinal de vida, é um sinal de resolução do problema. Para outros, às vezes, é indignação, porque já estão ali, às vezes, cansados de tanta espera, de terem as portas dos hospitais batidas na sua face. E, às vezes, eles esperam com tanta ansiedade o SAMU que acham que o SAMU demora horrores! Então, assim, é bem diversificada a maneira como a gente é recebido. (E - AT)*

*Geralmente, a gente é bem tratado, a gente é tratado, assim, como anjos: “Bah!, chegou os meus anjos”. Raramente a gente é mal tratado..., mais é por demora, porque eu acho que ainda falta muita ambulância em POA. Então, se a gente é mal tratado ou é xingado, é só pela demora, mas não pela demora da equipe, é pela demora de ter muita ocorrência em POA e não conseguir atender todo mundo na hora em que é solicitado, mas quase sempre o SAMU chega bem, é bem tratado, bem recepcionado.(E - CO)*

Da mesma forma, as observações dos atendimentos evidenciaram que, na imensa maioria dos atendimentos, foram recebidas de forma respeitosa, acolhedora e gentil.

*Às 16:20 equipe chega no local, recebida pelo porteiro da escola, que, educadamente saúda a equipe, explica o que está acontecendo e aponta para onde está a paciente.(...) A equipe (...) se apresenta para a diretora que demonstra alívio pela chegada da equipe e justifica-se pelo chamado. (OBS 1)*

*Esposa do paciente recebe equipe, muito nervosa, se desculpando que naquele momento o marido já havia recobrado a consciência, mas que decidiu chamar pois achava que algo grave estava acontecendo. (OBS1)*

*Um homem se aproxima e chama o auxiliar/técnico pelo nome, que responde, com surpresa, sorri e pergunta se estava passando por ali. O homem diz que ele é o condutor do carro que bateu na moto, que quer ajudar a resolver a situação. Está preocupado, o auxiliar/técnico o tranqüiliza e diz que possivelmente a vítima será levada para o Hospital F. EPTC e BM estão presentes. O agente da EPTC fala com a equipe com simpatia, tanto o agente da EPTC quanto o policial da BM chamam o auxiliar/técnico pelo nome. (OBS 11)*

*O irmão da paciente, que havia ligado para o SAMU, agradece pela equipe ter vindo. (OBS 11)*

*Na chegada, várias crianças estão em frente à casa, fazem uma festa quando vêem a ambulância, alguns apontam que é nos fundos da casa. Somos recebidos pela filha, que cumprimenta gentilmente a equipe, diz “que bom que vocês chegaram”. (OBS 11)*

*Quando chegamos ao andar, várias pessoas estão em torno à vítima, que está acomodada sobre almofadas e com gelo aplicado no ombro. Uma mulher que aplica o gelo olha para a equipe e exclama: graças a Deus que vocês chegaram. Explicam o que houve, a mulher descreve com um vocabulário compatível com termos técnicos. (OBS 5)*

*À chegada do SAMU, duas mulheres recebem a equipe gentilmente e uma delas diz: obrigada por terem vindo! (OBS 8)*

A boa acolhida na cena se deve, principalmente, ao modo como a equipe estabelece o contato com a família, com os solicitantes. Mesmo que haja um clima pouco amistoso no início, na medida em que a equipe inicia a abordagem, diminui a tensão e o atendimento transcorre com tranqüilidade. O “quebra-gelo” inicial dá a direção de como se desencadeará o atendimento, conforme relato a seguir.

*Eu me sinto bem recebido, até porque a gente chega bem, a gente chega dando bom dia, boa tarde, a gente chega alegre. Às vezes o familiar não entende por que a gente chegou assim com tanto entusiasmo, mas no decorrer da ocorrência sim, até porque eles não sabem o que está se passando com o familiar deles. A gente procura explicar, assim logo em seguida, que é feita a verificação de sinais, a gente explica, dependendo do caso, o que está acontecendo, o que é, o que não é, até para tranqüilizar, até se a gente foi mal recebido no início, na chegada, muda totalmente, sabe, o jeito deles em receber a gente. (E - CO)*

*Pois é, isso aí tu aprendes, tem o manejo com o paciente, com o familiar. Eles reclamam, nós estamos chegando e tu já estás ouvindo coisas, mas têm certas coisas que tu não precisas, se eu vou retrucar, explicar, vai acabar brigando, criando um ambiente hostil. Acho que tem técnicas até chegar; acho que, às vezes, um bom dia, uma boa tarde, com licença, têm palavras que aí depois tu não ouve mais nada. Não ouve mais nada e aí tratando, tu vêes que o familiar teu está sendo bem atendido e tu acaba esquecendo que a equipe*

*demorou.(...)...tu aprendes como lidar com o paciente, com as pessoas, não pode chegar lá e criar um ambiente hostil, vai ser pior para todos. (E - AT)*

*(...) de um modo geral é bem acolhido, tanto no trauma, com essas particularidades; na clínica, muito bem acolhido, eu acho... a gente tem ido em casas que tu encontras poder aquisitivo alto e poder aquisitivo um pouco menos favorável e a gente tem recebido o mesmo carinho, assim, digamos. As próprias equipes, eu acho que dependendo da maneira como tu trabalhas com harmonia, o condutor e o técnico formam uma coisa boa, já entra com bom dia! como vai? tem cachorro? olha o cachorro, olha que bonitinho, olha que lindo! blá blá, e vai abrindo mais aquela situação, então a gente não tem notado, pelo menos, assim, tive talvez uma ou duas experiências ruins, o resto tudo bem. (E - AT)*

A habilidade da equipe em estabelecer a relação na chegada é decisiva para que o atendimento transcorra bem, diminuindo tensões, colocando-se de modo ético, mostrando, através de uma postura respeitosa e cuidadora, que estão ali para ajudar a minimizar os problemas para os quais foram chamados. Merhy (2002) diz que quando um profissional atua, ele mobiliza seus saberes específicos e seu modo de agir sobre o problema que tem que enfrentar, sempre envolto em processos relacionais do campo das tecnologias leves. Corroborando com o autor, podemos dizer que o trabalho no SAMU é fortemente marcado pelas relações interceçoras entre usuários e trabalhadores. No exercício de suas práticas usufruem as possibilidades de buscar formas de fazer o cuidado, aliando seu conhecimento técnico sobre cada caso em questão, permeado por atos de criatividade e de sensibilidade, que lhe permitem adaptar seu manejo às situações do ambiente.

Da mesma forma que as famílias recebem bem as equipes do SAMU, as ocorrências na via pública, embora a comunicação seja um pouco mais restrita, também acontecem de forma positiva. Especialmente nas situações traumáticas, onde as presenças da polícia e dos agentes de fiscalização do trânsito são praticamente constantes, a recepção se mostra muito favorável. As pessoas conversam, se tratam pelo nome, fazem brincadeiras entre si. Estratégias para lidar com a correria do trabalho, com a dureza das situações. Segundo Deslandes (2002), o mesmo trabalho que produz sofrimento, também é fonte de realização. Concordando com a autora, pode-se dizer que a forma como os profissionais lidam com seus afazeres refletem apreço pelo que fazem e satisfação nas relações que estabelecem. Evidências de que esses trabalhadores constroem vínculos, em seu dia a dia, a partir das experiências do cotidiano e vão conquistando o reconhecimento entre si, constituindo o trabalho como um atributo prazeroso.

*São 20 horas, a cerca de 10 minutos, equipe chega no local, encontra uma pequena aglomeração de pessoas que fazem sinais para ambulância,*

*indicando o local. Brigada Militar está presente, pois foi acionada que, por sua vez, acionou o SAMU. Os policiais recebem a equipe de forma simpática, brincam que o plantão começou cedo, desejam bom trabalho e partem, sem muitas explicações sobre o caso, apenas apontando para onde está a paciente. Moradores recebem a equipe de forma acolhedora, relatam que vítima procurou socorro na casa, batendo na sua porta, por isso acionaram a BM e relatam o pouco que sabem sobre a paciente. (OBS 1)*

*Às 17:05, equipe no local. EPTC e Brigada Militar estão presentes. Vítima está deitada ao solo, acomodada em cima da calçada, com vários curiosos em torno. Esposa do paciente está próxima, havia sido avisada do acidente e veio ao encontro do marido. O agente de trânsito da EPTC recebe equipe de forma calorosa, é falante, está contente, chama os membros da equipe pelo nome. (OBS 11)*

Segundo Fischer *et al.* (2006), o trabalho em saúde ocorre não somente na relação com o usuário, mas também com outros trabalhadores. Ao concordar com os autores, afirmamos que no SAMU, a integração com outros atores que atuam em conjunto nas urgências é de suma importância, não somente no sentido das relações interpessoais, mas também quanto às possibilidades de ajuda mútua. O auxílio na coleta de informações acerca da situação e em gestos na cena, como mobilização e transporte do paciente, são de grande valia para as equipes de suporte básico. O trabalho em equipe, com profissionais que não são da área da saúde, proporciona sintonia e a execução de gestos para um atendimento de qualidade e com agilidade. Essa constatação também foi feita por Pereira e Lima (2009), que relatam a participação de agentes de trânsito, bombeiros e polícia, especialmente nos atendimentos a acidentes de trânsito, evidenciando o trabalho em equipe.

Além da ajuda dos agentes públicos, a população também é demandada, pois a equipe depende muito da ajuda dos que estão no entorno, para compor a história do paciente. Via de regra, os populares colaboram com presteza e atenção, conforme foi possível observar.

*À chegada da equipe, está presente EPTC e Polícia. Vários curiosos se aglutinam em torno do carro. A equipe aborda a paciente, a auxiliar/técnica se aperta para entrar no carro, pois está com a porta do acompanhante abalroada e iniciam-se as manobras para retirada da vítima. Os populares são chamados para ajudar a carregar a maca; as pessoas atendem o pedido com solicitude, sem muitas conversas. Tudo é muito rápido, a comunicação com os populares é rápida e pouca. (OBS 8)*

As equipes de suporte básico relatam que existem diferenças na recepção, quando os atendimentos transcorrem na casa das pessoas ou em locais públicos, especialmente na rua.

*É melhor dentro da residência. Em via pública normalmente o paciente está sozinho, ninguém conhece, então é difícil tu pegares informações, ninguém*

*conhece, ninguém viu e, às vezes, o paciente está tão desorientado que não consegue dar informações. Então o melhor atendimento é em casa, que tem mais gente pra informar e ajudar, também. (E - AT)*

*Ah, com certeza, muita diferença: na rua a população está toda ali, tem o Fulano, o Beltrano e o Cicrano que está dando opinião sobre o serviço, tem uns que se metem... E dentro da casa, é... Às vezes a gente pede até auxílio do familiar para carregar alguma coisa e eles se prontificam e tal, mas é bem mais tranqüilo, na rua é um atendimento já mais tenso, né?(E - CO)*

*Existe uma certa diferença, porque assim, dentro da casa geralmente se dá com a família, é a família que está ali enlouquecida, está atônita, porque é o seu familiar, é o seu paciente que está ali, que está necessitando; e na via pública geralmente estão pessoas, que são populares que estão passando, e que querem dar uma ajuda, às vezes até social, às vezes aqueles que, bom, eu fiz o bem para alguém! Às vezes, na via pública, fora o trauma, a gente vai atender ocorrências de pessoas que são sociais, pessoas moradores de rua que às vezes estão em frente de casas que o morador não quer que esteja, então não tem aquele lado do sangue, a família do lado! (E - AT)*

As equipes de suporte básico relatam que não ser bem recebido na cena do evento está diretamente relacionado com o tempo que a equipe leva para a chegada no endereço da ocorrência. Quanto mais demoram, pior é a acolhida pelos familiares/solicitantes, conforme depoimentos das equipes.

*Chegando às residências, a gente não é bem recebido porque demora para chegar ou porque demorou pra encontrar o endereço. (E - AT)*

*O trauma, depende muito da maneira como recebe a mesa reguladora e passa pra gente. Muitas das vezes tu fazes atendimento não na tua área, tu vais fazer um aporte numa área, digamos, no centro, tu demoras o deslocamento daqui até o centro, chegando lá as pessoas estão um pouco agitadas, há o clamor popular, então isso atrapalha um pouquinho. (E - AT)*

*Dependendo da... Do tipo de atendimento, né? É.. São... Dependendo que quanto tempo a ambulância chegou no local também, né? A recepção é feita de acordo com a rapidez da ambulância no local, o caso... Se é muito grave ou não, entendeu? Então tem muitas vezes que a gente é hostilizado no local, que demorou, eles xingam é a equipe, a equipe é que... Eles não pensam que a gente passou por uma regulação, e que teve um trâmite todo para a gente chegar lá, eles acham que é a ambulância que demorou. Então tem muita gente que xinga e tal, só que a gente, no caso, a gente já está acostumado, a gente vai atender o paciente, a gente não vai... a gente vai abaixar a cabeça, ali, não vai olhar o que os populares estão dizendo aí. Eu já passei por n casos de ser hostilizado, ser xingado e tal, mas tem que baixar a cabeça e fazer... Agora, que é difícil, é. (E - CO)*

As equipes cumprem sua rotina, agregadas à organização geográfica de suas Bases, para um melhor resultado do tempo-resposta aos chamados. No entanto, nem sempre o médico regulador consegue destinar a equipe da área correspondente para o atendimento, em

função de ter sido enviada para outra ocorrência, estar impedida devido a dificuldades técnicas e de manutenção. Figueiredo e Lorena (2005), em estudo sobre modelos de localização de ambulâncias, referem-se às capacidades de cobrir a demanda por outra ambulância que não seja a sua primária, a fim de garantir atendimento quando esta estiver ocupada. Nessas ocasiões, o regulador precisa optar por outra equipe, o que, em geral, resulta em um tempo maior de chegada na cena do evento. Para casos julgados de pequena gravidade, a solução encontrada tem sido organizar o atendimento para um momento posterior, tão logo tenha a equipe disponível da região. Essa conduta tem sido nomeada pelas equipes como agendamento, o que provoca, invariavelmente, aumento do tempo de chegada na cena. A demora desagrada tanto o usuário quanto as equipes. Essas, além de terem que manejar possíveis conflitos gerados em função da demora para chegar no endereço, sentem-se desvirtuadas de seu papel. Questionam se essas demandas são condizentes com a missão do SAMU, uma vez que foi possível agendar o atendimento.

*São raros casos de reclamação. A queixa que existe é da demora no deslocamento se a gente está longe da ocorrência, às vezes, o que tem acontecido também, são “ocorrências agendadas” que a gente chama. Quando deixam “pendurado” lá e quando o médico acha que não há necessidade de uma ambulância imediatamente, então sempre que desocupa uma equipe eles mandam, mas isso demora algum tempo. Então tu chegas no local e já tá com tumulto da demora, daí começam a xingar e às vezes o paciente é grave, não passam quão grave é... mas da maioria das vezes nós somos bem recebidos.(E - AT)*

As equipes entendem que “agendar ocorrências” descaracteriza a missão do serviço, uma vez que os atendimentos parecem ter caráter meramente eletivo. As equipes se ressentem de não serem alertadas, pela central de regulação, de que houve o agendamento, para que possam se preparar para possíveis reclamações que possam advir. Da mesma forma, entendem que os usuários deveriam ser avisados de que a ambulância irá demorar mais que o habitual para chegar.

Essas situações são comuns do cotidiano das equipes, explicitadas nas entrevistas realizadas e nas observações em campo:

*(...) uma das coisas que a gente nota é o agendamento, que obviamente, tu vais ficar esperando e eu entendo que se é um agendamento, não é uma urgência; então, quando tu chegas lá, tu atendes como urgência, mas só que já deu aquele período, né? Muitas vezes tem um ou 2 familiares que estão lá, que acham que está errado, que tu tinhas que demorar menos, porque a equipe da semana passada demorou tantos minutos e essa aqui demorou, veio uma equipe diferente, não é a mesma. (E - AT)*



*(...) porque às vezes a gente chega numa ocorrência e a chamada já faz mais de hora que se gerou; e está aguardando ambulância, e o médico não passa pra nós; a regulação não passa; às vezes não dá tempo de passar, tem vários casos, né? (E - CO)*

*Saímos do Hospital F em direção ao endereço, às 15:20, para atender paciente idosa, que sofreu queda da própria altura no pátio da casa.(...). Em 7 minutos estamos no local. (...) Como ambulância estava demorando muito decidiram transportá-la. Condutor diz: “mas nós viemos em 7 minutos até aqui, estávamos bem perto daqui”! Filha da paciente responde, rispidamente, com certa irritação na voz: “7 minutos? Faz mais de uma hora que chamamos! Eu estava no trabalho, meu filho ligou, sai de lá, deu tempo suficiente para eu me deslocar de onde trabalho (quase 10 Km de distância de sua casa), tomar um ônibus, e chegar em casa! (...) Antes de passar o caso, a auxiliar/técnica pergunta à regulação: Central, vou passar o caso, mas peço que informem o horário desta chamada, pois família alega que esperava há mais de hora”. Médico regulador, confirma que o chamado teria sido próximo de 14:10, mas que havia sido explicado ao solicitante que não havia ambulância disponível no momento e que o atendimento iria demorar um pouco. Auxiliar/técnico responde que confere com o relato da família, e inicia a transmissão do caso. (OBS 4)*

*Se a gente vai se atrasar para um local, se a gente vai fazer um atendimento e depois vai fazer o outro, então que a Central avisasse o familiar pra que a gente não chegasse na cena e o familiar estar brabo por causa do atraso, porque não foi avisado que a equipe ia ir, mas ia levar um tanto de tempo. Acho que essa comunicação poderia ser feita com o familiar, via central. (E - AT).*

As sugestões apontadas pelos entrevistados, ao sugerirem que o solicitante seja prevenido sobre o retardo do atendimento, condizem com a regulamentação da regulação médica das urgências que recomenda que, nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis filas ou tempos longos de espera, o médico regulador reavalie constantemente os casos pendentes e mantenha contatos sucessivos com os solicitantes, para informá-los sobre as dificuldades e o tempo previsto de espera (BRASIL, 2006b). Mais do que cumprir a regulamentação, essa prática facilitaria a organização do trabalho, preveniria possíveis conflitos e problemas, além de denotar consideração pelas equipes e pelos usuários que aguardam pelo atendimento.

O tempo transcorrido entre o recebimento da missão e a chegada da equipe não está atrelado somente ao agendamento de missões. É sujeito a vários outros fatores, com destaque ao tempo usado ainda no ambiente da regulação, problemas inerentes ao deslocamento no trânsito e às dificuldades de localização de endereços, especialmente de domicílios em ocupações irregulares. São pontos que precisam ser enfrentados no cotidiano do trabalho e buscadas soluções para seu equacionamento. Por vezes, os médicos reguladores tomam pra si

a responsabilidade de tentar dirimir alguns desses problemas, a fim de que a equipe seja bem recebida na cena, conforme se pode confirmar na fala do médico entrevistado.

*Claro que têm situações de risco, situações de conflito... Mas eu acredito que, na grande maioria das vezes, são bem recebidos. E eu acho que, uma das funções do médico regulador é isso, não deixar muito conturbado a cena quando a equipe chega lá, né? Também isso, por telefone, a gente pode preparar um pouco. (E - ME)*

São vários os arranjos necessários e possíveis de serem feitos para organização do trabalho das equipes do SAMU, que no seu cotidiano, produzem saúde. Feuerwerker (2005) diz que a produção de atos em saúde é um terreno de trabalho vivo (no qual predominam as tecnologias leves). Essa produção opera com graus de incerteza e com certo grau de autonomia de seus trabalhadores, possibilitando a construção de novos valores, compreensões e relações. Corroborando com a autora, entendemos que o espaço para a criação no SAMU é bastante vasto, pois abre possibilidades para interrelações variadas, onde todos têm algum grau de responsabilidade sobre as etapas do trabalho. O trabalho no SAMU desafia para a criatividade, para a construção coletiva, por isso, é, essencialmente, um trabalho em equipe. É possível fazer analogia com uma orquestra. Talvez pouco próxima àquela feita por Campos (2000), que compara a orquestra com um certo engessamento e pouca criatividade, onde ele diz que os arranjos são pré-definidos e aos músicos cabe somente executá-los com perfeição. O trabalho no SAMU, de fato, se cumpre a partir de protocolos firmados tecnicamente, rígidos de certa forma. A padronização é a mesma, independente do lugar em que se trabalha: o mesmo uniforme, o mesmo *lay out* do veículo, os mesmos materiais. Onde quer que se ande, do norte ao sul do país, ao visualizar profissionais do SAMU, parecem ser as mesmas pessoas. Em que pesem as padronizações e caracterizações externas, existem as singularidades de quem executa o trabalho. Estas dependem muito do trabalho em equipe. Quanto mais coesa, mais articulada e compromissada com o conjunto das ações, melhor é o resultado. Como elos de uma engrenagem necessitam estar continuamente sendo revisados, reinventados, reconduzidos, se pertinente for, para que os objetivos do APH móvel sejam permanentemente perseguidos.

## 6 O TRABALHO DAS EQUIPES PARA ALÉM DO APH MÓVEL

O trabalho no APH móvel assume uma conotação peculiar: envolve diferentes atores, com seus saberes e práticas específicos, mas que inter-relacionam-se intimamente, num fazer coletivo. Pereira e Lima (2009) ressaltam que as ações são feitas por vários profissionais e não são determinadas por uma organização hierárquica. O conhecimento técnico é de domínio de todos, perpassa as diferentes categorias profissionais, respeitadas as especificidades, competências e responsabilidades de cada membro da equipe. Ao concordar com as autoras, ressaltamos que o trabalho desenvolvido pelas equipes de suporte básico do SAMU demonstra a integração entre profissionais de diferentes formações, interagindo na prestação do atendimento. A dupla formada com o auxiliar/técnico de enfermagem e o condutor, em geral, comprova a atuação em sintonia, onde um ajuda e complementa o trabalho do outro. Seguem protocolos de atendimento pré-definidos e os cumprem com ajuda mútua e numa seqüência lógica. No modo de atuarem, é fácil perceber que existem combinações prévias sobre como irão agir nas situações. Falam pouco entre si durante o atendimento, mas o trabalho flui de forma sincronizada, o que foi também constatado por Pereira (2005). Fischer *et al.* (2006) destacam a comunicação não-verbal como uma das características do trabalho da equipe do APH móvel. Corroborando com as autoras, é possível afirmar que demonstram que um conhece a forma de trabalhar do outro e se complementam, mesmo sem conversar durante a ação. Cada um desempenha sua função, dentro dos limites conferidos, e o atendimento é desenvolvido em conjunto. O papel do condutor é fundamental como elemento de apoio para o auxiliar/técnico de enfermagem, o que pode ser exemplificado nas seguintes falas:

*Cada um cumpre com sua tarefa: a minha colega, como técnica e eu como condutor que auxilio para chegarmos, ao final da ocorrência, do atendimento, juntos. (E - CO)*

*O meu papel é levar a técnica de enfermagem até o local e auxiliá-la para manusear o paciente, imobilização, coisas assim, e transportar até o hospital (E - CO).*

*E lá a gente faz o exame, né, o técnico faz o exame, a gente auxilia onde pode; e isso é passado para o médico, por rádio. Aí o médico dá orientação do que a gente deve fazer: se faz medicação, se remove para o hospital, aí depende do que ele mandar a gente fazer. (E - CO)*

*Uma equipe tem que ser completa com o condutor e, entre condutor e o técnico, né? Trabalha de acordo, um ajuda o outro em tudo o que é preciso. (E - CO)*

*Aí eu auxílio o técnico, preencho o boletim, (...). Se for um atendimento psiquiátrico a gente sempre pede o auxílio da brigada para chegar no local... E eu acho que basicamente é isso aí, e depois é transportar o paciente para a ambulância e oferecer, o papel do técnico no caso, oferecer aquilo que ele achar necessário com a orientação do médico. (E - CO)*

Em situações que fogem à normalidade do atendimento, a dupla combina formas de executar o cuidado, ainda que se distanciem de protocolos formais. Ajustam técnicas, improvisam gestos, adaptam manejos para casos que extrapolam a rotina. Ou seja, procuram encontrar alternativas protetoras, zelando pela segurança, integridade e bem-estar dos pacientes.

*(...) Em meio a explicações quanto ao tempo e a forma que a moveram, a equipe decide imobilizá-la e a auxiliar pergunta ao condutor: “e agora, o que fazemos?” Ao que ele responde: “eu é que pergunto, o que fazer?” (a situação estava complicada, pois a senhora idosa, obesa, com muita dor, estava praticamente encaixada numa cadeira desproporcional ao seu tamanho e havia sido muito mobilizada). Juntos pensam o que seria menos danoso para a paciente e decidem levá-la, na cadeira, até a rua, para evitar mais movimentação e prejudicar ainda mais a paciente. O neto se mostra muito solícito e diz: “então, deixa comigo, que me encarrego desta parte, já estou acostumado a dirigir esta cadeira, nesta casa com tantos degraus”. (OBS 4)*

*(...) A equipe afirma que está ali para ajudá-la, para salvaguardar a vida e não ensinar a acabar com ela (tratava-se de um atendimento psiquiátrico, a paciente falando em suicídio). A auxiliar/técnica pergunta se não tem nenhum familiar que possa ser chamado; a paciente fala do irmão que deve estar no trabalho, da mãe que está na praia e de uma vizinha que sempre a ajuda. Começa a gritar pelo nome da vizinha; o condutor pergunta onde mora, a paciente explica e o condutor nos fala baixinho que vai tentar localizar a vizinha e sai. Em seguida ele volta e cochicha, dizendo que a vizinha negou-se a vir, que ela não está mais disposta a ajudar. (OBS 13)*

Os profissionais desenvolvem atividades que, às vezes, parecem fugir de sua ocupação principal. Pode-se dizer que são protagonistas de um modo de atenção à saúde, ainda em processo de consolidação. Esse exige um perfil que congregue várias aptidões, saberes e requisitos, como desprendimento, iniciativa e motivação para colocar-se em lugar do outro e procurar fazer o melhor para ajudar a diminuir os sofrimentos e angústias dos pacientes. A situação a seguir exemplifica essa afirmação.

*(...) A auxiliar/técnica consegue convencer a paciente para que aceite ir até o serviço recomendado pela regulação. A paciente começa a reunir suas coisas: primeiro quer pegar pertences pessoais e de higiene. Depois diz que precisa tratar do cachorro antes de sair. Enquanto acompanho a paciente pela casa para que reúna seus pertences, a auxiliar/técnica e o condutor tratam de completar os potes de comida e de água do cachorro. Eles fazem isso com*

*certa naturalidade, com intenção de fazer com que diminua a resistência da paciente em relação a deixar-se transportar. (OBS 13)*

Este conjunto de trabalhadores convive com um grau de exigências que precisam ser superadas continuamente. Além de saber manejar diferentes patologias, em quaisquer faixas etárias; devem estar preparados para situações adversas, inusitadas. Exigências que não dependem somente da técnica e prática individual. Dependem, também, de características emocionais ou psíquicas, capazes de responderem às particularidades do trabalho. Vários autores mencionam estas características como importantes, imprescindíveis de serem levados em conta no desempenho no SAMU (THOMAZ; LIMA, 2000; VARGAS, 2006; FISCHER *et al.*, 2006)

Além da relevância do preparo para a assistência, é importante considerar que os atendimentos podem acontecer em ambientes pouco favoráveis à equipe. Muitas vezes as condições dos locais se apresentam inseguras, de acesso e abordagem difíceis, o que prejudica o desfecho (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; VARGAS, 2006), conforme aparece nas falas a seguir:

*Muitas vezes a equipe vai para locais em que o local é de risco, por exemplo, locais onde há assaltos, tráfico de drogas... Locais de risco, onde até mesmo a polícia e a EPTC tem medo de entrar; às vezes a equipe fica numa situação que tem que entrar nesses locais para prestar o atendimento. (E - ME)*

*Pode evoluir até para uma agressão física da gente, embora eles estejam precisando de atendimento naquele momento, mas o pessoal, dependendo do local que seria uma vila, eles tendem a ser muito agressivos, se tu demorar, principalmente se tu demorar. (E - CO)*

As equipes se confrontam com a realidade dos fatos em tempo real, visualizam os problemas no entorno da cena. As situações a seguir exemplificam a proximidade das equipes com realidade tal qual se apresenta, ou seja, a vida como ela é.

*À chegada da equipe na casa, várias crianças correm pelo pátio, tentando prender os cachorros soltos, que são muitos. O condutor pergunta se prenderam todos, elas respondem que só o cão bravo não havia sido preso. O condutor vai entrando na frente, parece não ter acreditado nas crianças; solicita, rindo, que prendam o cachorro. Quando entramos na casa, percebe-se uma grande confusão: os filhos falam todos juntos, gritam muito, discutem entre si sobre o estado da mãe. Ela está desconfortavelmente sentada na beirada da cama, com intensa expressão de dor e desconforto. Uma das filhas tenta equilibrar a paciente na cama. O quarto ocupa um espaço muito exíguo, insuportavelmente quente. Um latido forte de cachorro vem debaixo da cama e deduzimos que o cão bravo, que não tinha sido preso, estava ali, protegendo sua dona. A equipe pede espaço, acomoda a paciente e a auxiliar inicia a avaliação, enquanto os filhos trazem, em meio a muita discussão entre eles,*

*exames e receitas antigas. O condutor manuseia os papéis tentando ajudar a colher informações. Um dos filhos, com forte hálito etílico, fala muito alto, recriminando a mãe que está mal há uma semana e não aceita ir ao médico. Fala o tempo todo, grita com as crianças, que correm pela casa e pelo pátio, vem até o quarto com uma vassoura para bater no cachorro e tirá-lo debaixo da cama. Pedimos que deixe o cão onde está para não piorar as coisas. Concluídos os cuidados pela auxiliar/técnica, com muita dificuldade conseguimos colocar a paciente na ambulância (a casa ficava num nível muito abaixo da rua, difícil conduzi-la “morro acima”). Os filhos seguiram discutindo entre si, porque ninguém queria acompanhar a equipe, até que uma das filhas, relutando, concorda em ir junto. (OBS 4)*

Sá *et al.* (2008, p.1338) afirmam que *trabalhar na porta de urgência de um hospital é estar cara a cara com uma demanda que assume a forma de maus tratos, da feiúra, da brutalidade, da sujeira e do mau cheiro, situações para muitos profissionais, insuportáveis e até mesmo impossíveis de serem significadas.* O que dizer, então, dos profissionais do SAMU que se confrontam com esta realidade in loco? Oliveira e Ciconet (2003) dizem que trabalhar no APH é fazer o caminho inverso, pois é a equipe que vai ao encontro do paciente. Ao ir ao seu encontro, precisa estar preparada para encontrar cenários diversos. Corroborando com as autoras, afirmamos que diferente de receber um paciente em uma porta de urgência é ir ao lugar onde ele está: entrar na sua casa, vivenciar, ainda que momentaneamente, as dificuldades e vulnerabilidades daquele usuário, perceber suas necessidades, observar condições de vida, higiene e moradia, cuidados dispensados pelos familiares. Possivelmente esse seja um elemento ímpar no contato da equipe com o usuário, pois ao vê-lo na situação tal qual aconteceu, é mais fácil entender os motivos pelos quais ele busca socorro no SAMU. Giglio-Jacquemot (2005) relata que só entendeu as necessidades das pessoas que buscavam atendimento no pronto-socorro do serviço estudado, quando começou a acompanhar os atendimentos feitos pela equipe da ambulância. Pôde perceber elementos que seriam incompreensíveis somente a partir do intra-hospitalar. Ir ao encontro das famílias, observar um pouco das relações existentes, possibilitou entender que os problemas vividos só podem ser melhor entendidos se vistos inseridos dentro de seu contexto. Ao confirmar as afirmações da autora, ressalta-se a singularidade dessa aproximação entre equipe e usuário. Aproximar-se efetivamente, ir ao seu encontro, favorece o acolhimento, o respeito pelo pedido de ajuda, confere a oportunidade de colocar-se em lugar do outro.

*Hoje mesmo eu e a Maria vínhamos comentando atendimentos que já fizemos, n atendimentos, em lugares assim dos mais perplexos. E, logicamente, que uma pessoa que trabalhou só dentro de um hospital desconhece que exista aquele tipo de situação. Então é muito fácil para uma pessoa que está só*

*dentro de um hospital chegar e dizer “não, não vou receber esse cara aqui, isso aqui não é pra nós”. Mas não sabe que a gente tirou aquela pessoa de dentro de uma vila, no meio do lixo, às vezes, com o esgoto passando junto daquela pessoa, ratos junto, a pessoa foi agredida, muitas vezes pelos próprios vizinhos e os próprios vizinhos agrediriam a equipe do SAMU caso nós não déssemos trâmite para aquilo ali. Simplesmente, acho que teria que melhorar isso aí, talvez até dar um pouco mais de visão pra esse pessoal que está nos recepcionando dentro do hospital; pegá-los, pelo menos uma vez ou quando entrassem para trabalhar, e levassem nos locais, sei lá, talvez fosse isso, ou até desse um curso, mostrando as situações, da onde vieram aqueles pacientes, já que estamos na área de saúde pública, o próprio nome está dizendo, nós estamos aqui pra atender esse tipo de paciente. (E - CO)*

Possivelmente esse olhar pudesse modificar certos estigmas ainda existentes em relação ao usuário, conforme o relato de uma situação vivenciada numa das conversas, em um serviço de saúde.

*Ao deixar o paciente, quando saímos do PA, dois funcionários do serviço nos acompanham até à porta da ambulância. A auxiliar/técnica do SAMU explica quem sou e o que faço ali.(...) A funcionária se dirige para mim e diz: “Enfermeira, vou lhe contar uma coisa: sabe o que a gente costumava dizer pra colega do SAMU quando ela nos trazia certo tipo de paciente? De qual esgoto tiraste isso daí?”. Ela me conta (pesquisadora) rindo e, rapidamente, explica – talvez pela expressão que não consegui disfarçar - que, obviamente, era só uma brincadeira que fazia. Nos despedimos e quando estamos em deslocamento comento com a auxiliar/técnica: “o que pensas desse comentário, o que te parece?” A auxiliar/técnica me responde: “Enfermeira, na verdade, acho que não é bem uma brincadeira. Eles falam brincando, mas acho que pensam isso mesmo, pois eles não têm a mínima noção dos lugares que vamos para atender os pacientes; mas eu já acostumei com esse tipo de comentário e nem ligo mais, me importa que recebam os pacientes”. (OBS 13)*

Ainda que esse comentário tenha sido nominado como uma brincadeira por quem o fez, retrata um sentimento muito presente dos profissionais que atuam nas portas dos serviços de urgência. Segundo Sá *et al.* (2008), a porta da urgência de um hospital significa o confronto com as mazelas cotidianas, reais, vividas pela população, adjetivada pelos profissionais como carente. Lucena *et al.*(2006) afirmam que a forma de organização dos serviços, que funcionam como ilhas dentro do sistema de saúde e focados, basicamente, nos aspectos biológicos e individuais, terminam por desconsiderar o contexto psicossocial e político em que estão inseridos os usuários. Ao concordar com as autoras, entende-se que inverter essa lógica e reconhecer as necessidades e a realidade do usuário, pode contribuir para qualificar as práticas, na tentativa de tecer o trabalho em rede, ético e solidário.

## 6.1 As outras tarefas das equipes do suporte básico

As equipes de suporte básico realizam atendimentos que por vezes se afastam dos conceitos clássicos e descritos nas normatizações das urgências. O que não significa que estejam infringindo a legislação, pelo contrário, sua atuação extrapola, de certa forma, o que está preconizado. Assume um olhar protetor à vida, numa percepção que aglutina princípios de universalidade, integralidade, equidade, acolhimento. Os profissionais têm entendimentos que transcendem a prestação do cuidado propriamente dito, do cumprimento de protocolos de atendimento para pessoas em risco iminente de vida. São compreensões que abarcam uma visão sobre as necessidades de saúde da população, onde as equipes tomam para si uma atribuição que, a priori, caberia a outros níveis de atenção. No entanto, as equipes manifestam papéis expressos nas falas a seguir, como de sua responsabilidade.

*Eu acho que é suprir uma necessidade básica de imediato, o que muitas vezes o cliente não consegue via posto de saúde ou até mesmo um agendamento de consulta. Eu acho que essa é a nossa função lá: é tentar ajudar esse paciente, mesmo que às vezes ele não precise ser removido, mas dar o atendimento para que ele supra aquela necessidade imediata, daquele momento (E - AT)*

*Eu acho que o papel das equipes de suporte básico, num primeiro momento, é chegar no local e orientar o paciente. Na maioria das vezes, os pacientes necessitam mais é de uma orientação. Nos casos clínicos, pelo menos na nossa área que é um bolsão de miséria; são pacientes que não... uma insulina vencida, uma superdosagem de insulina, que às vezes o posto de saúde, com a Saúde de Família, com a visita, poderia orientar aquele paciente, não precisando disponibilizar uma ambulância para ir até lá, eu acho. Pelo menos na nossa região. Às vezes um trabalho de parto, que não é um trabalho de parto ainda, mas desloca ambulância até lá, a paciente é orientada. Às vezes elas nem fazem o pré-natal como deveria ser feito e aí chamam o SAMU quando tem a dor, porque a consulta vai ter que ser marcada com o ginecologista, obstetra, aí é mais fácil acionar o serviço. Eu acho que a atenção primária diminuiria as ocorrências principalmente nessas áreas onde têm uns bolsões de miséria, que são pessoas que ainda não têm, ou que têm acesso à saúde, mas acho que elas, por diversos fatores, não procuram como deveriam. (E - AT)*

Parte dos atendimentos feitos pelas equipes de suporte básico se caracterizam por necessidades que não se configuram situações de risco iminente à vida. Ainda que essa constatação seja feita, as equipes entendem que lhes cabe a tarefa de atender, também, essas demandas que poderiam ser consideradas como não pertinentes ao SAMU. Os chamados não pertinentes são aqueles em que o médico regulador julga não haver gravidade que justifique o envio de unidade móvel para socorro, sendo suficiente orientar o solicitante e/ou sugerir que ele busque respostas nos serviços de saúde por seus próprios meios.



Vários chamados inicialmente caracterizados pelo médico regulador como pertinentes, ou seja, os que necessitam envio de ambulância, à chegada da equipe, esta constata que a verdadeira necessidade é eminentemente social. Em boa parte das vezes a equipe encontra o paciente em situações bastante vulneráveis, que necessita de cuidado à saúde, mas não, necessariamente, de atenção urgente. Este cenário é semelhante em outros lugares, conforme relatado por Barrier (2001) que afirma que, na França, os chamados feitos ao SAMU apresentam uma progressão constante, mas que as reais urgências de saúde representam uma minoria dos casos. O aumento das chamadas refere-se, principalmente, às necessidades de cunho social ou psicológico. A autora compara o trabalho realizado pelo SAMU a uma missão de bom samaritano. Em nossa realidade, embora constatações desta natureza sejam feitas sistematicamente pelo APH móvel, as medidas para seu enfrentamento, no que diz respeito ao estabelecimento de vínculos com outros equipamentos de saúde e mesmo sociais, são praticamente inexistentes. Ou seja, o SAMU, enquanto observatório privilegiado do sistema de saúde, pouco consegue fazer com as informações geradas sobre as necessidades da população. São inúmeros os atendimentos em que as equipes de suporte básico deparam-se com pacientes que poderiam ter sido acolhidos na rede básica de saúde, ou que, se estivessem sendo atendidos de forma continuada, não precisariam buscar auxílio, com tanta frequência, no SAMU.

Os profissionais das equipes de suporte básico mantêm uma estreita relação com esses pacientes, os conhecem pelo nome, sabem de suas necessidades e dificuldades. As famílias recebem a equipe com certa intimidade, de quem frequenta seu domicílio com alguma regularidade. Enfim, existe uma reciprocidade de conhecimento e confiança, como se pode constatar a seguir:

*Na chegada no endereço, equipe é recebida por familiar que dá boas-vindas, indica o caminho da casa e vai explicando o que está acontecendo. Diz que não é a primeira vez que chamou o SAMU; relata o que foi feito na vez anterior, que a avó de 98 anos, foi medicada pela equipe para dores pelo corpo e permaneceu no local. Ele diz que sua expectativa é de que, naquele dia, seja feito o mesmo. (OBS 1)*

*Após contato da rádio operadora com a equipe, Médico Regulador informa tratar-se de paciente em crise convulsiva. A auxiliar/técnica diz que deduz quem seja o paciente, pois nesse endereço - um supermercado - seguidamente o SAMU atende uma funcionária que trabalha no caixa. Na chegada ao local, dois funcionários do supermercado estão aguardando com o paciente sentado numa cadeira de rodas, o segurando para não cair, em estado pós-ictal. Ainda de dentro da ambulância, a auxiliar/técnica diz que conhece o paciente, não é quem ela pensava, mas é outro velho conhecido: que é morador da região, que já o atendeu nesse supermercado e em outros estabelecimentos*

*comerciais do bairro, na sua casa e na via pública. Quando desce da ambulância se dirige ao paciente chamando-o pelo nome; os que o socorreram mostraram-se surpresos e perguntam “você já o conhece?”. A auxiliar/técnica explica que sim, que ele faz crises com frequência, que mora sozinho com o pai, sabe onde ele mora, sabe de toda sua história. Ela o trata carinhosamente, procura despertá-lo, explica aos funcionários (socorrentes) que vai colocar o paciente dentro da ambulância para prestar os cuidados, agradece pela ajuda e libera os socorrentes. (OBS 13)*

Os profissionais da equipe conhecem, com pormenores, alguns pacientes que são usuários frequentes do serviço. Pacientes que, atendidos pelo SAMU, são encaminhados, ou não, aos serviços de urgência, para, dias mais tarde, serem novamente atendidos, muitas vezes pela mesma equipe, em condições muito similares às anteriores, conforme relato a seguir.

*Ao nos aproximarmos da casa, a técnica diz que acha que sabe de quem se trata. “Já estive aqui há semanas atrás, esse já é nosso conhecido, vamos lá! A última vez que estivemos aqui nem o levamos, pois todas as vezes em que é levado para emergência ele fica lá em pós-convulsivo, não apresenta mais crises e o liberam sem fazer nada! É uma judiaria tirá-lo de casa pra nada!” Na chegada, várias crianças estão em frente à casa, fazem uma festa quando vêem a ambulância. Somos recebidos pela filha, que cumprimenta gentilmente a equipe, dizendo “que bom que vocês chegaram”. A filha diz à auxiliar/técnica “acho que da outra vez que chamei foste tu mesma quem atendeu meu pai!”, ao que a auxiliar/técnica confirma. (OBS11)*

Estudo realizado por Souza *et al.*(2008) confirma situações deste tipo. As autoras analisam a atenção dispensada a portadores de diabetes, em serviços de complexidades distintas, PSF e SAMU, onde se evidenciam as insuficiências de integralidade em ambos os serviços. Corroborando com as autoras, no cotidiano do SAMU, os próprios profissionais expressam preocupação sobre a falta de um atendimento mais integral, que possibilitasse ao indivíduo ser tratado na urgência como algo excepcional e não o contrário. As equipes entendem que existe uma lacuna no atendimento, especialmente em portadores de doenças crônicas, como diabéticos, hipertensos, convulsivos, que são os eventos de maior prevalência de atendimento, envolvendo os mesmos usuários, com os mesmos problemas, sem que se consiga estabelecer vínculo ou interface com o serviço de atenção básica a que esse usuário está ligado. Em estudo realizado por Silva *et al.* (2005), que trata da articulação entre o Programa de Saúde da Família e um serviço de assistência especializada (SAE) em HIV/AIDS, de Fortaleza-CE, as autoras concluíram que os profissionais do PSF desconhecem as formas de acesso e a rotina do SAE, assim como os que atuam no SAE desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimentos em HIV/AIDS do PSF. Afirmam que se houvesse maior entendimento sobre as diferentes funções, permitiria alcançar o pleno funcionamento do

sistema de referência. Estabelecendo nexos dos estudos de Silva *et al.* (2005) e Souza *et al.* (2008) com o trabalho das equipes de suporte básico do SAMU e sua relação com os serviços de atenção básica, a constatação é muito similar. Embora - e infelizmente - a falta de articulação seja comum entre os serviços, entende-se que é possível idealizar um desenho de rede que garanta a atenção integral aos indivíduos que, acometidos por agravos urgentes, possam ser remetidos, de forma organizada e com fluxos definidos, para o serviço correspondente a sua necessidade, como resultado das pactuações entre os gestores dos diversos níveis de atenção. Utópico pensar que é possível construir um trabalho em rede a partir do APH móvel? Não, se houver integração entre as complexidades diferentes. Sim, se a área de urgência também tomar para si a responsabilidade de participar, efetivamente, desse desenho de fluxo. Mais do que criticar a falta dele, mais do que responsabilizar o usuário pela procura inapropriada da urgência, é preciso redesenhar caminhos, aceitando que é legítimo acessar o sistema de saúde pela urgência e que a urgência é, definitivamente, uma das portas de entrada do sistema de saúde. A essa cabe atendê-lo e recolocá-lo na porta certa, a posteriori. As necessidades do usuário, conhecidas através do observatório das urgências, devem ser processadas como subsídio para o desenho de uma rede que responda às demandas de forma integral.

Marques e Lima (2004) afirmam que a integralidade do cuidado ainda é dada pelo usuário, já que ele é quem busca, por sua conta, os serviços, segundo seus próprios critérios, quando deveria ser responsabilidade do sistema de saúde, como um todo. Oliveira *et al.* (2007) afirmam que é o sistema que deve se amoldar ao usuário e não o contrário e, independente de que nível ou serviço for, o sistema deve estar plenamente aberto para o acolhimento. Concordando com os autores, entendemos que essa responsabilidade precisa ser assumida de forma concertada entre técnicos, gestores e o controle social, no que concerne aos pacientes atendidos na área de urgência.

A interação com o usuário é igualmente facilitada pela forma de organização do trabalho no SAMU. As equipes estão distribuídas em suas Bases, responsáveis por uma determinada área de cobertura. Além de atuarem sempre na mesma Base, salvo em casos de substituição de ausências, férias ou eventualidades, trabalham em regime de plantões em dias alternados (12 x 36 horas). Essa forma de trabalho favorece que as equipes conheçam, com propriedade, a região em que atuam e, conseqüentemente, a clientela que, muitas vezes, é contumaz do SAMU.

*Nós estamos há muito tempo, há vários anos, trabalhando aqui nessa área; já temos um conhecimento do pessoal. O pessoal clínico já nos conhece pelo nome. (E - AT)*

Se por um lado esse aspecto é francamente positivo, pois denota reconhecimento e confiança nas equipes do SAMU, de outro mostra as fragilidades da atenção em rede. O SAMU não é somente acionado para pacientes em condição crônica que agudizaram em determinado momento, o que resguardaria sua principal missão. Muitas vezes o SAMU é chamado por ser a melhor possibilidade de acesso ao sistema de saúde, ou ainda, para vencer os obstáculos que o usuário enfrenta para o acesso, conforme afirmação a seguir:

*Como o nosso povo é muito humilde, a maioria dos nossos clientes, principalmente os clínicos, como não têm dinheiro para comprar remédio, têm dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Então o crônico acaba agudizando e esse é o paciente que mais nos gera demanda; é o paciente que tem mais dificuldade de ser aceito nos hospitais, porque não é realmente uma grande urgência. É o paciente que acaba abarrotando o hospital também. (E-ME)*

Os pacientes atendidos pelo SAMU são exemplo claro das afirmações de Cecílio (1997), ao falar sobre a necessidade de um certo arredondamento da pirâmide enquanto porta de entrada. O relato a seguir corrobora com Cecílio (1997), pois descreve as dificuldades de acesso que a população enfrenta na busca dos encaminhamentos que são propostos, mas nem sempre atingíveis.

*A filha relata o que aconteceu, que o pai tem tido convulsões mais freqüentes, que ela mesma maneja em casa, mas que hoje havia chamado porque durante a crise ele machucou a boca, teve sangramento e ela não teve coragem de inspecionar a boca do pai. A auxiliar/ técnica inicia o exame físico, e tranquiliza a filha que, apesar da batida e da mordedura, não houve nada de grave, “nada que um gelinho não resolva, disse”. Outro familiar vai providenciar o gelo. A filha começa a relatar tudo o que vem acontecendo. Fala de toda a peregrinação que vem fazendo para tentar o acompanhamento do pai junto à UBS do bairro, cumprindo a orientação que recebeu da equipe de atendimento domiciliar, mas diz que, ao chegar lá, quase nunca tem médico. Que não consegue ir de madrugada para tirar ficha, pois tem filhos pequenos e teria que levar junto também o pai, o que dificulta. Fala que o pai é atendido no ambulatório da infectologia do Hospital H, que o programa domiciliar do Hospital H já esteve várias vezes em sua casa, reforçou que ela buscasse a US, pois ele precisa ser acompanhado também por neurologista. Fala que não consegue acesso junto à UBS. Mostra uma pasta cheia de documentos, dos boletins de atendimento que guarda: do Hospital H, do SAMU e diz que não sabe mais o que fazer, pois acha que ele precisava ser visto, pois as convulsões têm sido mais freqüentes, e tem consulta marcada com infectologista só daqui há 3 meses, mas acha que não pode esperar até*

*lá. A auxiliar/técnica diz que ele precisa ser visto, talvez precise revisar dosagem de medicação, explica que pode ser esse o motivo do aumento da frequência das convulsões. Orientamos a filha sobre alternativas de buscar acesso (ir à UBS e falar do caso novamente, ir ao Conselho Municipal de Saúde para falar de sua peregrinação). Ela mostra-se animada, diz que vai tentar tudo o que está sendo sugerido. A auxiliar/técnica passa o caso ao Médico Regulador, informa que já é paciente conhecido, explica que hoje o chamado foi mais pela preocupação com o ferimento na boca. O Médico Regulador pergunta se paciente não necessita de sutura, a auxiliar/técnica nega a necessidade, o Regulador orienta deixar no local. A equipe se despede, a família agradece, se desculpando de terem chamado quando devem ter situações mais importantes acontecendo. A auxiliar/técnica reforça que, se for necessário, chamem novamente, mas que tente fazer com que a UBS cuide dele, pois ele precisa de tratamento continuado e não só de urgência. (OBS 11)*

Guardadas as similaridades com outros casos, a situação descrita é bastante comum nos atendimentos feitos pelo SAMU, legitimada por uma necessidade concreta, pela preocupação de buscar resposta onde for possível, onde houver escuta e maior chance de acesso. Oliveira *et al.* (2007) relatam que, apesar do usuário conhecer as normas do sistema de saúde tais como territorialização, hierarquia e a porta de entrada pela atenção básica, ele procura outras alternativas que lhe possibilitem acesso. Segundo Cecílio (1997), pouco ajuda dizer que isso é uma distorção ou criticar o comportamento do usuário, pois considera que, se não existem alternativas suficientes para acesso aos serviços que necessitam, os de urgência acabam sendo a possibilidade para resolver todo e qualquer problema de saúde. As considerações dos autores levam a pensar que, nesse sentido, o SAMU, disponível para população de forma ininterrupta, acaba sendo uma alternativa, ainda que as situações afastem-se, em certa medida, de agravos de risco iminente à vida.

É importante destacar a importância de construir fluxos organizados entre os níveis de complexidades diferentes, que respondam ao perfil epidemiológico da população. Segundo Schramm *et al.* (2004), a OMS prevê para 2025 que o Brasil estará entre os dez países com maior população de pessoas com 60 anos ou mais. O crescimento da população de idosos vem acompanhado de uma transição demográfica que resulta em importante crescimento da demanda aos serviços sociais e de saúde. Os agravos crônico-degenerativos que atingem essa faixa etária implicam tratamentos mais longos, recuperação mais lenta e complicada, exigindo intervenções de elevado custo. Portanto, à medida que aumenta a expectativa de vida, naturalmente, os agravos tendem a se manifestar mais fortemente. Campos (2002) afirma que a epidemiologia está cada vez mais separada da saúde pública, do planejamento e da gestão dos serviços de saúde; os sistemas de informação estão cada dia mais desarticulados das linhas reais de intervenção. O autor sugere que o trabalho seja assumido por várias equipes de

saúde pública, com programas acordados. Ao concordar com Campos (2002), entende-se que as equipes do APH móvel têm possibilidades para participação ativa nesse processo. Os profissionais do SAMU têm condições de auxiliar na leitura das necessidades de saúde da população, a partir de suas vivências e do convívio direto com a comunidade, bem como contribuir na formulação de estratégias que acolham, socorram, cuidem, construam estratégias de proteção à vida. A central de regulação de urgência, conceituada como observatório privilegiado do sistema de saúde, precisa ter sua função potencializada, pois pouco se tem usado de seu arsenal para ajudar a organizar o sistema com os insumos que ela oferece. Esse arsenal reúne informações acerca das condições de saúde do usuário, aponta onde os eventos acontecem, em quais horários acontecem. Enfim, permitem uma aproximação para a leitura do perfil de morbidade, identificando quem são os que demandam o SAMU, quando, como, por quê. São dados extremamente ricos, que possibilitam refletir sobre as condições de saúde, vislumbrando medidas que podem ser adotadas para enfrentamento de agravos à saúde.

Os usuários que recebem as equipes do SAMU mostram grande expectativa na solução de suas necessidades, como se o atendimento pré-hospitalar móvel fosse suficiente e esgotasse em si mesmo. Mais ainda, mostram certo desconhecimento da rede de saúde da cidade e os meios para acessá-la. Por outro lado, as informações que as equipes de suporte básico fornecem, a fim de suprir essa carência, são também insuficientes. São raras as equipes que têm domínio sobre as disponibilidades de serviços na região de sua Base, a vocação desses serviços e como orientar o usuário para procurá-los, conforme a rotina institucional. Desconhecimento por parte da equipe? Falta de padronização de rotinas? Parece ser, mais do que tudo isso, um reflexo da indefinição de grades de referência e contra-referência que deveriam ser uma ferramenta para qualquer trabalhador, a fim de ajudar a esclarecer os usuários sobre as possibilidades de melhores caminhos.

A situação relatada a seguir, exemplifica a necessidade do SAMU em dispor de maiores informações para fornecer ao usuário.

*O Médico Regulador orienta que o paciente seja deixado no local, assinando o boletim de atendimento sobre a recusa em ser encaminhado para serviço de saúde. A esposa pede para conversar com a equipe reservadamente, nos leva para a cozinha, explica o que tem vivenciado. Diz que não sabe que recurso busca, pois acha que o marido precisa de um psiquiatra e não de neurologista, que é quem o trata. A equipe dá sugestões sobre que auxílio buscar, pergunta se já buscou unidade de saúde próxima de sua casa, mas não esclarece, com precisão, a unidade de referência da região. Ela troca idéias sobre outras sugestões recebidas de amigos, que são referendadas pela equipe. A família e o paciente mostraram-se muito agradecidos com a atenção da equipe, desculpam-se por terem chamado por algo que não era tão*

*necessário, a equipe orienta que se algo diferente acontecer, que chamem novamente. O auxiliar/técnico pede que o familiar assine o boletim de atendimento que registra que o paciente ficou no local e vai embora, avisando a Central de Regulação da conclusão desta missão. (OBS 1)*

O ideal seria que as equipes do SAMU pudessem ter, em sua rotina de trabalho, mecanismos que interligassem os atendimentos pré-hospitalares a encaminhamentos para a rede de saúde, de forma conseqüente e factível. Dizer ao usuário que procure o serviço de saúde mais próximo de sua residência para continuidade de assistência é, no mínimo, uma informação de pouco valor, num sistema que carece de organização de fluxos, onde praticamente não existe qualquer conexão entre os atendimentos feitos pelas equipes do SAMU e as unidades básicas de saúde. É preciso romper com a prática de encaminhamentos pouco conseqüentes, pois não se alcança o resultado esperado. Schimith e Lima (2004), ao discorrerem sobre a falta de acesso, afirmam que é preciso que os trabalhadores, que estão na linha de frente para os problemas, busquem alternativas para reverter esse quadro, lutando em defesa dos direitos da população. Concordando com as autoras, entendemos que é preciso atuar sobre formas não inclusivas e fluxos desconectados, que a realidade tem mostrado nos serviços de saúde. É preciso intervir no modo de atenção compartimentalizado, onde os serviços não conversam entre si e terminam por oferecer cuidados também compartimentalizados. Cecílio (2001) afirma que a integralidade tem que ser responsabilidade do sistema de saúde e não um luta individual de cada usuário. Chama a atenção para a articulação em rede, a integralidade de cada serviço refletindo no outro de maior complexidade e assim por diante. Ao concordar com o autor, entendemos que o trabalho nas urgências pode ser um promotor de mudanças, ao assumir sua parcela nessa rede e lutar de forma mais efetiva pela integralidade, estabelecendo os enlaces necessários para a melhor qualidade de atenção ao usuário.

A interlocução com a família é um aspecto peculiar em relação ao atendimento pré-hospitalar, assumido pelas equipes de suporte básico, que atuam num amplo sentido, que vai desde prestar assistência, atuar para promoção à saúde, a orientar quanto às ofertas e fluxos no sistema. Portanto, tanto mais essas equipes conhecerem a organização da rede de saúde em toda sua estrutura, maior será a chance de contribuir para direcionar o usuário na busca de suas necessidades da forma mais adequada possível. Mais do que isto, tanto mais se perseguir a interlocução entre os diferentes níveis do sistema, maior será a proteção ao usuário.

As equipes do SAMU vivenciam, na prática, que os diferentes níveis de atenção não conseguem estabelecer interlocução refinada entre si. As sugestões propostas por Souza *et al*

(2008) quanto a enlaçar o SAMU e PSF constituiu-se numa estratégia protetora e lança o usuário para um atendimento mais integral. Se os serviços de atenção básica conseguissem absorver essas demandas pontuais, de pacientes com agravos agudos de pequena complexidade e os direcionassem corretamente, possivelmente resultasse numa diminuição gradativa de pessoas sendo encaminhadas às portas de urgência pelo SAMU, que provocam sobrecarga não só ao SAMU, mas, sobretudo, para hospitais e unidades de pronto-atendimento 24 horas. O usuário atendido nesses locais é penalizado na continuidade de seu tratamento, pois será sempre atendido a partir de sua queixa principal e encaminhado “ao seu médico”, como se isso fosse uma garantia de continuidade de atendimento, um mecanismo de contra-referência. O depoimento a seguir exemplifica a expectativa de um médico regulador quanto a necessidades não urgentes.

*Eu acho que, o pessoal dos postos de saúde poderia estar melhor qualificado para atender casos de moderada complexidade. Muitos só querem desovar, só querem encaminhar o paciente... Não querem prestar atendimento, eles só querem chamar o SAMU para o transporte do paciente, não tentam resolver a coisa a nível local. Falando em transporte, restabelecer o sistema de transporte sanitário, mais efetivo pra levar as pessoas que não tem condição financeira para uma consulta, às vezes tem um paraplégico que tem que ir para uma consulta, uma pessoa de idade que a família não tem recurso, um dependente de oxigênio, mas fora do âmbito da urgência, mas que em alguns momentos acaba gerando demanda e sobrecarregando o sistema. Acho que basicamente, é isso aí. (E - MED)*

Enlaçar os diferentes níveis de atenção é uma possibilidade a ser construída na prática. O desafio é sobre como fazer isso. Como organizar a atenção para que as situações não se transformem somente em comentários fugazes, sem qualquer conseqüência? Lidar com essas informações num serviço que tem uma dinâmica intensa de trabalho, que mal encerra um atendimento e já dá seqüência a outro, é uma proposta de difícil execução. Certamente não é possível imputar essa tarefa às equipes de suporte básico. Evidente que não cabe a elas a tarefa de articulação. Os gestores do serviço deverão usar das informações geradas a partir da central de regulação para realizar a leitura das necessidades e estabelecer os nexos entre os serviços. Pereira e Lima (2009) falam do papel articulador que a enfermeira do SAMU assume, constituindo-se como elo entre as equipes de suporte básico, a regulação e a gestão. Concordando com essa definição, entendemos que a enfermeira, que tem a característica de transitar em vários espaços, com a compreensão sobre o papel de cada um deles, conjuga possibilidades de potencializar essa função articuladora, quiçá atribuindo à ela a tarefa de estabelecer os laços entre os diferentes níveis do sistema de atenção.



O enlace entre os serviços passa, portanto, por amplos processos de discussão que devem prever tanto os aspectos organizacionais quanto assistenciais. Em relação à assistência é preciso que haja a continuidade de cuidados entre os diversos setores, não só para garantir um atendimento de qualidade ao usuário, como também para valorizar as práticas e saberes de quem as executa. Embora existam definições claras sobre o atendimento aos pacientes em situação de urgência, através de protocolos e diretrizes como resultado da medicina baseada em evidências, ainda existe uma certa dificuldade na continuidade da assistência entre o pré e o intra-hospitalar, conforme se pode observar na fala a seguir.

*Eu acho que o desafio é ter credibilidade, isso aí é uma coisa que a gente não consegue ter, é credibilidade; é o profissional que está do outro lado, acreditar naquilo que tu estás dizendo, é prestar atenção na informação que tu estás passando, e não como normalmente é, sabe? Tu chegas com um paciente relativamente grave e o pessoal não acredita no que tu estás dizendo, não acredita no que tu estás vendo. Uma das coisas assim que eu fico impressionado é que o serviço pré-hospitalar prega aquela história de que o paciente que sofreu um acidente de trânsito, até que prove em contrário, esse paciente tem que ser mantido com colar cervical e maca rígida, RX, etc, etc, e isso não é feito, isso não é feito, qualquer um chega ali naquele paciente, a primeira coisa faz uma entrevista com o paciente e, está doendo teu pescoço? E tira, sabe? Retira todo aquele material de imobilização e desrespeita uma regra, uma norma que foi estipulada, que, sabe, as pessoas pesquisaram, as pessoas leram, estudaram a respeito. E aí tu te sentes um idiota, porque muitas vezes tu chegas num posto de saúde, o cara caiu de cima do telhado, está sentado no posto de saúde, numa cadeirinha, aí tu chegas com colar cervical, com maca rígida, amarra o cara numa tábua dura, que o cara não entende- ele estava tanto sentado ali numa boa - aí tu chegas no Hospital D, no Hospital F e chega lá e os caras tiram tudo, quer dizer, daí o ruim foi o SAMU, porque, pô, está num hospital e o hospital tirou toda aquela... então essa é uma das coisas que... eu sempre digo, que, às vezes as pessoas dizem assim: ah, o serviço de vocês é uma barra! Eu não acho que é difícil lidar com o paciente, eu não acho difícil lidar com o atropelado, eu não acho difícil tu lidares com a população, o que é difícil é ter uma boa relação com os teus colegas de trabalho, com a mesa, com a mesa propriamente dita, com o médico que está do outro lado, que de repente, não está acreditando, não está te dando crédito para o que estás dizendo, e quando tu chegas no serviço de acolhimento, esses mesmos profissionais te atenderem com desrespeito, com desatenção, isso é que torna difícil, o resto não é difícil. (E – AT)*

Melhorar a articulação com os serviços, estabelecendo as conexões necessárias entre eles é um desafio a ser superado, pois resultará, não somente em maior qualidade da atenção, mas também na integração e valorização dos trabalhadores que atuam nas urgências.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O APH móvel é um dos componentes na área de urgência que ocupa indiscutível posição no sistema de saúde. Embora sua implantação seja relativamente nova, pode-se dizer que está consolidado como um modo de atenção que garante à população uma importante alternativa de acesso à saúde.

As ações do APH móvel estão centradas na regulação médica, sendo essa responsável por impulsionar as várias etapas do trabalho do SAMU. A etapa compreendida pela prestação do atendimento na cena é feita, majoritariamente, pelas equipes de suporte básico, formadas por profissionais de enfermagem de nível médio e condutores de veículos de urgência.

As equipes de suporte básico desenvolvem seu trabalho de forma integrada, estabelecendo relações com os serviços de saúde da cidade, assim como com trabalhadores que não são da área da saúde, mas que participam da atenção às urgências, como bombeiros, policiais e agentes de trânsito. Além disso, mantêm estreita relação com a população, que acessa o SAMU não somente para casos compatíveis com a natureza do serviço, como também para situações em que poderiam ser usados outros níveis de atenção que não a urgência pré-hospitalar móvel.

O trabalho no SAMU baseia-se na articulação entre as equipes de suporte básico e os médicos reguladores que atuam na central de regulação de urgência. Da comunicação entre esses dois grupos desencadeiam-se os cuidados a serem prestados aos usuários que demandam o SAMU.

A comunicação é um dos elementos-chave no desenvolvimento do trabalho. Dela depende o início do atendimento, a execução dos cuidados na cena e a preparação da acolhida nos serviços de saúde, para os quais os pacientes atendidos pelo SAMU são encaminhados. O conteúdo das comunicações diz respeito à passagem dos casos entre regulação e equipes e vice-versa, das prescrições por telemedicina e das tratativas com as portas de urgência que recebem os pacientes encaminhados pelo SAMU. Constatou-se uma precariedade nas comunicações, especialmente em relação a dois aspectos. O primeiro deles refere-se a problemas técnicos de transmissão por rádio, decorrentes dos vazios de cobertura na cidade, o que resulta em prejuízo à comunicação. O segundo diz respeito à insuficiência do conteúdo das comunicações. Observou-se que as orientações da regulação quanto aos casos que as equipes de suporte básico vão atender e quanto às condutas a serem tomadas na cena carecem de detalhamento, de maiores informações passadas para as equipes. A passagem dos casos

limita-se, em boa parte, a informar o motivo do chamado e não as condições das vítimas. Isso faz com que as equipes partam para as ocorrências sem saberem o cenário que irão encontrar, as condições das pessoas que aguardam atendimento, o que prejudica a organização prévia para o socorro. Da mesma forma, as orientações em relação às condutas na cena são pobres, restringindo-se aos casos que necessitem de prescrições de medicamentos. Embora a insuficiente comunicação prejudique o preparo prévio da equipe para o que vai encontrar, não repercute na assistência prestada na cena. A execução dos cuidados é feita a partir da avaliação da própria equipe que toma iniciativas, com base em seus saberes técnicos e na sua experiência para proceder a avaliação das condições clínicas dos pacientes.

Embora as equipes atuem à luz de protocolos técnicos e normas de serviço, usufruem de expressiva autonomia e demonstram domínio sobre os cuidados a serem prestados. São elas que chegam à cena, fazem a avaliação inicial e transmitem ao regulador dados sobre as condições dos pacientes. O médico regulador toma decisões e orienta condutas a partir das informações que recebe do auxiliar ou técnico de enfermagem que fez a primeira abordagem. Essa é uma peculiaridade do APH móvel, que implica em relação de confiança mútua e de singular compartilhamento de responsabilidades. Em que pese a centralidade no trabalho médico, no SAMU a decisão médica depende, em muito, da atuação dos profissionais de enfermagem. É necessário, portanto, aprimorar a comunicação, aprofundar o diálogo, investir na capacitação das equipes, pois, na medida em que as equipes são, por analogia, os olhos do médico regulador na cena, é imperativa a necessidade de articulação no trabalho. Para tanto, é necessário investir maciçamente na capacitação de todos os profissionais que atuam no SAMU, por meio de programas de educação em serviço. Estes programas devem contemplar, além dos temas assistenciais, também aqueles relacionados à organização do trabalho, por meio do qual as práticas poderão ser aprimoradas.

A comunicação entre a regulação médica e as portas de urgência que recebem o SAMU são, para as situações de pequena gravidade, praticamente inexistentes. As dificuldades em estabelecer contato prévio com os serviços justificam-se por várias razões. A mais importante delas é que o contato prévio, ao invés de servir como um facilitador, de cumprir com o objetivo de organizar a assistência, acaba se transformando num impeditivo, pois dispara, frequentemente, uma resposta negativa da instituição para receber o SAMU. Isso mostra que a função reguladora não vem sendo exercida em sua plenitude, uma vez que o regulador restringe-se a consultar sobre a possibilidade da recepção e não de determiná-la. Esse é, sem dúvida, um dos grandes desafios a serem transpostos para consolidar a regulação médica. Para tanto, aponta-se para a necessidade de definir grades de referência consensuadas

e efetivamente estabelecidas. As grades de referência devem traduzir as pactuações estabelecidas entre gestores. Não podem ser entendidas como uma espécie de guia de endereços, uma lista dos serviços existentes nos estabelecimentos de saúde. Devem constituir-se como ferramenta de regulação para organização dos fluxos, um desenho claro das disponibilidades e das ofertas na atenção, para que o regulador possa responder às demandas de forma conseqüente, com base nessas definições.

Consolidar a regulação é imperativo para preservação de bases conceituais do sistema de urgência. Negligenciar os princípios da regulação afasta o SAMU de sua função ordenadora, correndo riscos em transformar-se em mero transportador de doentes. É necessário reafirmar constantemente os propósitos da regulação, pois ela se constitui numa estratégia de maior qualidade da assistência, pois significa conferir aos usuários a melhor resposta para suas necessidades. Além disso, articula o trabalho entre os diferentes níveis de atenção, pois impõe, também, que os serviços assumam suas responsabilidades numa rede compartilhada.

A regulação precisa aprimorar a relação com as portas de urgência. Em geral, o regulador acessa aqueles serviços que são mais complacentes, que não colocam tantas restrições na recepção. Não significa que sejam os serviços menos demandados, ou que não estejam superlotados. Ao contrário, em geral, por estarem cumprindo com seu papel de porta aberta permanente, são bastante sobrecarregados. Em função das dificuldades no acesso, observou-se que os encaminhamentos não guardam total correspondência entre a vocação do serviço versus a gravidade dos casos. São exemplos disso, os casos de pequena complexidade encaminhados aos hospitais terciários. Nesse sentido, as equipes de suporte básico convivem com dois problemas: atendem pacientes que poderiam ser avaliados em serviços de atenção primária, desvirtuando as equipes de sua missão do atendimento às situações agudas e levam os pacientes para locais incompatíveis com seu estado. Pode-se inferir que a grade de referência precisa ser revista, assim como a definição de responsabilidades entre serviços de menor complexidade que possam atender as demandas do SAMU. Certamente essas questões poderiam servir de tema para possíveis estudos sobre o perfil de pacientes atendidos pelo APH móvel.

Uma vez que a regulação, em relação à comunicação com as portas de urgência, é pouco exercida para as situações menos complexas, cabe às equipes de suporte básico a negociação para o aceite do paciente. A recepção mais ou menos acolhedora está fortemente atrelada à capacidade das equipes no estabelecimento de vínculos, a partir de modos de convivência embasados no coleguismo, na camaradagem, no respeito mútuo. São os

profissionais que estabelecem, no dia a dia de suas relações, as bases para relações humanizadas, para o acolhimento, integrando-se com as instituições e assegurando, minimamente, os fluxos na atenção. São estratégias positivas e legítimas, que dependem, quase que exclusivamente, do perfil de cada trabalhador. Mas não podem ser as únicas utilizadas. Os acordos institucionais devem ser igualmente tratados e aprimorados pelos gestores, de modo a minimizar as dificuldades enfrentadas pelas equipes, em relação aos problemas de recepção nas portas de urgência.

Os usuários que demandam o SAMU manifestam reconhecimento pelo trabalho das equipes, acolhem-nas com expectativa e respeito. Quando reclamações acontecem na cena, estas se devem especialmente em relação à demora da chegada das equipes, mas que, rapidamente, devido ao atendimento que passa a ser prestado, as reclamações tendem a ser secundárias. Assim como são positivas as formas de relacionamento entre os profissionais, também o são com os usuários.

As equipes conhecem boa parte da clientela que é usuária contumaz do SAMU. Uma vez que trabalham praticamente delimitadas geograficamente em suas Bases, têm conhecimento sobre os usuários de sua região, especialmente em relação aos pacientes em condições crônicas de saúde, que agudizam em determinados momentos. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade do estabelecimento de laços com os serviços de atenção primária, a fim de responder de forma mais qualificada para esse tipo de agravo, conferindo cuidado mais permanente. Nessa lógica, entende-se que o trabalho das equipes de suporte básico, que atuam de modo articulado à central de regulação, pode ajudar a organizar a atenção à saúde.

A central de regulação é conceituada como observatório privilegiado do sistema de saúde. As equipes de suporte básico ajudam a alimentar as informações desse observatório, que precisa ter sua função potencializada. Ele é rico em informações sobre onde os agravos acontecem, por que acontecem, com quem e em que momento acontecem. São informações da mais valiosa importância para conhecer as necessidades em saúde da população. No entanto, as informações desse observatório não têm sido usadas plenamente. É preciso usá-lo como ferramenta de planejamento e gestão que, certamente, resultarão em maior qualidade da atenção e, conseqüentemente, mais qualidade de vida para a população.

O SAMU, tal como idealizado nos primórdios de sua implantação, deveria ajudar a fomentar a organização do sistema. Cabe resgatar esse ideário, implementá-lo, reacender discussões em torno da regulação médica e da atuação das equipes de suporte básico que sustentam o trabalho e conferem um modo de atenção com qualidade, muitas vezes extrapolando os limites de suas atribuições.

Este estudo permitiu aprofundar questões sobre o trabalho articulado entre as equipes de suporte básico e a regulação médica, evidenciando as potencialidades que o serviço tem para desenvolver ainda e os desafios que precisam ser enfrentados para a qualificação do trabalho das equipes do SAMU. Os resultados desta pesquisa podem colaborar para instrumentalizar gestores e trabalhadores na implementação do componente pré-hospitalar móvel e da política pública de atenção às urgências.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro, R; Mattos R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, p. 167-176, 2001.
- ALVES, M; RAMOS, F. R. S; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n 3, p. 323-331, jul/set. 2005.
- AZEVEDO, C. S; FERNANDES, M. I. A; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n 10, p. 2410-2420, 2007.
- BARATA, L. R. B; TANAKA, O .Y; MENDES, J. D. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n 1, p. 15-24, 2004.
- BARRIER, G. Les appels d'urgence au SAMU. C. R. **Acad. Sci. Paris, Sciences de la vie**, 324, p.663-666, 2001.
- BENAMEUR, N. Création du SAMU de Porto Alegre (Brésil): collaboration du SAMU régional de Lille. **Société Française d'editions médicales**, Paris, France, vol. 23, n 2, p.99-103, 2001.
- BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n.18, p. 489-506, 2005.
- BITTENCOURT, J. R; HORTALE, V. A. A qualidade dos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 12, n 4, p. 929-934, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília - DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília - DF. **Portaria nº 52, de 26 de fevereiro de 2004**. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em junho de 2009.
- BRITO, M. C. **A satisfação do cliente no atendimento móvel de urgência – SAMU/192**. Monografia.(Pós-graduação). Faculdade de Valinhos, 2005.



BRUCK, N. R. V. **A psicologia das emergências**. Tese (Doutorado em Psicologia). Porto Alegre-RS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 192 p., 2007.

CABRAL, A. P. S; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 11, n 4, p. 530-540, 2008.

CALIL, A. M; PIMENTA, C. A. M. Relação entre a gravidade do trauma e padrões de analgesia utilizados em acidentados de transporte. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 43, n 2, p. 328-334, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E. E., Onoko, R (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 2 ed., p. 229-238, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Ed. Hucitec, 1 ed, p. 13-40, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n 4, p 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 23, n 2, p.399-407, fev. 2007.

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, jul/set 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In:Pinheiro, R; Mattos R.A.(org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, p.113-126, 2001.

CENCI, D. C. **Análise dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – de Porto Alegre / RS**. 2008. 45 p. Monografia (Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

COLOMÉ, I. C. S; LIMA, M. A. D. S; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 42, n 2, p.256-261, 2008.

CORBILLON, E. Rationalisation de l'acte de régulation: apport de la formation et de l'évaluation. **La Revue des SAMU**, 2000, p. 263-268.

DAL PAI, D; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n 3, p. 439-444, mai/jun. 2008.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002. 196 p.

DESLANDES, S. F. *et al.* Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Org.) **Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007a, p. 139-157.

DESLANDES, S. F. *et al.* Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, suplemento, p. 1279-1290, 2007b.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto – SP.** 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu – SP, v. 9, n. 18, p.489-506, 2005.

FIGUEIREDO, A P. S; LORENA, L. A N. Localização de ambulâncias: uma aplicação para a cidade de São José dos Campos – SP. In: **Anais Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, XII;** abril de 2005, Goiânia, p. 1965-1972, 2005.

FISCHER, V. M. R; AZEVEDO, T. M. V. E; FERNADES, M. F. P. O enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar: uma abordagem sobre o modo de cuidar ético. **Revista Mineira Enfermagem,** Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 253-258, 2006.

FONTANELLA, B. J. B., CAMPOS, C. J. G., TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n 5, p. 812-820, set/out. 2006.

FURTADO, A. Observatório da cidade de Porto Alegre – democratizando a informação. Indicadores socioeconômicos como elemento para tomada de decisões e indicadores de acompanhamento do Orçamento Participativo, 2007. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br>. Acesso em maio de 2008.

GARLET, E. R *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto em Enfermagem.** Florianópolis, v. 18, n 2, p. 266-272. abr/jun. 2009.

GENTIL, R. C; RAMOS, L. H; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 16, n 2, p.192-197, mar/abr 2008.

GHIGLIONE, R. ; MATALON, B. **O inquérito.** Teoria e prática. 3. ed. Paris: Celta, 2001.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GIROUD, M. Principes de la Régulation Médicale. **Revue des SAMU**, p. 25-36, 2006.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 20, Sup 2, p. 331-336, 2004.

JUNQUEIRA JUNIOR *et al.* Estudo epidemiológico dos atendimentos do SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência. **Revista do Hospital de Pronto Socorro**, Porto Alegre. n 43, p. 22-24, 1997.

LIMA, M. A. D. S; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp, p. 86-101, 1999.

LUCENA, A. F *et al.* Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n 2, p. 292-298, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília – DF, v. 16, n 1; p.45-55, 2007.

MALVESTIO, M. A. A; SOUSA, R. M. C. Análise do valor determinante dos procedimentos da fase pré-hospitalar na sobrevivência das vítimas de trauma. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 16, n 3, 2008.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n 5, p. 1411-1416, 2004.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v 25, n 1, p.17-25, abr/2004.

MARQUES, G. Q; *et al.* As práticas e o cotidiano em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n 2, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>. Acesso em 3 de março de 2008.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 8, p. 1877-1886, 2008.

O'DWYER, G; MATTA, I. E. A; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de Emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n 5, p. 163-648, 2008.

O'DWYER, G; OLIVEIRA, S. P; DE SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Programa Qualisus. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso: março 2008.

OLIVEIRA, L. C.; CICONET, R. M. Atendimento pré-hospitalar. In: Estran, N. V .B . (Coord). **Sala de Emergência: Emergências Clínicas e Traumáticas**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, p. 25-36, 2003.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso: março 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n 1, p.103-109, 2001.

PEREIRA, R. F; PINTO, R.; CICONET, R. M. Caracterização dos atendimentos prestados pelo SAMU – Serviço de Assistência Médica de Urgência. **Revista do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre**. Porto Alegre, v.45/46, p. 6-9, 1999-2000.

PEREIRA, W. A. P. **Atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito: a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem**. 2005. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

PEREIRA, W. A. P; LIMA, M. A D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de trânsito. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v 19, n 3, p. 279-283, 2006.

PEREIRA, W. A. P; LIMA, M. A D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n 2, p. 320-327, 2009.

PERGOLA, A. M; ARAUJO, I. E. M. O leigo em situação de emergência. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n 4, p. 769-776, 2008.

PORTO ALEGRE, Decreto n 12.846, de 24 de agosto de 2000. Exclui, lota, altera lotação, denominação básica e classificação de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, altera a estrutura da SMS, o item 12 do anexo ao decreto n° 8713/86, o inc. XII do art.2° do decreto n° 9.391/89 e dá outras providências. **Diário Oficial de Porto Alegre**. Porto Alegre, Ano VI, n° 1355, p. 2-5, 2000.

PORTO ALEGRE, Designa médicos reguladores em atividade na Central de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192 Porto Alegre, como autoridade sanitária, 15 de agosto de 2008. **Diário Oficial de Porto Alegre**. Porto Alegre, Ano XIII, ed. 3336, p. 4, 2008.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS. **Defender a política de urgências é defender a vida e defender o sistema único de saúde**, 2005. Disponível em: <http://www.rbce.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2007.

ROESE, A., GERHARDT, T. E., SOUZA, A. C., LOPES, M. J. M. **Diário de campo construção e utilização em pesquisas científicas**. Online Braz J of Nurs [online] 2006; 5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=808&layout=html>. Acesso: 16 jun. 2007.

ROSSI, F. R; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n 4, p. 460-468, 2005.

SÁ, M. C; CARRETEIRO, T. C; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 6, p. 1334-1343, jun. 2008.

SANTOS, J. J; Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35; p. 403-418, 2002.

SANTOS, J. J; *et al.* 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, Ribeirão Preto**, v. 36, p. 498-515, ab./dez, 2003.

SCHIMITH. M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n 4, p.897-908, 2004.

SILVA, L. M. S. *et al.* Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília – DF, v.14, n. 2, p. 97-104, 2005.

SOUZA, A. C; BONILHA, A. L. L; VERONESE, A. M. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à Atenção Primária em Saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá – PR, v. 7, n 1, p.21-26, 2008.

THOMAZ, R. R., LIMA, F. V. Considerações especiais no atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de trauma. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 17, n. 2, p. 229-234, 2004.

THOMAZ, R. R., LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 13, n. 3, p. 59-65, 2000.

VARGAS, D. Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de Enfermagem**; São Paulo, v. 25, n1, p. 46-51, 2006.

ZAPPAROLI, A. S; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**; Brasília - DF, v. 59, n 1, p. 41-46, jan/fev. 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 212 p., 2005.

## **APÊNDICE A – Roteiro para observação na Central de Regulação e nas equipes de suporte básico do SAMU**

Data:

Horário de Início:

Horário de término:

Dia da semana:

Local:

Profissionais envolvidos:

1. Como se dá a comunicação entre o médico regulador (MR) e as equipes de suporte básico nos atendimento das ocorrências?
2. Como MR orienta as equipes na cena dos eventos?
3. Como as equipes são recebidas nas cenas dos eventos?
4. Como se estabelece o encaminhamento e a recepção de pacientes aos serviços de saúde pelas equipes de suporte básico?
5. Quais são os principais desafios enfrentados pelas equipes de suporte básico e pela regulação no encaminhamento e recepção de pacientes aos serviços de saúde?

## **APÊNDICE B – Roteiro para realização da entrevista semidirigida com profissionais do SAMU**

**Data:**

**Função:**

**Início:**

**Término:**

**Local:**

1. Qual o papel da equipe de suporte básico do SAMU, a partir da regulação médica das urgências?
2. Como se dá a comunicação entre o médico regulador e as equipes de suporte básico nos atendimento das ocorrências?
3. Como o médico regulador orienta as equipes na cena dos eventos?
4. Como as equipes são recebidas nas cenas dos eventos?
5. Como se estabelece o encaminhamento e a recepção de pacientes aos serviços de saúde pelas equipes de suporte básico.
6. Quais são os principais desafios enfrentados pelas equipes de suporte básico e pela regulação no encaminhamento e recepção de pacientes aos serviços de saúde?
7. Quais são as sugestões para melhoria da qualidade do serviço e solução para os problemas existentes?



## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisa:** O atendimento das equipes de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre – SAMU 192 de Porto Alegre.

**Pesquisadora responsável:** Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

**Telefone para contato:** 051 – 33165481 – [malice@enf.ufrgs.br](mailto:malice@enf.ufrgs.br)

**Pesquisadora:** Rosane Mortari Ciconet

**Telefone para contato:** 51 99193569 – [rociconet@terra.com.br](mailto:rociconet@terra.com.br)

**Fone contato CEP/SMS:** 32124623

A presente pesquisa tem por objetivo estudar a articulação do atendimento prestado pelas equipes de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre, a partir da regulação médica das urgências.

Para a realização do estudo serão realizadas entrevistas com os médicos reguladores e os profissionais que compõem as equipes de suporte básico do SAMU, bem como a observação dos atendimentos prestados, na central de regulação e junto às equipes de suporte básico. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Pelo presente declaro estar esclarecido(a) das questões referentes ao desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar dela. Também fui informado:

- De que a pesquisa não oferecerá risco aos participantes da pesquisa que serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o desenvolvimento.
- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa.
- Da liberdade de recusar-me a responder qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu trabalho e repercussões funcionais ou legais junto à instituição em que será realizado o estudo.
- Da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade.
- Do compromisso de receber a devolução dos resultados ao final da pesquisa.
- 

---

Rosane Mortari Ciconet  
Pesquisadora

---

Prof. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima  
Pesquisadora responsável

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Data:**