



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



ANDRÉA CRISTIANE DA SILVA PINHEIRO

**Inovação em central de regulação: multiprofissionalismo
ou novas competências?**

**Estudo de caso da seccional do Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul**

Porto Alegre

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



ANDRÉA CRISTIANE DA SILVA PINHEIRO

**Inovação em central de regulação: multiprofissionalismo
ou novas competências?
Estudo de caso da seccional do Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Danilo Blank

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão desta etapa na minha vida acadêmica e profissional gostaria de fazer meus mais sinceros votos de agradecimento a todos que contribuíram pela finalização de mais esta importante etapa na minha vida: a conclusão do mestrado profissionalizante.

Aos meus pais: Elisabete e Paulo Pinheiro, por serem modelos de inspiração e perseverança no alcance aos objetivos de suas vidas. A minha mãe, por ter me incentivado a continuar estudando, cuidando muitas vezes dos meus filhos enquanto eu me concentrava neste sonho. Ao meu pai, por ser um exemplo na docência, me mostrando a importância de ser um professor em constante aprendizado com seus alunos e com muita ética e respeito.

Ao meu esposo Fernando e aos meus filhos Rafael e Gabriela, pela paciência nestes dois anos nas longas ausências que ocorreram nesta jornada trilhando o caminho do mestrado e pelo apoio neste momento de tantos estudos, leituras, transcrições e entrevistas na qual tive que me ater para conquistar este espaço tão almejado.

Aos meus parentes (irmão Anderson, cunhado Marcus, cunhadas Márcia e Camila e demais membros), por sempre me incentivarem na busca dos meus objetivos.

Aos meus mestres, por cada ensinamento na área da educação, pelas discussões e trocas de saberes em aula e fora dela e, especialmente, ao meu orientador, Professor Dr. Danilo Blank, por me encaminhar tão esplendidamente no caminho da construção do conhecimento, nas ações de Ensino na Saúde e por, principalmente, acreditar no meu potencial.

Aos meus colegas de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado do Rio Grande do Sul, pelo incentivo, paciência e auxílio na trilha por este caminho.

Aos meus colegas do Mestrado Profissionalizante de Ensino na Saúde da FAMED/UFRGS, por serem minha alavanca em tantos momentos de exaustão, por transformarem esses momentos de encontro com a turma em algo extremamente descontraído, leve, cheio de amor, carinho e conhecimento, com respeito e empatia em cada assunto dialogado, em cada grupo apresentado e por serem verdadeiros amigos para a vida inteira.

Aos meus amigos, que aceitaram minha ausência nestes dois anos de pós-graduação e, mesmo assim, mantiveram o incentivo e o carinho sempre comigo.

À banca examinadora, por aceitar o convite para avaliação deste trabalho de conclusão e pelas contribuições acerca do mesmo.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias. ”

Paulo Freire

RESUMO

O objetivo deste estudo qualitativo, descritivo e exploratório é descrever a percepção de cada profissional e dos demais colegas de trabalho, quanto às suas competências (atividades-meio) nas ações exercidas na central de regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU RS), assim como verificar se existe, na equipe multiprofissional desta central, uma integração entre os profissionais que possa ser apreciada como um trabalho interprofissional de referência para as demais centrais do SAMU no Brasil. As portarias e normatizações que orientam os serviços pré-hospitalares móveis são relativamente novas quando falamos em atendimento sistematizado da assistência. Porém, quando falamos de estruturação do sistema e das centrais de regulação, a portaria que regulamenta os serviços intra e pré-hospitalares é do ano de 2002. Assim sendo, consideram como integrantes das centrais de regulação do SAMU os profissionais médicos, técnicos auxiliares de regulação médica (TARMS) e rádio operadores (ROs). Na central de regulação do SAMU RS temos o acréscimo de mais um membro na equipe: o enfermeiro. No estado do Rio Grande do Sul existe uma portaria que delega ao enfermeiro o papel de regulador dentro do processo, fazendo com que tal profissional seja implicado diretamente em todas as etapas do funcionamento do serviço, função essa inovadora no Brasil. Através deste estudo foi verificado que as atividades dentro da central de regulação do SAMU RS se integram e se complementam, onde cada profissional tem seu papel específico dentro da mesa reguladora, porém com a necessidade de assessoria constante dos demais membros da equipe. Também se evidenciou a importância de espaços de educação dentro da regulação do SAMU, para discutir os casos e dinâmicas de trabalho que ocorrem nos processos diariamente e para a vinculação dos saberes de todos membros da equipe.

Palavras-chave: Competência Profissional. Multiprofissional. Regulação e Fiscalização em saúde. SAMU.

ABSTRACT

The objective of this qualitative, descriptive and exploratory study is to describe the perception of each professional as to his competencies (means-activities) in his actions in the regulation central of the Emergency Care Mobile Service (SAMU RS), such as verifying if there is, within the multiprofessional team of such central, a professional integration which might be appreciated as reference of interprofessional work to other regulation centrals in Brazil. The laws and norms which instruct the mobile pre-hospital services are relatively new when we talk about an emergency care network. However, when we talk about structure of the system and regulation centrals, the norms which control pre-hospital and hospital services is from the year 2002. Thus, such norms consider as staff of the regulation centrals of SAMU only physicians, the auxiliary technicians, and radio operators. In the regulation central of SAMU RS we also have one more team member: the nurse. In the state of Rio Grande do Sul there is a law that delegates to the nurse the role of regulator within the process, which turns such professional directly involved in all steps of the service, and as such makes it an innovation in Brazil. This study showed that the activities within the regulation central of SAMU RS are integrated, and each one adds to the next, in a system in which each professional has his specific role in the regulating board, but in constant need of advice from other team members. It also showed the importance of spaces of education within the regulation of SAMU, in order to discuss cases and work dynamics that occur daily, as well as to link all team members' knowledges.

Keywords: Professional competence. Multiprofessional. Health regulation and supervision. SAMU.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	GERAL	11
2.2	ESPECÍFICOS	11
3	REVISÃO DA LITERATURA: A REGULAÇÃO NA ÓTICA DO ENFERMEIRO	12
4	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SAMU RS)	19
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS	19
4.2	A ENTRADA DO TELEFONEMA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU RS: UM BREVE RELATO DA OPERACIONALIZAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DA PESQUISADORA COMO INTEGRANTE DO SERVIÇO	21
4.3	DESCRIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL	24
5	PERCURSO METODOLÓGICO	26
6	RESULTADOS	28
6.1	COMPETÊNCIAS DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS	28
6.1.1	Telefonista auxiliar de regulação médica	28
6.1.2	Rádio-operador	30
6.1.3	Médico regulador	33
6.1.4	Enfermeiro regulador	35
6.2	PRINCIPAIS DIFICULDADES DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES	40
6.3	SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU ESTADUAL RS	44
7	DISCUSSÃO	49
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
9	PRODUTOS TÉCNICOS VOLTADOS ÀS DEMANDAS EVIDENCIADAS NESTE TRABALHO	57
	REFERÊNCIAS	58
	GLOSSÁRIO	63

ANEXOS	65
APÉNDICES	69

1 INTRODUÇÃO

As portarias e legislações (BRASIL, 2002, 2006a e 2011) que orientam e normatizam as centrais de regulação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no Brasil descrevem somente a atuação de uma equipe multiprofissional mínima. Essas legislações se referem apenas à presença de médicos reguladores, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores. Entretanto alguns SAMUs regionais e estaduais possuem centrais de regulação com outros profissionais inseridos para melhorar o funcionamento e adequado estreitamento entre as redes de atenção à saúde (BAHIA, 2012; PINHEIRO et al, 2011). E quando falamos em competência profissional na central de regulação, não possuímos registros distintos dos demais profissionais atuantes.

No Manual de Regulação Médica (BRASIL, 2006), no Módulo II: Etapas da Regulação Médica, há a descrição de atribuições de cada profissional na central de regulação, porém essa sistemática já está defasada, se considerarmos as tecnologias de informação atuais, assim como por não discutir a necessidade de integração entre os profissionais da saúde para melhorar as ações e a resolutividade aos indivíduos na situação de urgência.

No Estado do Rio Grande do Sul temos o profissional enfermeiro na mesa reguladora desde 2010 ativamente participando do processo regulatório do SAMU. Constatamos, quando fazemos parte desta mesa reguladora, que muitas dificuldades do cotidiano estão sendo superados por meio de ações do enfermeiro, tais como comunicação entre as centrais de regulação, protocolos de acionamentos, ouvidorias, participação na política de urgência e emergência, assessoria técnica através de vistorias in loco nas bases dos SAMUs municipais, orientações de pertinência a outros profissionais, sondagens, curativos e vacinas, dentre outras.

Com essa abrangência na atuação de outros profissionais não médicos nas centrais de regulação, verifica-se a necessidade de conhecer, estabelecer e descrever as competências de cada um a fim de evidenciar essas práticas que estão sendo construídas a fim de qualificar os processos de trabalho e a organização do mesmo.

O termo competência vem sendo compreendido de várias maneiras, envolvendo questões éticas, sociais e comportamentais. Muitos autores desenvolveram seus conceitos de competência baseando-se no quanto o

profissional é capaz de fazer uma tarefa com confiabilidade ou se aprofunda em uma habilidade.

Ruas (2006) refere que as competências são expertises, ou seja, são aperfeiçoamentos do discernimento do saber fazer. Já para Fleury e Fleury (2004), competência é saber agir responsável, transferir conhecimento, recursos e habilidades que agregam valor social à organização e valor social ao indivíduo.

Meghnagi (1998) descreve competência como sendo uma capacidade decisória que o indivíduo possui dentro de um repertório cognitivo, favorecendo a qualidade de seu desempenho.

A tomada de iniciativa e responsabilidade do indivíduo de encontrar soluções para as situações conflitantes em que se encontra, é o conceito de competência designado por Zarifian (1998):

[...] a competência é uma inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e se transforma à medida que novas e diferentes situações aparecem, mobilizando uma rede de atores em torno de uma mesma situação, compartilhando desafios, assumindo áreas de responsabilidade.

Analisando que o trabalho multiprofissional na Central de Regulação do SAMU RS é uma atividade nova no que se refere à regulação do acesso na saúde, buscamos com esta pesquisa identificar como a ação acontece cotidianamente, utilizando-se as percepções de competências que cada profissional envolvido no processo regulatório: como ele se vê inserido e como observa dos demais colegas de serviço. Assim, analisaremos os saberes inovadores que estão sendo construídos, assim como as dificuldades e os anseios apresentados.

Importante distinguirmos os termos “competência” e “competências”. Competência (*competence*, na língua inglesa) se refere a um padrão geral de qualificação, capacidade para desempenhar tarefas variadas com sucesso (FRASER; TRISHA, 2001). Já uma competência (*competency*, na língua inglesa) é uma faculdade (no sentido de poderes, capacidades – em geral, mas não necessariamente, individuais) de aplicar de modo efetivo um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e qualidades pessoais para atingir determinado resultado positivo (em geral mediante procedimento, ação ou decisão) num contexto específico de prática profissional (ALBANESE et al., 2008; MILNER et al., 2011). Competências são passíveis de observação e, logo, podem ser medidas e avaliadas

para assegurar sua aquisição (NAGHETTINI et al., 2011). Essa caracterização de competências remete a uma noção ampliada de competência, do ponto de vista educacional – muitas vezes referida em inglês como *capability* –, algo como um conjunto de saberes, de adaptações a mudanças para a produção de novos conhecimentos e melhorar continuamente o desempenho (FRASER, TRISHA, 2001; BOLLELA, 2008).

Neste estudo, abrangeremos o termo “competências profissionais” assimilando as atividades profissionais em si: o espaço entre o trabalho preestabelecido, o prescrito, e o trabalho real, como ele mesmo acontece (CUNHA & ALVES, 2012). Sempre sob a perspectiva do enfermeiro, ainda que com isenção, pensaremos o processo de trabalho, seu funcionamento, suas ações, sua percepção através do próprio trabalhador e dos seus colegas de trabalho. A visão das atividades de trabalho exercidas e analisadas pelo próprio trabalhador assim como pelo grupo de trabalho na qual ele está inserido.

Abordaremos o processo de trabalho utilizando a perspectiva ergológica, onde incorporamos a visão global das atividades do trabalhador utilizando suas crenças, seus saberes e as competências exercidas nas atividades laborais. Então, ao falarmos de competências, estaremos nos referindo ao exercício profissional na sua relação entre o trabalhador e o meio em que se encontra, a atividade laboral em si.

Schwartz (2000) considera que nenhuma atividade humana pode ser padronizada, controlada. Com as mudanças permanentes das situações de trabalho (econômicas, culturas, tecnológicas, sociais), o trabalho coletivo está sempre se reatualizando. Lembrando também que o trabalho em saúde, em si, não é estanque. Há muita complexidade envolvida entre as situações e os profissionais. Todo encontro é singular, único entre os sujeitos. Extremamente difícil a padronização de competências, porém elas se fazem necessárias para uma predefinição do esperado. Através do esperado, se ajusta o realmente encontrado e tenta-se elucidar as diferentes situações evidenciadas no serviço.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever a percepção de cada profissional e dos demais colegas de trabalho, desvelando as competências (atividades-meio) necessárias à equipe multiprofissional e interdisciplinar para que desempenhem suas atividades na Central de Regulação do SAMU RS.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Evidenciar os padrões de integração multiprofissional na Central de Regulação do SAMU RS, com o intuito de obter subsídios para sugerir uma adequação da Portaria Ministerial 2048/2002 no que se refere ao quantitativo mínimo de recursos humanos necessários às atividades de cada grupo profissional exercidas nas centrais de regulação dos serviços de atendimento móvel de urgência.

2. Elaborar e descrever o serviço e a equipe multiprofissional que atua na Central de Regulação do SAMU Estadual através de um manual de competências dos profissionais, alimentando o site já existente da Secretaria Estadual da Saúde RS;

3. Discutir o potencial da prática da integralidade no trabalho interprofissional na Central de Regulação do SAMU-RS, analisando a assistência às urgências por meio de seus atores;

4. Apresentar à população, através do site da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS), o número de ambulâncias subordinadas à Central de Regulação do serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio Grande do Sul, assim como as ambulâncias que são reguladas pelas outras centrais: Pelotas, Caxias, Bagé e Porto Alegre, bem como o quantitativo populacional atendido pelas mesmas.

3 REVISÃO DA LITERATURA: A REGULAÇÃO NA ÓTICA DO ENFERMEIRO

Com a Constituição de 1988 (Brasil, 2006a) houve a definição aos cidadãos da garantia ao acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Avançando a isso, a Lei 8080/90, reforça que a atribuição de planejamento e execução dos serviços de saúde não é somente dos estados e municípios, ampliando a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (ARRETCHE, 2003). As três esferas de governo deveriam ter autoridade sobre os provedores de serviços, regulando as atividades, de modo a garantir que os cidadãos tenham um atendimento de qualidade, gratuitamente, e que estes provedores sejam eficientes de modo a otimizar a operacionalização do sistema (VILARINS, 2010).

Silva, et al (2011) referem que, para o fortalecimento e concretização da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), é primordial que se tenha uma avaliação da oferta de serviços seguindo os conceitos constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e demais princípios.

A Portaria Ministerial 2048 (Brasil, 2002) estabelece o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, norteando através de princípios e diretrizes os critérios de funcionamento e cadastramento de toda a rede de saúde, desde a atenção básica, incluindo o atendimento domiciliar, até a alta complexidade do acesso. Esta portaria também faz referência à educação continuada, assim como ao currículo dos profissionais que atuarão no atendimento pré-hospitalar móvel (APH). Segundo esta portaria, o enfermeiro deverá operar na assistência do APH, através das unidades de suporte avançado de vida (USA) e na educação continuada, participando de programas de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal da área da saúde em urgência. No que se refere às centrais de regulação, segundo a mesma portaria, os membros integrantes da equipe devem ser os médicos reguladores, as telefonistas auxiliares de regulação (TARM) e os rádio-operadores (RO).

Como um fator primordial para aumentar as chances de sobrevivência e recuperação dos pacientes, tem-se a necessidade de um serviço de atendimento móvel de urgência rápido e eficaz. Existem vários fatores relacionados à logística operacional (fluxo informacional, grades de referências e contra referências, posicionamento de facilidades e deslocamento de viaturas) que são determinantes

para o sucesso das atividades dentro de uma central de regulação de urgências, além do próprio ato médico em si (DESTRI JUNIOR; VALENTE, 2005).

Com a descentralização dos serviços de saúde definiram-se novos atores na gestão do SUS. Com isso, a enfermagem foi uma das profissões que mais se destacaram nos cargos diretivos, como gestores nos serviços de saúde. O enfermeiro, em toda sua formação, desde a graduação, é o profissional que tem na sua grade curricular noções administrativas vinculadas ao processo saúde-doença (conceito de multicausalidade). Este profissional trabalha ativamente com liderança de equipes e com políticas públicas nos seus locais de trabalho, sejam eles privados ou públicos.

A atuação do profissional enfermeiro como gerente na Central de Regulação do SAMU tem sido um acontecimento novo, que se destaca por agilizar e aperfeiçoar o trabalho. Encontramos alguns protocolos onde há referência deste profissional como sendo integrante na parte gerencial na central de regulação. Exemplos disso são os SAMUs de Feira de Santana, na Bahia, e do Estado do Rio Grande do Sul. Porém poucas produções científicas são realizadas qualificando e descrevendo tais atuações nesses serviços.

Conforme vamos observando nas últimas décadas no Brasil e no mundo, o perfil da mortalidade foi se alterando. Houveram melhorias das condições sanitárias e muitos progressos na medicina reduziram as mortes por vários tipos de doenças. Agregando a isso, também ocorreu a massificação do automóvel, o sedentarismo cada vez mais intenso e o aumento da violência urbana. Esses fatores criaram ou acentuaram os atendimentos às urgências médicas traumáticas (acidentes com arma branca, colisões automobilísticas, acidentes com arma de fogo, agressões, etc.) e clínicas (exemplo: acidentes cerebrovasculares e infarto agudo do miocárdio) capazes de levar as vítimas ao óbito (TANI, 2003).

Porém, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se o atendimento à vítima ocorresse nos primeiros instantes após a ocorrência da causa da urgência médica, pois esse tempo é determinante para a sua sobrevivência (ELLIOT, 2000). Numa central de regulação o tempo deste atendimento ao paciente é agilizado e facilitado através de um adequado gerenciamento do fluxo da assistência e de uma visão geral da ocorrência, desde a linha de frente do atendimento (nas ambulâncias), até o encaminhamento ao nível de complexidade (sistema de referência e contra referência).

O Governo Federal tem editado portarias visando a normatizar, padronizar e consolidar esse tipo de atendimento. Porém, a legislação está mais voltada para os aspectos estruturais do que os aspectos operacionais. Conforme a Portaria Ministerial 4279 (Brasil, 2010): “torna-se cada vez mais evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado.”

Temos algumas complexidades nos atendimentos das urgências pré-hospitalares. Sobressai-se uma comprovação de que o serviço de emergência está sendo abordado com ênfase em seu caráter médico e político, deixando os aspectos gerenciais e operacionais para últimas instâncias, sendo que estes são o que garantem uma boa execução dos procedimentos. Médicos, ambulâncias e hospitais por si só não são suficientes. Numa emergência, os deslocamentos das ambulâncias até o local da ocorrência (onde o paciente está necessitando do atendimento) têm que ser rápidos, assim como a troca de informações entre atendentes, médicos e hospitais tem que ser confiável, auditável e precisa (DESTRI JUNIOR; VALENTE, 2005).

A rede de urgência e emergência possui vários componentes que se inter-relacionam e são transversalizados por algumas vertentes consideradas fundamentais para garantir a integralidade da atenção nesta rede. Algumas destas vertentes são a promoção e prevenção, enquanto eixos que devem atravessar todos os componentes; a qualificação profissional para dar conta da complexidade dos problemas apresentados na rede; e a informação e regulação como eixos estruturantes da Rede de Urgência e Emergência.

A Portaria Ministerial nº 4279 (Brasil, 2010), referente às Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, indica que o modelo atual de atenção à saúde, com o caráter curativo e centrado na prática médica e dimensionado pela oferta das ações e serviços de saúde, não está sendo suficiente para os desafios sanitários atuais. Com isso se reafirma a nova visão de conceito do acesso à assistência desde a atenção primária até a alta complexidade, visando a integralidade, equidade, universalidade. Tal portaria enfatiza a importância de um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema a fim de garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança.

Aliando-se a isso, a Portaria 1600 (Brasil, 2011) reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituindo a Rede de Atenção às

Urgências (RAU) visando a aplicação dos princípios do SUS, com a ampliação do atendimento em todos os serviços de saúde, garantindo a implantação do modelo multiprofissional, baseado nas linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, através de práticas cuidadoras e de gestão e também do acolhimento com classificação de risco, gerando resolutividade e qualidade na assistência aos usuários.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou um consolidado de várias portarias com relação a todas as portarias vigentes em todas as áreas da atenção, abrangendo publicações desde o ano de 1990 até 28 de setembro de 2017, em prol da manutenção dos princípios de equidade, integralidade e universalidade do acesso aos usuários do SUS. Essas portarias de consolidação são divididas em seis eixos, conforme ordem sequencial a seguir: Portaria de Consolidação (PRC) nº 01: direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; PRC nº 02: das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; PRC nº 03: normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde; PRC nº 04: das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde; PRC nº 05: das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e PRC nº 06: das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Porém, as portarias vigentes até o momento que normatizam o programa SAMU 192 e suas Centrais de Regulação (PRT MS/GM 2048/2002, PRT MS/GM 1600/2011 e PRT MS/GM 1010/2012) não foram analisadas quanto ao quantitativo de dimensionamento de pessoal integrante na central de regulação, nem quanto ao seu custeio aos gestores.

A palavra “regular” (Aurélio, 2002) têm várias definições:

Sujeitar às regras, dirigir, regar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regra para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar.

A Lei nº 7.498 (Brasil, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406 (Brasil, 1987), discorre sobre as competências legais do enfermeiro, evidenciando que, como integrante da equipe de saúde, faz parte das ações de planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, assim como na participação na

elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Ao enfermeiro regulador em saúde nas centrais de regulação do SUS cabe a função de fazer a horizontalidade da relação em serviço, servindo de elo entre as equipes da central de regulação, das bases de atendimento e dos gestores (PINHEIRO et al, 2011).

Regular em saúde é uma atuação complexa, envolve um número de atividades consideráveis, um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, incluindo cuidados individuais e coletivos, assim como o requerimento dos serviços de saúde desde sua baixa complexidade até a alta complexidade de acesso. A regulação em saúde envolve vários escopos: avaliação das regras de formação dos profissionais, capacitação dos mesmos, desempenho dos envolvidos, monitoramento e avaliação dos fluxos, integração das ações e fluxos assistenciais e das referências e regulação da oferta de insumos e tecnologia (BRASIL, 2007).

O principal objetivo de uma regulação em saúde eficiente e eficaz é melhorar a saúde da população segundo as doutrinas e princípios do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), quando utilizada na prática, a competência ou a habilidade de prestar cuidados profissionais específicos, na educação e na regulação, pode ajudar a esclarecer o papel da enfermagem e fornecer a evidência do cuidado prestado.

O trabalho do enfermeiro envolve atribuições gerenciais exigindo conhecimentos e competências que o possibilitam participar do processo decisório e para assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde (FREITAS; FUGULIN; FERNANDES, 2006).

Para Silva (2009), gerenciar não é meramente um ato burocrático, mas uma atividade com a finalidade de proporcionar uma assistência em saúde de acordo com as necessidades da população atendida, sendo o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, aquele que apresenta legalmente a competência para o gerenciamento dos serviços de saúde.

Silva (2009) salienta que o preparo para resolver problemas enfrentando situações imprevisíveis e complexas, em uma conjuntura concreta, está relacionado com a competência. Segundo o Conselho Nacional de Educação a competência é “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e

habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz em atividades necessárias pela natureza do trabalho” (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2006) faz referência ao Núcleo de Educação das Urgências como sendo um promotor das ações para educação continuada dos profissionais atuantes da rede de atenção às urgências e emergências, estimulando as instituições formadoras a uma adequação curricular para atender às necessidades do SUS e à ação integral da rede. O enfermeiro tem em sua formação curricular um posicionamento crítico, iniciando este processo desde sua graduação (VARGAS, 2012). Como parte da equipe e como sendo um educador das ações, cabe a este profissional a função de exercer seu papel de educador e de gerente dos processos de educação continuada no sistema.

Ainda, segundo Coelho e Miranda (2015), ao enfermeiro cabe pensar conhecer e se apropriar do conhecimento e, além disso, formular estratégias conhecendo a realidade a respeitando, assim como a subjetividade dos sujeitos. Neste caso, este profissional faz a ligação entre os saberes e necessidades das equipes das bases municipais do SAMU estadual e as políticas a serem seguidas na urgência e emergência.

Sendo o enfermeiro um profissional ligado à central de regulação, às bases municipalizadas do SAMU e às questões gestoras com papel atuante em toda rede, caberá ao mesmo, por suas experiências, observações e capacitações para desempenhar o papel gerencial, fazer também o papel de educador e de orientador da rede SAMU. A lacuna que se apresentou dentro das atividades na central de regulação do SAMU do RS foi sendo gradualmente preenchida respeitando os limites legais de cada profissão dentro do complexo regulador. A inserção do enfermeiro vem a qualificar este processo de trabalho tão único e peculiar no SAMU (PINHEIRO et al., 2019).

A ação do trabalho, sua atividade, permite ao profissional o uso de si. Scherer, et al. (2009) descrevem o uso de si e pelos outros como uma manifestação de dimensões onde ocorrem as execuções da atividade e de sua subjetividade. O trabalhador está sempre se remodelando, se recriando, reinventando novos saberes. O processo de trabalho em saúde é extremamente complexo pois envolve o ato de cuidar e tal ato é o encontro entre sujeitos de maneira singular.

A atuação em competência necessita de confiança, de estabilidade e de cooperação entre os sujeitos. A cooperação é necessária para que a atividade

laboral seja exercida de maneira harmoniosa e prazerosa, tanto física quanto mentalmente, construindo uma identidade singular dos profissionais que estão inseridos neste contexto (SCHERER et al., 2009).

4 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (SAMU RS)

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

O SAMU RS se operacionaliza através de uma central de regulação ampla que atende toda a população do Estado, 11.207.274 habitantes (IBGE, 2014). Estes atendimentos se diferenciam da seguinte maneira: se o município tem a pactuação com o Programa SAMU 192 ou se não tem tal contratação. Os municípios que têm o Programa SAMU 192 têm acesso ao serviço através de atendimentos primários e secundários e os que não possuem a referida definição têm acesso ao sistema através de atendimentos secundários.

Os atendimentos primários são aqueles oriundos de solicitantes em via pública e os atendimentos secundários são solicitações provenientes de algum serviço de saúde que já prestou atendimento de urgência, estabilizando o paciente e necessitando de uma maior complexidade dentro de SUS. Exemplos destes serviços de saúde são as unidades básica de saúde, estratégia de saúde da família, pronto atendimento ou hospitais (BRASIL, 2002).

Os atendimentos primários, são realizados pelas unidades de suporte avançado, unidades de suporte básico e motolâncias. Os municípios que detêm o Programa SAMU 192, possuem ambulâncias e equipes custeadas de maneira tripartite: pelos governos Federal, Estadual e Municipal.

A central de regulação do SAMU RS faz atendimentos primários para uma população de 10.082.782 habitantes (IBGE, 2014), regulando 267 municípios do estado.

Aproximadamente 10% da população do RS (1.124.492 habitantes) são acolhidos pela Central de Regulação do SAMU Estadual somente como atendimentos secundários, seguindo o conceito de “vaga zero” previsto na Portaria Ministerial nº 2048 (Brasil, 2002): “garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes”. Esses municípios, que não possuem o Programa SAMU 192, são recebidos pela Central Estadual de regulação do SAMU para referenciamento na rede de urgência e emergência de alta complexidade, ou seja, aos pacientes localizados na sua área de abrangência.

As decisões sobre as garantias e manutenção dos princípios de Sistema Único de Saúde (SUS) são acertadas e pactuadas através da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação onde os entes federativos definem as regras para a gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011). A CIB trata-se de um órgão colegiado onde estão presentes os representantes do governo estadual referenciados pelo Secretário de Estado da Saúde e o ente de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde. Através das resoluções acordadas e negociadas em plenária são planejados os funcionamentos dos serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada.

O Estado do RS tem 497 municípios. Dentro do SAMU RS existem cinco centrais de regulação organizadas, que regulam a assistência à saúde aos municípios regionalizados e pactuados pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). São as seguintes centrais de regulação: Estadual (abrange pelo atendimento primário uma população de 7.276.925 habitantes nos 267 municípios com ambulâncias no Programa SAMU 192, mais os 211 municípios que não possuem os veículos do SAMU, através dos atendimentos secundários), Bagé (abrange uma população de 183.204 habitantes em 05 municípios), Caxias (abrange uma população de 534.787 habitantes em 02 municípios), Pelotas (abrange uma população de 615.384 habitantes em 11 municípios) e Porto Alegre (abrange somente a sua cidade, com uma população de 1.472.482 habitantes). As centrais de regulação do SAMU do RS se inter-relacionam sempre que necessário para discussão de casos e resolutividade nos encaminhamentos dos pacientes da melhor maneira possível.

Em 10 de julho de 2017 foi publicado no Diário Oficial do Estado do RS a CIB 318/17 (publicado no DOE em 17.07.2017) para o acionamento automático das ambulâncias do SAMU 192 no que se refere a síndromes de etiologia ou semiologias potencialmente graves. Através dela ocorre o acionamento das ambulâncias do SAMU pelos enfermeiros da mesa reguladora, conforme protocolo específico. Percebe-se, através de coleta de dados no sistema informatizado vigente na regulação do SAMU, um aumento gradual de acionamentos do enfermeiro no processo regulatório desde a vigência da CIB. No primeiro período de 2017 (janeiro a junho) houve 3765 acionamentos, no segundo período (julho a dezembro de 2017) houve 8346 acionamentos e no nos 5 primeiros meses de 2018 (janeiro a maio de

2018) houve 9831 acionamentos pelos enfermeiros da central de regulação do SAMU-RS. Isso demonstra a necessidade do profissional engajado no serviço de regulação e somando seus saberes e conhecimentos aos demais profissionais presentes no processo.

Com a necessidade de otimizar o serviço e liberar o médico regulador para a realização de regulações médicas de fato, os gestores municipais e estadual pactuaram outra CIB em outubro de 2018 (CIB 450/18: Protocolo de Triagem e Acionamento pelos Enfermeiros de Transporte de Pacientes Graves em USA SAMU 192) onde se ampliou o protocolo de acionamento automático para os transportes confirmados de alta complexidade, já regulados por médicos da regulação de leitos de UTI ou que tenham critérios bem definidos conforme nota técnica do Estado do RS sobre os transportes de alta complexidade e que necessitam de ambulâncias com médico intervencionista, ou seja, unidades de suporte avançado de vida.

4.2 A ENTRADA DO TELEFONEMA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU RS: UM BREVE RELATO DA OPERACIONALIZAÇÃO SEGUNDO A VISÃO DA PESQUISADORA COMO INTEGRANTE DO SERVIÇO

Quando o solicitante telefona para o número 192 (gratuitamente) a ligação é atendida por um telefonista. O telefonista abrirá, no sistema informatizado de regulação, uma ficha de atendimento especificando o motivo de tal solicitação: se é um socorro simples, se é um socorro de múltiplas vítimas, uma solicitação de orientação, uma solicitação de transporte (de uma unidade de saúde, pronto atendimento ou hospital) ou um atendimento solicitado pela própria equipe de SAMU que está na sua unidade sede, chamada por quem atua no pré-hospitalar móvel de base descentralizada (ou simplesmente base), cuja equipe recebe as ligações de órgãos de segurança ou o próprio solicitante vai até a base para chamar a equipe para atendimento. As solicitações de orientações oriundas dos populares são das mais variadas possíveis: sobre vacinação, sobre aleitamento materno, sobre uma solicitação de atendimento domiciliar, uso adequado de medicamentos, cuidados com sondas e cateteres específicos, dentre outras.

Esse telefonista auxiliar de regulação médica preenche rapidamente uma ficha computadorizada com os principais dados do que está sendo informado na solicitação: nome do município a que pertence, endereço o mais completo possível,

com referência (se tiver), o tipo de queixa para abertura do chamado, a idade aproximada do paciente e seu nome (se houver), o nome do solicitante. O número do telefone do qual se origina o chamado fica automaticamente registrado no sistema, então não é necessário perguntar a quem está solicitando a abertura da ficha.

Após o preenchimento desta ficha de atendimento o chamado é encaminhado através desse sistema informatizado à mesa reguladora para ser avaliado ou orientado pelo médico ou enfermeiro regulador. Se o médico ou o enfermeiro da mesa reguladora avaliarem o atendimento como necessário e prioritário ao serviço de atendimento móvel de urgência e concluindo pela pertinência à solicitação de socorro ou à solicitação de transferência, é realizado o acionamento da ambulância no sistema informatizado e encaminhado o chamado ao rádio-operador que comunicará a ambulância sobre o atendimento. Conforme critérios de gravidade pré-definidos e seguindo protocolos específicos à regulação do SAMU disponibilizados pelo Ministério da Saúde, poderá ser selecionado a Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) ou a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA).

Caso o médico ou o enfermeiro regulador atenda um chamado para as situações que não são urgentes ao serviço, o solicitante será orientado e receberá uma resolução sobre seu problema visando a adequar o cuidado da melhor maneira possível e otimizando os serviços de saúde. Poderá receber informações sobre os números de telefones de outros setores ligados à saúde pública, como Centro de Intoxicação Toxicológica, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Secretaria Municipal de Saúde, dentre outros. Se durante a orientação ao solicitante ou paciente for reavaliada a solicitação de atendimento de urgência e verificada a pertinência do atendimento ao serviço, o enfermeiro ou o médico encaminhará o chamado em tela para o acionamento da ambulância mais adequada à situação apresentada.

Ao rádio-operador permanecerá a tarefa de comunicar a equipe assistencial das seguintes maneiras: via telefonia celular, na qual o rádio-operador liga para o telefone da equipe ou para o telefone fixo da base do SAMU (local onde a equipe do SAMU permanece aguardando os atendimentos) para verbalizar os dados do atendimento, ou via automática pelo smartphone, na qual tal comunicação se dá automaticamente via sistema. Isso ocorre da seguinte maneira: o rádio operador clica no ícone comunicação e o chamado é automaticamente encaminhado à equipe

assistencial. Quando a equipe assistencial recebe o chamado automaticamente via sistema, o smartphone reproduz um sinal sonoro estridente, avisando à equipe que o chamado está entrando para ser atendido e, ao mesmo tempo, a equipe clica no smartphone num ícone para demonstrar que estão cientes do chamado. Após, a equipe assistencial clica no smartphone em outro ícone para colocar a ambulância em deslocamento no sistema e mostrar à central de regulação que já estão a caminho da ocorrência. Para os membros integrantes da mesa reguladora será mostrada no sistema a ciência da equipe e o seu deslocamento, evidenciando que o paciente está prestes a receber o atendimento.

O mais adequado e correto seria se todos os chamados de socorro ou de transporte fossem necessariamente encaminhados automaticamente via sistema informatizado, mas devido a outros problemas, como telefonia deficiente de sinal de celular, smartphones avariados e não repostos pelo gestor municipal ou contratante, dentre outros, muitos pedidos de atendimento são enviados às equipes do SAMU através de discagem ao número celular da equipe ou número da base do SAMU à qual o munícipe pertence. Isso gera retardo no tempo-resposta do atendimento ao paciente que está aguardando numa situação considerada urgente à manutenção de sua vida.

Ao chegar no local da ocorrência, a equipe assistencial de suporte básico ou de suporte avançado coloca informações no smartphone que está no local da ocorrência e, assim que estabilize o paciente, o avalie clinicamente e verifique seus sinais vitais, ligará para o médico regulador, que, a partir da central de regulação, realizará procedimentos de telemedicina, fornecendo a conduta mais apropriada para a situação. O paciente poderá ser encaminhado às referências pactuadas, dependendo da complexidade apresentada, para a unidade de pronto atendimento, pronto atendimento ou hospital, ou também o mesmo poderá permanecer no local onde foi solicitado o atendimento (residência, local de trabalho, entre outros) com as devidas orientações (para a regulação isso significa dizer que o paciente ficou no local).

As equipes assistenciais (Unidades de Suportes Básicos e Unidades de Suportes Avançados) são os “olhos” da central de regulação, pois é através delas que o médico regulador orienta sobre a conduta mais adequada à situação apresentada. Pode também acontecer de o solicitante comunicar que o paciente está em óbito (encontrado em óbito) e a equipe, ao chegar no local, verificando que

se trata de óbito inquestionável, sem necessidade de reanimação cardiopulmonar, orientar os solicitantes ou os familiares quanto aos procedimentos legais para declaração de óbito, ou, no caso de morte violenta do paciente, a equipe deverá comunicar os órgãos de segurança para acionamento dos meios legais para tal questão.

Na central de regulação do SAMU as variáveis para os atendimentos são inúmeras. Poderá ocorrer necessidade de auxílio à equipe assistencial durante todo o processo regulatório, sendo encaminhada a ligação telefônica ao enfermeiro regulador, que a orientará segundo portarias e legislações específicas ao serviço. Também poderá ocorrer da ligação do telefonista auxiliar de regulação médica ser encaminhada à mesa reguladora para orientação e o enfermeiro orientar o solicitante da melhor maneira possível, dentro de suas competências profissionais.

Em algumas situações, conforme protocolos específicos do serviço, caberá ao enfermeiro o acionamento das equipes assistenciais de maneira que seja encaminhado para o atendimento o melhor recurso disponível para a situação em questão ou para os transportes já regulados pelos médicos reguladores de outras centrais de regulação, com leito confirmado de UTI ou com critérios próprios de ambulâncias medicalizadas (Resoluções CIBs nºs 318/2017 e 450/2018).

4.3 DESCRIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

Os profissionais médicos e enfermeiros são concursados da Secretaria Estadual da Saúde do RS, trabalhando em regime de trabalho diferenciado de 20, 30 ou 40 horas semanais. Os demais profissionais, telefonistas e rádio-operadores, são contratados através de uma empresa terceirizada, em regime celetista. Devido a problemas financeiros que o Estado do RS está enfrentando atualmente, assim como outros estados brasileiros, salários de muito desses funcionários celetistas não estão sendo pagos em dia, levando-os a pedir demissão, o que aumenta a rotatividade de profissionais no serviço.

Contribuindo a isso, o Estado do RS está atrasando também os salários dos seus próprios servidores, aumentando as exonerações dos profissionais médicos. Quando o concurso para médico regulador foi realizado, em 2013, a Coordenação do SAMU planejava um efetivo de setenta médicos no serviço. Atualmente, existem

vinte e três profissionais, com tendência a mais exonerações por parte dos profissionais. Em setembro de 2018, foi aberto um processo seletivo público para suprir os médicos reguladores que foram exonerados (contratação temporária), tendo sido homologada em novembro a lista dos nomes e classificação dos mesmos. O referido processo está em vias de chamamento dos profissionais médicos para as Centrais de Regulação do Estado do Rio Grande do Sul.

Quanto aos profissionais enfermeiros, atuantes na mesa reguladora, permanecem os mesmos servidores concursados. Dez enfermeiros possuem 40 horas semanais (regime de dedicação exclusiva), dois fazem 30 horas semanais e um faz 20 horas semanais.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Desenvolvemos este trabalho no Departamento de Regulação Estadual (DRE), mais especificamente na Central de Regulação do SAMU RS, no período de outubro de 2017 a dezembro de 2018, onde atuam treze enfermeiros, vinte e três médicos, quarenta e dois telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e dezessete rádios operadores. Salientamos que os enfermeiros realizam suas atividades vinculadas à mesa reguladora, ao Núcleo de Educação da Urgência (NEU-RS) e à Coordenação do SAMU RS.

Realizamos uma pesquisa qualitativa, observatória e exploratória (observação participante), com entrevistas individuais semiestruturadas, conforme o roteiro apresentado no apêndice 1, visando estimular cada profissional a falar sobre suas percepções acerca de suas atividades e dos demais colegas dentro dos processos regulatórios executados. Os encontros com os sujeitos da pesquisa efetuaram-se através de visitas in loco no SAMU do Estado Rio Grande do Sul.

Transcrevemos cada entrevista na íntegra e agrupamos as falas por categoria profissional, elencando as competências descritas. Para analisar o conteúdo do material obtido nas entrevistas, utilizamos o método de saturação (BARDIN, 1977) tendo como foco as competências de cada grupo de profissionais. Após, analisamos e descrevemos as dificuldades que cada categoria profissional inferiu para a realização das suas atividades, assim como as sugestões apresentadas pelos próprios profissionais às problemáticas elencadas para a melhoria nos atendimentos efetuados à central de regulação do SAMU RS.

Como critério de inclusão, utilizamos o tempo de vinculação trabalhado na central de regulação do SAMU Estadual sendo definido o período de mais ou menos de dois anos atuando no serviço. Assim, criamos dois grupos de participantes entrevistados: o primeiro, composto pelos profissionais com mais de dois anos em atividade na central de regulação, e o segundo, pelos profissionais com menos de dois anos na mesma. Cada grupo possui dois profissionais de cada categoria (médicos, enfermeiros, rádio-operadores e telefonistas auxiliares de regulação médica). Assim, totalizamos um grupo com oito profissionais com menos de dois anos de atividades e outro grupo de oito profissionais com mais de dois anos de atividade na central de regulação do SAMU, somando dezesseis profissionais

entrevistados. Para realizar a entrevista foi questionado o participante se o mesmo gostaria de fazer parte da pesquisa, respeitando sua negativa se assim preferir.

Para identificação das entrevistas utilizamos a sigla MR para médico regulador, ER para enfermeiro regulador, TARM para telefonista auxiliar de regulação médica e RO para rádio-operador. Empregamos os numerais sequenciais 1 e 2 para os profissionais com menos de dois anos de vinculação na central de regulação do SAMU RS e 3 e 4 aos que possuíam mais de 2 anos de vínculo. Não incluímos nos resultados nomes, idade e sexo dos profissionais, para não ocorrer sua identificação e exposição.

O projeto de pesquisa obteve a autorização do Complexo Regulador da Secretaria Estadual da Saúde, através do Termo de Ciência da Direção do Departamento de Regulação Estadual (DRE), sendo posteriormente apresentado para aprovação no Comitê de Ética da Instituição, no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e no Comitê de Ética e Pesquisa da SES-RS, sob os números 82527618.1.0000.5347 e 82527618.1.3001.5312 respectivamente. Os entrevistados assinaram termos de consentimento informado e receberam a garantia da preservação da sua privacidade (apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). O termo deixava claro que a pesquisa não apresentaria riscos aos entrevistados, que, mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico quanto à dinâmica de trabalho na Central de Regulação do SAMU Estadual.

Para a fundamentação teórica sobre regulação em saúde, fizemos uma revisão bibliográfica aprofundada dos últimos dez anos, utilizando as seguintes bases de literatura científica: SciELO - Scientific Electronic Library Online; LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE; Biblioteca Cochrane; LIS - Localizador de Ações em Saúde. Para tanto, utilizamos os seguintes descritores: competência, ergologia, equipe multiprofissional, equipe interprofissional, regulação em saúde, SAMU e central de regulação.

6 RESULTADOS

6.1 COMPETÊNCIAS DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS

Durante as entrevistas evidenciaram-se algumas falas semelhantes quando aos papéis dos profissionais que atuam na Central de Regulação do SAMU Estadual do RS. Transcrevemos a seguir alguns trechos das entrevistas, acompanhados de comentários baseados na análise dos discursos.

6.1.1 Telefonista auxiliar de regulação médica

Primeiro contato com o solicitante (seja paciente, equipe de saúde assistencial, equipe de saúde em unidades de saúde, hospitais ou pronto atendimentos, demais órgãos de segurança, etc.) com a central de regulação. São considerados a porta de entrada ao serviço, conforme expressam alguns profissionais em suas falas:

[...] é o primeiro contato com o paciente. É a pessoa que vai pegar as informações, vai registrar e vai passar pro médico[...]. Sem qualificação nenhuma [...]. Às vezes é uma coisa totalmente diferente do que entrou [...].” (MR 2)

O telefonista é a porta de entrada, é o primeiro atendimento com o solicitante e eu acho que é uma coisa bem importante e é uma coisa meio negligenciada dentro do serviço. (MR4)

O telefonista ele pega o primeiro atendimento, a localização, a situação do paciente, endereço, enfim, pra poder encaminhar pra triagem com o médico. Esse é o básico. (TARM 1)

O telefonista auxiliar de regulação médica (TARM) tem um papel fundamental para que a equipe assistencial chegue ao destino corretamente. Isso foi amplamente comentado em várias falas dos próprios TARMs e dos demais profissionais atuantes no serviço:

[...] eu sinto que o nosso trabalho é fundamental, tem que ser bem feito, porque se a gente não pega todos os dados das pessoas o chamado é incorreto, até a própria ambulância não vai conseguir tocar pra frente. ” (TARM3)

[...] onde chega o chamado e a partir dali que desencadeia o atendimento. Tem que ter agilidade, deveria ter um senso de abstração do que tá sabendo e resumido. (ER1)

Mesmo sendo o primeiro atendimento e tão evidente sua importância para um atendimento de qualidade no SAMU, evidencia-se também que os TARMs não têm uma qualificação para tal função, não recebem treinamento prévio a sua entrada no serviço e são alocados para ter o treinamento no atendimento real, conforme os discursos abaixo:

Não teve um momento pra isso, foi pegar ali ver os colegas fazendo, os colegas acompanhando o teu chamado, fazendo perguntas pro coordenador e até pros próprios colegas, não teve treinamento. (TARM3)
Quando eu cheguei tava muita gente de férias, então eu fiquei de uma e outra assim vendo como elas atendiam, mas nada é melhor do que a prova da coisa, porque quando tu vê como é que é [...]. Eu vou te dizer, eu tava sempre com medo, a pessoa gritava comigo... depois que eu peguei o jeito, que tu pega a rédea da coisa. (TARM2)

Somente um dos TARMs refere não ter apresentado dificuldades em aprender o que fazer nas suas atividades laborais, mas mesmo assim acredita que o treinamento anterior aos atendimentos seria facilitador no processo de aprendizado:

Não, eu não tive dificuldade nenhuma, até porque ele repete bastante, não tem [...]. Com certeza com treinamento anterior, sim, seria melhor. (TARM1)

Nota-se que os profissionais com mais tempo de serviço relataram a contínua desqualificação dos trabalhadores, evidenciando que aqueles com mais tempo de atuação possuem uma qualificação melhor do que os que estão iniciando no setor:

[...] as primeiras vezes que eu tava aqui eles eram bem mais qualificados.... eu acho que é falta de treinamento mesmo. (MR4)

Segundo as observações dos profissionais, o TARM deverá ter agilidade na abertura do chamado (atendimento), conforme evidenciado nas entrevistas abaixo:

Rapidez e praticidade. Eles têm que ser muito rápido no que fazem. Diretos, eu acho que as pessoas têm que aprender a ser diretas. Tem muita gente boa ali, que é direta, não pode contar história, porque ali não é para ti contar história. E o solicitante adora contar uma história. Ele gosta de falar das histórias, então tu tens que ser rápido em entender, ah tá é isso, pegar todos os dados correndo e passar. Eu acho que isso é muito importante. ” (RO1)
[...] a partir dali que desencadeia o atendimento, então é um profissional que ele tem que ter agilidade. (ER1)

Os próprios profissionais que atuam como telefonistas reconhecem que seu trabalho é essencial para o adequado funcionamento de todo o processo regulatório e isso se manifesta nas descrições das entrevistas tanto dos profissionais que atuam na CR há mais de dois anos quanto nos que estão menos tempo na profissão:

Eu enxergo assim, o nosso papel fundamental, porque a gente recebe né a pessoa que tá ligando, e a gente tem que fazer o chamado da melhor forma possível e atender da melhor forma possível... Mas eu sinto que o nosso trabalho é fundamental, tem que ser bem feito, porque se a gente não pega todos os dados das pessoas o chamado é incorreto, até a própria ambulância não vai conseguir tocar pra frente. (TARM 4)
O telefonista ele pega o primeiro atendimento, a localização, a situação do paciente, endereço, enfim, pra poder encaminhar pra triagem com o médico. (TARM 1)

O TARM tem a função de orientação às equipes, aos demais solicitantes externos e confirmação de transportes inter-hospitalares quando solicitados ao SAMU:

[...] às vezes oriento as equipes, por que muitas vezes ou elas não recebem o chamado, ou tão indo pro lugar errado, é uma coisa que tu tem que tá ligado o tempo todo. Fora isso tem as confirmações de transporte, que é quando tu tem contato com o hospital, enfim, tem que tá sempre atento ao médico que vai te ligar, que setor e tudo mais. É, mais ou menos isso, sem falar as confirmações de equipe também. (TARM 2)

6.1.2 Rádio-operador

É o profissional que comunica a ambulância sobre o atendimento, sendo a ligação entre a central de regulação, a ambulância e a ocorrência do atendimento primário (socorro) ou secundário (transporte entre estabelecimentos de saúde):

Uma comunicação direto com a ambulância, principalmente aquela ambulância que não tem uma comunicação direta de SMART, eu vejo isso, e ele também dá um suporte em relação a localização quando a ambulância não tá localizando o endereço. (TARM 1)
[...] é uma função muito importante também, porque assim é a sequência da liberação do médico. Vai ter contato com a equipe, vai ter que achar de qualquer jeito a equipe pra poder liberar a ambulância. (TARM3)

O rádio-operador refere que seu papel está intimamente relacionado com a operacionalização das ambulâncias, com o processo de saber onde elas estão se estão em atendimento com as equipes assistenciais, se estão em algum tipo de

manutenção mecânica, se estão em abastecimento de combustível, entre outros. Sabem da sua importância na liberação das ambulâncias o mais rápido possível. São os responsáveis por averiguar constantemente a localização das equipes assistenciais a fim de priorizar que sempre haja ambulâncias disponíveis para possíveis atendimentos que entrarão nas solicitações à central de regulação do SAMU:

Se a gente não liberar as ambulâncias, não fica não tem.... Nós estamos em cima. (RO 1)

Este profissional é o responsável por solicitar apoio dos órgãos de segurança (polícias federal e estadual, guarda municipal, bombeiros, etc) quando solicitado diretamente ou pela equipe que está na cena da ocorrência em atendimento ou pelos profissionais reguladores, quando os mesmos acionam ambulâncias para os socorros que entram ao serviço 192. Essas solicitações de apoio são para auxiliar as equipes nas inúmeras ocorrências nas quais as mesmas não conseguiriam fazer sozinhas, como vítimas encarceradas em veículos, situações de risco ou agressão da equipe (agressões, tiroteios, vazamento de combustível, fios soltos de energia elétrica, etc.):

Solicita o apoio dos Bombeiros quando acontece algum acidente com vítimas graves, a gente tenta sempre buscar algum apoio, bombeiros, ambulância do município, o que for necessário; auxilia os MK quando eles nos solicitam. ” (RO2)
[...] conexão com os serviços de apoio que a gente precisa pra nos ajudar nos atendimentos lá da ocorrência, da solicitação. (MR1)

Quando o solicitante não consegue encaminhar ao telefonista dados de endereço da solicitação de socorro, ao rádio-operador está definido o papel de localizar a ocorrência, através de conferência direta com o solicitante via telefonia, colocando a equipe assistencial em contato telefônico direto com o solicitante ou o paciente para localização correta da assistência:

O solicitante não conseguiu passar todas as informações necessárias do endereço, ou porque tava nervoso ou porque não está adaptado ao local (estava viajando e no meio da estrada, no meio do nada e ele realmente não sabe onde está muitas vezes). O RO tem a função de localizar o acidente e a pessoa que está precisando do atendimento. (RO3)

O controle de frota, passando os casos quando o médico define a ambulância ir no atendimento ele passa isso pras equipes ou pelo sistema ou por ligação, e faz todo um apoio pro funcionamento dos atendimentos, fazendo conferências pra solicitantes, confirmando endereço, ligando muitas vezes também pra hospitais confirmando algum dado. Então ele faz todo esse serviço de apoio a cada caso individual. (ER3)

O profissional rádio-operador é o elo de ligação entre todos os demais profissionais dentro da central de regulação, sendo de fundamental importância para o adequado funcionamento do serviço:

Link entre médico, enfermeiro, equipe; vê a questão de apoio, dá liberação das equipes quando eles já tão, já fizeram o que tinham que fazer; fundamental. A gente viu isso no dia da greve sem rádio operador, mas daí veio uma telefonista, mas mesmo assim não podia mandar porque não tinha rádio operador. (MR2)

Esse papel de ser uma vinculação entre todos os profissionais na central de regulação do SAMU também é citado como sendo competência do enfermeiro regulador dentro na central de regulação do SAMU, através do seu papel de gerente sobre o processo regulatório. Isso sugere que as competências dentro do serviço muitas vezes se sobrepõem, ou seja, o que é a competência de um profissional pode também ser a do outro dependendo da situação apresentada.

Para realizar a função de rádio-operador, os demais membros da equipe na central de regulação consideram primordial a agilidade do servidor e a atenção com tudo o que está ocorrendo com as equipes, com as ligações encaminhadas pelos telefonistas e pelas informações recebidas pelos médicos e enfermeiros do SAMU:

Tu pede pra avisar quando liberar tal ambulância porque tu tá precisando, tu sabe que aquilo ali é um caso mais rápido; então o rádio tem essa condição, ele tá mais ligado, ele faz a conexão direta da gente com as ambulâncias, com as equipes. Então o rádio operador que é despachado, que é rápido, que tem essa função mais, como é que vou te dizer, essa cognição melhor também faz essa ponte, ele nos alerta as vezes pra algumas coisas que a gente fez errado. Como eles entendem mais do sistema, eles nos ajudam bastante nisso. (MR4)

Agilidade percepção da tela. Ficar atento, porque isso também é fundamental pro atendimento rápido, porque as vezes a equipe não recebeu chamado e é um profissional que tem que tá bem ligado ali. (ER1)

O papel deles é ficar atento a tela e atento as equipes, onde estão, como vão, porque que não vão. A equipe que tá indo, tá voltando, onde tá passando, onde que vai, daqui a pouco tá atendendo e tem um chamado esperando, tá, mas já tá terminando, tá perto, vai atende. (ER4)

6.1.3 Médico regulador

Ao profissional médico concerne a competência da realização da triagem dos atendimentos que entram na central de regulação através do telefonista, priorizando o que é urgência, encaminhando o melhor recurso disponível para a situação (ambulância de suporte básico ou de suporte avançado) ou predispondo ao solicitante os outros meios de resolução do seu problema de saúde, assim como na realização de orientações de casos não urgentes (vacinação, medicamentos, casos clínicos crônicos, dentre outros).

Segundo o Manual de Regulação Médica das Urgências (Brasil, 2006b) o conceito de urgência para o médico regulador segue o princípio daquele paciente que não pode esperar por atendimento de saúde, sendo relacionado ao prognóstico vital do mesmo. São situações onde está ocorrendo alguma alteração clínica aguda na qual o paciente está em risco iminente de morte.

Isso é amplamente citado por todos os membros da equipe da central de regulação do SAMU, indiferentemente do tempo de atuação no serviço, conforme demonstram as manifestações abaixo:

Faz a parte de regulação, no que tem que fazer com o paciente. Se é um paciente que é um caso de urgência ou não, eu vejo que isso passa pelo médico. (TARM 1)

[...] ele vai captar, porque ele vai saber os sintomas que a pessoa tá sentindo e os sintomas que a gente coloca. (TARM 3)

[...] é ele quem vê a necessidade das ambulâncias, regula transporte. Eu acho uma das funções mais importantes, só que uma coisa que poderia evitar é pegar chamados que tu acha que não é necessário, falar com o solicitante e dizer que não é caso pro SAMU e orientar o solicitante. (RO2)

Avaliar inicialmente uma solicitação ou de um atendimento, a situação do atendimento e orientar, definir, primeiro define se aquele atendimento é um atendimento básico, atendimento intermediário, fazer essa definição, procurar orientar lá o solicitante desse atendimento quando for e selecionar uma equipe quando necessitar. (MR1)

Nota-se, entre os profissionais médicos, uma divergência de opinião com relação a orientações que os mesmos tenham que fornecer aos solicitantes quando a situação não é urgente na triagem e avaliação dos mesmos. Alguns profissionais mais novos acreditam que isso não é o papel do médico regulador na central de regulação, sendo um desperdício da sua atuação dentro do serviço:

[...] médico é o de triagem realmente, de identificar a situação de maior risco, onde é necessário mandar uma ambulância pra atendimento e o tipo de ambulância a ser enviada; e também dar informação e orientação pro público em geral, até acho que esse é o menor, até nem deveria ser assim. (MR 2)

Tenta ajudar de alguma forma e nega a ambulância e explica os porquês, nem sempre são bem aceitos, mas a gente explica. (MR4)

Esse papel de orientador aos solicitantes e pacientes é reconhecido como sendo função do médico regulador pelos demais profissionais não médicos:

Ver o critério se é um atendimento de urgência ou não, se é um caso para o SAMU, grave que seja pro SAMU ou não, triagem né, se é um atendimento que pode ir com a ambulância do município ou ser removido por familiar mesmo ou se é um caso de ser removido pelo SAMU, um caso mais grave. (RO4)

Se é uma coisa que requer o SAMU vai a ambulância ou não. Se não requer ele vai dar uma orientação de pra onde ligar, que que tem que fazer. (TARM2)

Médico tem que atender independente do que entrou, nem que seja pra orientação, porque o papel dele aqui nesse momento não é triar o que ele vai atender e sim triar os chamados que entram para serem atendidos, então ele vai ter que atender e selecionar se é ou não é pertinente o serviço de urgência. (ER1)

Fazer essa triagem, é puxar os chamados, é orientar também, eles não tão fazendo nem essa questão de orientação assim, “ah não é pra mim, eu não vou atender” e fica o solicitante esperando. (ER4)

Também aparece como papel do médico regulador a avaliação das solicitações de transportes entre instituições de saúde, onde segundo a nota técnica de transportes da secretaria estadual da saúde, é definido como sendo de responsabilidade do SAMU os transportes medicalizados, isto é, os que necessitem unidades de suportes avançados (USA):

Regula todos os chamados de atendimento pras solicitações, tanto dos atendimentos da rua, os pedidos de socorro, quanto a regulação dos transportes que são solicitados pra ambulância medicalizada do SAMU. Também regulam vaga zero e regulam os protocolos de AVC. E é isso, a função dos médicos é essa. (ER2)

O profissional médico regulador se utiliza do conceito de “vaga zero” para aquelas situações onde há risco iminente de morte ou de perda de algum membro do corpo que cause incapacidade permanente do paciente. Isso aparece nas falas dos profissionais e converge com a Portaria 2048 (BRASIL, 2002):

[...] questão da triagem, encaminhamento de ambulância e também o de definição em relação a transporte, o tipo de ambulância que vai discutir no transporte, na verdade é mais uma burocracia mesmo pra mandar o transporte, mas na vaga zero tem toda a elaboração do raciocínio, assim como no protocolo de AVC. (MR 2)

Após a chegada na ocorrência (evento que necessitou atendimento) as equipes assistenciais ligam para a regulação do SAMU para repassar ao médico regulador o quadro do (s) paciente (s) a fim de obter a conduta orientada do médico regulador sobre a situação:

[...] regula o chamado e no caso de liberação da ambulância. Ele tem que pré-diagnosticar algo a muitos quilômetros de distância. (RO3)

6.1.4 Enfermeiro regulador

O papel desempenhado pelo enfermeiro dentro da central de regulação foi sempre destacado por todos os profissionais como sendo o gerente do processo regulatório, como sendo o suporte técnico assistencial para equipe de médicos reguladores, gerenciador do fluxo de atendimento dentro da central de regulação e com conhecimentos sobre a legislação e pactuações entre os gestores municipais e estadual:

Ele faz uma parte assim, eu vejo que... um suporte pro médico, o enfermeiro sabe o que pode e o que não pode. [...]. Vocês ficam mais tempo aqui, mais de 6 horas, então pra mim, eu vejo que vocês tão quase lá com o médico[...]. (TARM1)

O enfermeiro é um suporte necessário pra resolver os problemas, até entre todas as categorias, todas as funções ali, tanto nos TARMs como os Rádios e como os médicos. (TARM3)

[...] é praticamente o que coordena, sempre que o médico não sabe ele chega no enfermeiro pra perguntar, quando é caso de vaga zero, transporte... rádio mesmo, eu ali, tem situações que nós não sabemos a gente fala com o enfermeiro. Ele que orienta a equipe, sempre orientando a equipe, auxilia os médicos em casos de vaga zero, transporte, como eu já tinha falado, ajuda os telefonistas. (RO1)

Minha vivência com a equipe de vocês que é uma equipe antiga, todos os problemas que surgem na regulação passam por vocês, não é um, não é dois, são todos os problemas. Solicitações dos TARM, rádio-operador, médico da ambulância, médico e as pessoas de fora também. Os hospitais que ligam para cá, as instituições tipo os asilos, enfim, o pessoal da área da saúde ele liga para cá e as equipes também solicitando o apoio do enfermeiro. (RO3)

[...] funciona quase como um médico ali, acho que vocês não fazem mais coisas porque talvez não tenha protocolo que libere vocês pra isso. Que eu vejo é que vocês sabem muito mais que a gente. Sim, pelo menos a questão de toda a CIBs e referências e tal, bah, eu não sei metade disso. Então o papel de vocês é muito nos assessorar. (MR2)

A política eu acho que nos dá a retaguarda no sentido de já ter experiências, porque os enfermeiros conhecem as regiões sabe onde é que tem as coisas. Muitos enfermeiros ensinam muitas coisas pra gente, ajudam muito. Aí eu acho que o enfermeiro é superimportante e que muitas vezes chama pra si aquela parte de discutir a parte que é só papo ali, e eu acho que é importante porque te alivia dessa coisa pra tu conseguir atender a demanda. (MR4)

Esse profissional dentro da central de regulação do SAMU RS, apesar de não estar previsto nas portarias que regulamentam o serviço, tornou-se uma importante referência para gestores municipais, instituições de saúde, equipes assistenciais e seus responsáveis técnicos, entre os demais profissionais membros da mesa reguladora e também ocupando um espaço na política de urgência e emergência para assessoramento na implementação de ações nas bases do SAMU RS e auditoria nas pactuações que estão efetivamente ocorrendo os atendimentos de alta complexidade da rede, como cardiologia, traumatologia e neurologia:

Auxiliar o médico nas referências tipo para especialidades, respondo e-mails, fazer contato com equipes, orientação pras equipes, orientação pra RT, atende ligações externas de população, vários tipos de orientações nesse sentido, mais o que [...]. Faz atendimento também, acionamento das VTRs, seleciona as vezes as chamadas que já estão reguladas em espera, vê a pertinência do momento. (ER1)

O enfermeiro aqui tem um papel bem articulador entre todas as áreas, tanto com os médicos, quanto com os TARMs, rádios e com as equipes também. A gente faz a gestão do plantão, tudo que acontece no plantão. (ER2)

Por tratar-se de uma categoria profissional nova na integração da central de regulação, os próprios profissionais da mesa reguladora do SAMU Estadual tiveram muita dificuldade de saber descrever suas competências no início das suas atividades:

Na verdade, quando eu cheguei eu não tinha bem claro ainda qual era o papel do enfermeiro aqui. (ER2)

Nós não tínhamos liberação e incentivo pra atuar aqui dentro, nenhum. Participava dos cursos, mas a coordenação não dava abertura nenhuma. Então não era pra gente entrar na sala de regulação. (ER4)

Os enfermeiros com mais tempo de vinculação no serviço, viram a transformação no campo de atuação do profissional enfermeiro, acreditando que isso foi uma evolução da sua competência frente ao serviço. Houve um reconhecimento que se tinha uma lacuna na central de regulação para realização da vinculação da central de regulação com os atendimentos oriundos de vários

solicitantes variados externamente. Todos os profissionais na regulação do SAMU acreditam que esse papel tenha surgido para agilizar o processo regulatório. Essa modificação do papel do profissional converge com o tipo de sistema de saúde que o Sistema Único de Saúde está exigindo na atualidade, com integralidade das ações, enfatizando a equidade e universalidade do acesso aos serviços de saúde, conforme a própria legislação prioriza:

Quando iniciamos aqui tínhamos um papel única e exclusivamente burocrático sem fazer parte da mesa e aos poucos os enfermeiros foram se apropriando porque é uma lacuna quanto a isso, não tem alguém que faça esse vínculo. Os médicos só querem atender e regular os casos; os terceirizados, que neste momento são os telefonistas e rádios, eles não têm competência pra isso. A gente se apropriou disso, tanto que os enfermeiros eram três e foram aumentando, aumentando, aumentando e hoje tem mais de dez. (ER3)

A gente foi conseguindo conquistar o nosso espaço sem ocupar o espaço de ninguém; era um espaço que não existia realmente e eu vejo como muito importante nós estarmos aqui vinte e quatro horas. (ER4)

Verificou-se nas falas descritas que o enfermeiro regulador da central de regulação participa ativamente dos cursos do núcleo de educação das urgências e dos núcleos de educação permanente dos municípios, ministrando aulas, formulando cursos, formando novos colaboradores (novos profissionais atuantes na rede de urgência e emergência) ou recapacitando os profissionais que já atuam no serviço. Também agregam seus conhecimentos acrescentando suas experiências às equipes assistenciais para otimização da qualidade na assistência na ponta, ou seja, in loco onde o serviço está atuando. Além disso, também participam das visitas técnicas nas bases descentralizadas municipais do SAMU, intervindo como facilitador e orientador nas atividades fiscalizatória (fazendo visitas nas bases municipais do SAMU e nas portas de urgência e emergência):

Participamos de cursos, visitando as bases, muito importante, visitando as bases – foi muito bom quando a gente começou a visitar as bases, infelizmente não tivemos esse segundo tempo de visitar, mas foi muito bom aproximar as equipes que tavam só pelo telefone com a gente com os enfermeiros da mesa, e ter esse contato com os RTs, os cursos, participar de cursos. (ER4)

Quando todas as categorias profissionais foram questionadas sobre a utilização da Resolução CIB-RS nº 318/2017 e o real conhecimento do que está descrito na mesma, ou seja, o que é pertinente ao fazer técnico-científico do

enfermeiro por protocolo da regulação do SAMU RS, todos referenciaram o enfermeiro regulador como a categoria que auxilia os médicos em situações de urgências e/ou nas orientações aos solicitantes de chamados não pertinentes ao serviço:

Eu acho que isso ajuda muito. Eu via que isso acontecia, mas eu não sabia que esse era o nome. (TARM1)

Eu acho fantástico, até porque eu nem sabia dessa CIB aí, agora tu tá me explicando. (TARM4)

Eu não sei o significado desta CIB. Nunca ninguém falou. Eu perguntei uma vez o que era e alguém me disse. Alguém me disse outra CIB, mas eu queria saber o que era CIB. (RO1)

Mais atribuições pra vocês enfermeiros aliviaria o trabalho pra gente. (MR2)

Reconheciam que haviam situações que o enfermeiro acionava a ambulância, porém sem reconhecer quais eram os critérios que os enfermeiros avaliavam para seu agir profissional, apesar de fazer mais de um ano que estava sendo aplicada por eles. A maioria dos profissionais entrevistados referiu reconhecer parcialmente o funcionamento da resolução, porém não pelo nome dela, percebendo que os enfermeiros acionam a ambulância em determinadas situações e orientam alguns pacientes:

Bom, pelo que eu acompanho ali quando é trauma, colisão quando é carro, quando é moto, queda de altura, vejo também que o pessoal diz que é uma PCR depois de um minuto, quando é sonda quando é só dar uma orientação. (RO2)

É a que vocês daí tem autorização pra selecionar, os enfermeiros. É muito importante, porque que nem essa situação que a gente tá agora – espero que melhore-, de tá um médico, ou dois médicos, as vezes tá dois, três, mas mesmo assim não é o bastante pra atender o número de ligação, e o enfermeiro tá ali, deu um minuto de uma colisão, um PCR, que é os traumas que vocês podem pegar, ajudar ajuda um monte; porque ao invés da pessoa ficar esperando 2, 3, 4 minutos, o médico talvez tá atendendo uma outra prioridade e vocês podem intervir e atender. (RO4)

Eu acho que isso ajuda muito. Eu via que isso acontecia, mas achei excelente, é uma solução pros nossos problemas. Porque as vezes tem realmente muito chamado, ainda mais se chove, parece que as cicatrizes de guerra de todo mundo tá doendo, não sei, sempre tem algum problema nesses dias e os médicos não tem como dar conta, que é muita coisa, muito acidente. Eu achei que foi uma ajuda excelente, vocês têm preparação pra isso, porque enfermeiro aprende tanto quanto. (TARM 2)

Apesar de grande maioria dos médicos ser a favor da resolução sobre acionamentos automáticos pelo enfermeiro e da orientação por estes profissionais, ainda há um desconforto quanto à questão do espaço ocupado pelos enfermeiros

por alguns médicos que acreditam não ter sido encaminhada tal resolução ao Conselho de Medicina do RS e ao Conselho Federal de Medicina para avaliação:

Eu sou a favor dessa CIB. Porque assim, existe esta questão de os médicos falarem que o CREMERS, que não tem uma opinião do CREMERS nem do CFM sobre essa CIB, então tem colegas que se agarram a isso. Assim como tem enfermeiras que tão entrando, tão ajudando, tem aqueles que também ignoram os postos, ou seja, assim como tem médicos que aprovam tem outros que não aprovam. Eu aprovo e assim, até por vezes peço ajuda pra várias enfermeiras que tão ali no meu turno, trabalhando comigo. Acho que é pra melhorar o serviço, tudo que for pra melhorar o serviço, pra desafogar acho que tem que ser usado é uma ferramenta. (MR1)

Quando a gente tá supercarregado, numa situação ideal não precisa nem usar, mas quando a gente tá supercarregado eu não tenho problema nenhum com isso, porque eu acho que o enfermeiro que tá trabalhando aqui é mais que treinado pra fazer isso. Tem gente que tem objeções, eu não tenho. Não me incomoda. Porque eu nunca vi, eu já fiz segunda regulação desse tipo de... e nunca foi mal acionado. (MR4).

Quando a CIB foi implementada, alguns médicos tinham a sensação de que os enfermeiros iriam ocupar seus espaços na CR, porém, com o passar do tempo e com a verificação de que era para auxílio e apoio aos médicos, esse questionamento foi superado pelos profissionais médicos mais antigos no serviço:

Vocês têm muito bem claro qual é a ideia da coisa e vocês também abraçaram a ideia de que o que eles estão fazendo com o SAMU RS é sucateamento. Então no começo eu confesso que me incomodei um pouco, depois quando foi passando eu vi como era a atuação de vocês e como é que tava se encaminhando tudo, eu fiquei tranquila. (MR4)

Para os enfermeiros, ter a publicação da resolução CIB nº 318/17 foi um respaldo técnico-legal do estado do Rio Grande do Sul ao profissional dentro da mesa reguladora do SAMU:

Tem situações ali que se não tivesse a CIB ou as equipes iam sair por conta e atender, como acontece mesmo assim porque não se dá conta de tudo, ou as equipes iam sair sozinhas e não serem acionadas por ninguém, ou as pessoas iam esperar muito tempo. Antes da CIB o enfermeiro olhava ali o chamado, sabia que tinha que ir a equipe, sabia que o médico não ia atender o chamado e dizer que não ia e não podia fazer nada, ou se fizesse faria por conta. Então a CIB é importante por isso. (ER2)

Antes da CIB a coisa era uma coisa muito variada, alguns profissionais faziam, outros não faziam, uns se sentiam mais à vontade, outros menos, por causa principalmente da questão de respaldo. Alguns se sentiam mais seguros e faziam, alguns se sentiam inseguros por não ter respaldo nenhum e não faziam. A CIB na verdade respaldou, então deixou – como a CIB mesmo diz – deixou os profissionais à vontade pra executar essa tarefa. Então ficou uma coisa mais segura pro profissional. (ER3)

6.2 PRINCIPAIS DIFICULDADES DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES

A forma de contratação dos profissionais terceirizados, os salários sendo pagos com atrasos frequentes desde 2015 e a vinculação por empresas que não são consideradas referências em contratos são as queixas de praticamente todos os entrevistados que trabalham na central de regulação do SAMU Estadual. Mesmo os profissionais médicos e enfermeiros sendo concursados públicos, referem que isso influencia no andamento do processo regulatório, conforme relatos a seguir:

[...] eu enxergo o papel dos dois, TARM e Rádio, muito importante na central. Ele no momento não tá sendo valorizado esse profissional e eles não estão se valorizando, que essa função dos atrasos de salário e tudo, eles estão fazendo o trabalho de qualquer jeito. (ER4)

Isso impacta diretamente os atendimentos à população, em virtude de profissionais que não se acham pertencentes ao quadro de trabalhadores da CR e, convergindo a isso, referem não ter qualificação para o serviço, nem treinamento adequado para tal.

Para os profissionais telefonistas (TARMs) todos referiram o preenchimento da ficha e verificação da real localização do paciente (endereço, cidade, etc.) como sendo a principal dificuldade, principalmente em municípios pequenos e no interior do Estado do RS:

O principal problema é a localização do paciente, por exemplo assim, hoje a ambulância ela poderia localizar o paciente de uma forma mais moderna, o celular tivesse um GPS, o paciente tá ligando de um problema dela lá e muitas vezes ela não sabe, muitas vezes o carro capotou no meio do mato em algum lugar e a pessoa não sabe onde ela tá. Isso seria uma coisa que seria possível. Hoje em dia até um Uber tu pede um Uber e o Uber sabe onde tu tá e a ambulância do SAMU não sabe onde a pessoa tá se ela não disser. (TARM 1)

Eu tento fazer os meus chamados em menos de um minuto, interior não tem jeito, vai pra três, porque a pessoa nunca sabe onde ela tá. Se for uma cidade pequena, nossa o bar do Juquinha é alto ponto é lá onde todos se encontram. Caixa d'água, eu não sabia que caixa d'água era uma referência muito boa, pelo visto é. (TARM 2)

Interior que a localização é mais difícil eu tento botar assim detalhezinhas, até pra equipe poder localizar. (TARM3)

Essa dificuldade do telefonista se reflete também na atuação do profissional rádio-operador, que não conseguindo encaminhar a equipe assistencial o chamado

correto terá que realizar conferência com o solicitante e retardará o atendimento àquela pessoa que está necessitando. A localização geográfica dos atendimentos e saber de onde pertence cada ambulância faz parte da competência do rádio operador:

Mandar outro saber qual é a área isso é importante para todo mundo, inclusive para os telefonistas ali quando eles abrem um chamado e quando dizem sentido a rosário é mais perto de rosário ou de São Gabriel? Para saber a localização pois a gente não sabe a localização. (RO 1)

A ausência de treinamento prévio específico ao serviço foi um obstáculo constantemente comentado por todos os profissionais da CR do SAMU RS independentemente do tempo e forma de vinculação ao serviço:

Treinamento oficial não. Me puseram, me disseram tu vai lá e aprende com aquela colega "x", vê os horários que tu pode vir que a colega pode te ensinar, e aí eu comecei a vir e aí eu achei que a colega "x" não tava me auxiliando muito bem, aí vi que tinha um colega "y" que eu achei mais qualificado e que também tinha mais disposição, até porque se eu entrasse ele poderia ir pra um outro setor; então esse colega me disponibilizou material em CD com regras. (MR4)

Não tem uma capacitação. Os médicos entram pra trabalhar aqui, eles chegam, eles não têm nenhuma capacitação, eles não têm uma reunião com o gestor e que diga "olha, assim, assim" e que mostre pra eles o que impacta uma atitude dessas. (ER2)

Os TARMs têm essa questão que eles deveriam ser melhor treinados pra entender melhor a queixa, saber um pouquinho mais de saúde. Porque assim "caído no chão" não necessariamente eu vou dar uma atenção emergencial como eu daria pra um atropelamento. (MR2)

O treinamento é muito precário, a gente pega uma pessoa crua e coloca na frente de um computador, atendendo o telefone que do outro lado da linha tem uma pessoa desesperada, gritando, pedindo socorro pelo amor de Deus pois tem um pai, uma mãe, um tio, um irmão morrendo numa situação cruel ou num acidente e aquela pessoa acaba intimidada ou só repetindo aquilo que ouviu de um profissional que não tem base para ensinar. (RO3)

Era bom se tivesse um treinamento com certeza. Seria até mais seguro pra nós. (TARM 3)

Percebe-se que os únicos profissionais que têm algum tipo de treinamento anterior à sua entrada efetiva nas atividades de regulação são os enfermeiros reguladores, principalmente os com menos tempo de vinculação pois estes são encaminhados para permanecer na mesa reguladora lendo as portarias e resoluções correspondentes ao serviço e ao lado de um profissional da mesma categoria com mais experiência. Assim, os profissionais vão realizando seu treinamento em serviço até sentirem-se em segurança para sua implicação no processo regulatório:

Todos que entraram, todos que entram deveriam ter um curso básico, é esse básico pra todos”. O médico também precisa antes de começar, assim como nós enfermeiros. Quando a gente começa um enfermeiro a gente sempre pede, a coordenação pede “lê a portaria, lê as CIBs, senta ali do nosso lado, a gente te mostra todas as pastas, te atualiza das notas técnicas, tudo. (ER4)

A necessidade de avaliar o paciente à distância, sem estar realmente enxergando e realizando a avaliação clínica do mesmo, é um dos constantes obstáculos citados pelos profissionais ao médico regulador:

O solicitante às vezes fala, mas ele atropela as palavras ou ele não conhece a pessoa direito, é um vizinho que passou mal e ele tem que passar as informações, então o médico tem que ter uma sabedoria incrível para conseguir acertar ou chegar próximo ao diagnóstico. (RO3)

A superlotação dos hospitais e outros estabelecimentos de saúde têm gerado muitos embates com relação aos encaminhamentos dos pacientes nos critérios de “vaga zero”, não sendo adotada como exceção nas situações de gravidade nas transferências inter-hospitalares:

História da vaga zero também que é uma coisa que eu não concordo, eu acho que vaga zero deveria ser uma exceção, exceção total. (MR4)

A desinformação da população de como funciona o serviço de urgência (SAMU) acaba gerando um grande obstáculo a todos os profissionais que atuam nele, pois a grande maioria da população considera que fazendo uma ligação ao SAMU 192 uma ambulância irá automaticamente para a sua solicitação e, por critérios de gravidade presumida e pela demanda aumentada de casos de baixa complexidade, as ambulâncias somente são enviadas para aqueles casos em que há realmente risco imediato aos pacientes e com critérios reais de gravidade:

[...] é responsável por triar dentre os chamados o que precisa de atendimento de ambulância, aquele que realmente é atendimento de risco e que precisa deslocar uma ambulância. Eu acho de fundamental importância ter essa triagem, primeiro porque não tem ambulância pra todo mundo e segundo que não é assistencialismo e as pessoas confundem com assistencialismo. (MR3)

A desmotivação e a desvalorização foram duas condições muito comentadas nas entrevistas como impedimento ao trabalho na central de regulação do SAMU RS. Isso deve-se a vários fatores como questão de atraso salarial, forma de

contratação, inúmeras exonerações da equipe médica, várias reclamações do não envio de ambulâncias na mídia, o desconhecimento da população sobre o serviço SAMU 192, a falta de incentivos a capacitação dos profissionais nas áreas de urgência e emergência, dentre outros:

O que eu enxergo nesse momento um descomprometimento geral. É um descomprometimento, cada profissional, cada um com seu motivo. Os telefonistas por mudança de empresa, por falta de pagamento, automaticamente eles ficam descomprometidos; os médicos por acharem que tão em poucos, não vamos entrar em detalhes de quantos devia, quantos tem, quantos não tem na escala, intervalo, não, mas por eles entenderem que eles estão sobrecarregados eles ficam descomprometidos... tanto que se viu casos, nesse período curto de tempo, que nunca se viu antes, a central sem telefonista, a central sem rádio, a central sem médico. (ER 3)

A rotatividade dos profissionais TARMs e ROs, assim como as exonerações frequentes da equipe médica também foram embaraços ao bom desenvolvimento do trabalho na CR, tendo sido muito comentados pelos profissionais nas suas entrevistas:

[...] pouco médico, muito atendimento, daí o PCR começa a ficar meio normal já; e é um desfalque bem triste sabe, porque – não tô culpando ninguém aqui, porque eu sei a gente tá fazendo o nosso melhor, a gente se vira com o que a gente tem -, mas tão deixando muito de lado essas coisas. (TARM2)

Tem muita rotatividade. E tem alguns que são mais velhos, mas estão em outros setores. Além disso também gera a insegurança [...]. Mesmo a gente sendo funcionários de terceirizada do estado eu acho importante que a gente tenha uma segurança. É complicado porque é uma insegurança, porque assim eu gosto do meu trabalho, eu adoro, mas eu não vou poder trabalhar de graça; nós ficamos dois meses sem receber nem os vales transportes, essas coisas assim.... de repente o estado fazer uma licitação mais segura, como é que eu posso te dizer, verificar realmente a empresa que eles tão contratando. (TARM3)

Nós éramos 77 e agora estamos em 23. Nós não damos conta da demanda de jeito nenhum, é revoltante, é frustrante. Ver o quanto a gente trabalha e que só falam mal da gente: o SAMU não foi, o SAMU não atendeu. Mas aí, eu acho que falta médico, sim, e falta incentivo pro médico que tá aqui. Falta médico, falta incentivo e falta capacitação pro médico que tá aqui. (MR3)

Serviço perdeu vários profissionais, médicos principalmente, enfermeiros a gente manteve o quadro, inclusive quem chegou, inclusive eu. O trabalho dos telefonistas, os TARMs na verdade e os rádios operadores também eles decaíram. (ER1)

Mesmo a Resolução CIB nº 318/17 ter respaldado o enfermeiro para acionamento das ambulâncias em situações extremamente graves, os profissionais não a enxergam como uma solução do problema da falta de recursos humanos

médicos, pois a regulação médica em si, o ato médico de regular e dizer a equipe assistencial o que a mesma deve fazer nas mais diversas situações atendidas não está ocorrendo e, muitas vezes, as equipes das unidades básicas e avançadas estão permanecendo sem a referida regulação:

A CIB deveria ser uma exceção para situações de aumento de demanda de chamados oriundos da população, não a regra. Esses chamados necessitam ser regulados após por um médico e isso, na maioria das vezes não acontece. (ER3)

A questão de trocas de gestões políticas foi relatada como um obstáculo à continuidade dos processos de trabalho na central de regulação, pois é visto como um período de mudanças nos seguimentos das demandas que estão em andamento no período da gestão em vigência:

Eu vejo que difícil é sempre essa questão política, que a coisa tá fluindo, a gente tá conseguindo, daí muda algum coordenador político, alguma coordenação política e aí parece que volta tudo pra trás. (ER4)

6.3 SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU ESTADUAL RS

Todos os profissionais entrevistados referiram necessitar de treinamento prévio à sua atuação ao serviço e sugerem tal treinamento para melhorar os atendimentos aos solicitantes do serviço de urgência e emergência. Alguns sugerem que essa preparação seja sobre os atendimentos reais, que poderiam ser gravados e apresentados aos funcionários, e que envolvessem questões relacionadas à motivação da equipe, num contexto em que as chefias orientassem e elogiassem os funcionários dedicados e esforçados nos atendimentos à população:

Nenhum chefe nunca chegou e falou “tu tá fazendo um ótimo trabalho”. Quando eu soube que eu fazia bons chamados foi uma das rádios que disse “olha, teus chamados são bem completinhos, tu sempre põe tudo certinho, os do interior são excelentes”, eu fiquei bah eu não sabia que tava fazendo um bom trabalho. Então eu gravaria áudios ou vídeos de pessoas atendendo, como é que é, antes de botar ela ali, pelo menos pra ela... e pegar uns chamados bem feios, coisa trágica, com grito, pra pessoa ver “vai ter ruim”, vão gritar contigo e vão tentar te dizer o que fazer. (TARM2)

Isso demonstra a importância do retorno e do reconhecimento pelo trabalho realizado, evidenciando que esse feedback na central de regulação aos profissionais deveria ser um mecanismo inclusive de avaliação do seu trabalho pelas instâncias superiores.

Outra sugestão foi a necessidade de conhecimento do sistema como realmente funciona, como chega o chamado à equipe assistencial pelo smartphone (como mostra no visor aos profissionais das USAs e USBs), como uma visitação da base descentralizada para verificação de como as equipes recebem as informações da central de regulação e como se comportam com esses dados que são transmitidos:

Os profissionais de nível médio (telefonista auxiliar de regulação médica e rádio-operador) acreditam na importância de ter um treinamento específico voltado para a saúde como facilitador do trabalho dentro da central de regulação pois veriam o que realmente é urgente. A maioria dos profissionais não têm experiência alguma com a área da saúde e foi aprendendo no dia a dia essa função, identificando alguns sinais e sintomas mais comuns em determinadas situações clínicas e sinalizando como “acreditam” ser necessário um atendimento com mais rapidez ao profissional de nível superior. Acreditam que tendo mais noção de situações básicas da área da saúde agilizariam o atendimento aos usuários do SUS:

[...] não tenho especialidade em nenhuma, tenho só o 2º grau completo. Só que tu já fica mais esperta, tipo “tá entortando a boca”, os sintomas que a gente sabe mais ou menos que é um AVC, uma parada “tá parando de respirar”, “não tá respirando mais”, aquela coisa. (TARM3)

Outro item apontado foi a necessidade de padronização de algumas condutas pelos profissionais:

Facilitaria bastante. As vezes o solicitante acaba falando o que tá acontecendo com a pessoa e nós não sabemos e gritamos brevidade ou alguma coisa assim e sendo que não é tão necessário; de repente tu acaba te informando um pouco melhor. (RO2)

Foi evidenciada a necessidade de acompanhamento psicológico aos profissionais que atendem diariamente pessoas solicitando algum tipo de atendimento para sua urgência e emergência:

Eu acho importante porque assim a gente tá lidando com vidas, a gente tá lidando com tragédias, por mais que tu seja profissional e tente ser fria na hora do chamado aquilo fica na tua cabeça. (TARM3)

Propõem algum tipo de capacitação na área da saúde voltada à utilização de códigos e terminologias que seguidamente não entendem, mas que muitos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores utilizam no seu cotidiano:

[...] vou te dizer, ontem uma equipe queria regular, mas o Mike ele tava em atendimento, aí disseram “me passa o Mike 23”, aí eu perguntei pra um colega “o que é Mike 23?”, aí ele respondeu “é a enfermeira”, “muito obrigada, porque agora eu tô sabendo o que é Mike 23. (TARM 4)

As equipes assistenciais utilizam consideravelmente a forma de comunicação de rádio chamada código Q, utilizada no início do século XX a fim de facilitar a comunicação entre os navios britânicos por radiofrequência. Quando se iniciou o SAMU 192, utilizava o sistema de radiofrequência para comunicação das equipes; por isso essa forma de comunicação ainda persiste no meio pré-hospitalar.

Como os profissionais trabalham constantemente em situações de estresse, sob pressão de muitas formas (dos usuários, das equipes, entre os próprios colegas na central de regulação e dos gestores), foi bastante sugerido acompanhamentos psicológicos para aliviar tais situações, dissolver constantes conflitos que urgem durante os atendimentos e melhorar a paciência e empatia dos profissionais que lidam com essas situações na central de regulação:

[...] é um treinamento assim, tipo de psicólogo também, e fazer a questão com mais agilidade no formulário. Dar um apoio pros atendentes, até pros próprios médicos, um psicoterapeuta e um treinamento melhor pra essas pessoas. (TARM 4)

Tem horas que eu chego em casa e tá será que morreu por minha causa? Por que eu podia ter gritado mais alto e falado? Depois eu pego e digo, tem que ser não é para pensar nisso. (RO 1)

A realização de reunião de equipe entre todos os profissionais para uniformidade de informação, para estabelecimento de fluxos e troca de experiências e vivências, com discussão de casos e fatos que acontecem na regulação em serviço foi amplamente recomendada:

Eu acho que a equipe tem que ter uma reunião, a equipe que trabalha junto e as pessoas conversarem e as pessoas colocarem as coisas e, inclusive se for possível, o que que acham, o que que acham que tá ruim pra o serviço fluir bem. Então, acho que isso aqui é uma deficiência, acho que deveria ser feito a reunião do grupo de trabalho e conversar como é que tá indo, como é que tá funcionando pra melhorar. Extremamente necessária essa reunião, até pra ti unificar as coisas, tentar criar um protocolo de fluxo ou tentar aliviar as tensões de ambos os lados, porque a gente tá trabalhando junto, a gente tem que melhorar o clima, tem que melhorar o fluxo, uma coisa tá junto da outra. (MR1)

Houve a insinuação de membros da equipe que tivesse uma maneira de discussão de casos online, parecido com o se tem na telessaúde da atenção primária, com o foco na alta complexidade com moldes de consultoria, principalmente nas mais frequentemente utilizadas: traumatologia, cardiologia e neurologia.

Consultoria que tu liga e oh, eu tô assim, assim, assado, só manda pelo smart e o que que eu faço aqui, porque na atenção primária tem o telessaúde. (MR2)

A contratação de profissionais com conhecimento na área da saúde acabou sendo sinalizada como uma proposta na melhoria das ações na regulação:

Se eles tivessem uma formação de técnico em enfermagem seria bem válido, porque as vezes tu vê que eles não conhecem nem os sintomas que eles tão escrevendo, eles escrevem tão errado o sintoma que eles nunca ouviram aquela palavra na vida. Podia ser técnico da enfermagem, estudantes da área da saúde, estudantes de enfermagem, estudantes de fisioterapia, estudantes de nutrição, gente com alguma conexão, algum preparo, pelo menos conhecer as palavras, porque a gente vê erros grotescos de escrita e a culpa não é deles. (MR3)

A valorização dos profissionais como estratégia de qualificação nos atendimentos aos solicitantes despertou uma sugestão de melhorias no processo regulatório, sensibilizando o profissional como pertencente ao local de trabalho e reconhecendo a importância de cada um dentro da regulação:

Se tu quiser um bom trabalho tu tem que valorizar o funcionário, tem que pagar bem e em dia, tu tem que contratar uma boa empresa pra ter bons telefonistas, tem que treinar os telefonistas, tem que explicar pra eles que eles não podem. (MR4)

Sensibilizar as pessoas, em primeiro lugar. Equilibrar as escalas de trabalho, então preenchendo adequadamente onde deveria e depois essa sensibilização, o valor, a importância de cada um aqui dentro do serviço, capacitar essas pessoas pra elas também poderem agirem de forma diferente talvez. (ER1)

Alguns integrantes da equipe consideram como sugestão a ampliação da resolução CIB nº 318 de 2017, de modo a permitir que o enfermeiro possa realizar mais atividades em conjunto com a equipe médica, seguindo alguns protocolos aprovados em serviço, visando a otimizar a mesa reguladora e atender de maneira mais ágil as inúmeras solicitações que entram diariamente na central de regulação:

Mais atribuições pra vocês aliviaria o trabalho pra gente. (MR2)

[...] orientação “só um pouquinho senhor que eu vou atrelar pra minha enfermeira” e eu atrelo pra vocês e ao contrário, vocês atendem “não, perai, é de maior complexidade, só um pouquinho que eu vou atrelar pro meu médico. (MR3)

[...] em 2011, eu fiz um “follow up” no Canadá, eu fiquei dois meses lá e foi uma das coisas que eu mais me surpreendi foi como a enfermagem é inserida no sistema de saúde, porque eu saí de um lugar em que a enfermagem tá mais na parte burocrática e eu cai num sistema, em que o nosso é baseado, em que... a enfermeira da nossa unidade era a Rose, Rose Marie, excelente; ela atendia junto com a gente. (MR3)

Fica muito centralizado, fica tudo se o médico não atende, se o médico não resolve, se não tem médico, se só tem um médico é tudo centrado só no médico. Então eu acho que poderia descentralizar mais, o enfermeiro ter uma articulação maior com as equipes que tem médico também. (ER2)

Outra sugestão oriunda dos médicos reguladores seria que as regulações de “Vaga Zero¹” fossem pela Central de Leitos Estadual, desonerando o SAMU, visto que a demanda de trabalho para os atendimentos de socorro e transportes extrapolam os recursos humanos disponíveis:

Se todas as vagas zeros fossem pra Central de Leitos, muita coisa melhoraria. (MR2)

¹Vaga Zero: prerrogativa do médico regulador da central regulação do SAMU conforme Portaria do Ministério da Saúde 2048/2002 (BRASIL, 2002).

7 DISCUSSÃO

A grande competência do médico regulador em realizar a orientação da conduta das equipes assistenciais que estão na ocorrência dos atendimentos está se perdendo devido à falta destes profissionais na central de regulação, gerando incapacidade de atendimento às equipes no tempo ágil para melhorar a qualidade de assistência prestada e respaldo da equipe assistencial quanto à telemedicina. Esse papel de orientar as equipes assistenciais e verificar a clínica do paciente, medicando e autorizando no procedimento de condutas é a principal função da regulação médica. Isso é considerado um ato médico e precisa ser priorizado na central de regulação do SAMU RS.

Mostra-se nas entrevistas a importância da humanização da assistência, nos atendimentos, mesmo nas situações de urgência e emergência que requer presteza e agilidade:

[...] que eles têm que ser um pouquinho mais humanos, algumas, mas não todas. Porque a gente é muito humano aqui. (RO1)

Há em várias falas um reconhecimento de que o profissional enfermeiro tem um conhecimento específico mais profundo na área de pré-hospitalar relacionada à gestão do processo inteiro, pactuações entre os municípios e o estado, além de que, muitos dos enfermeiros atuaram nas emergências intra-hospitalares ou, em algum momento da sua vida profissional, trabalharam dentro das ambulâncias nos atendimentos pré-hospitalares móveis. Isso facilita muito o processo de assessoramento nos conflitos e situações que ocorrem na central de regulação do SAMU RS.

[...] papel fundamental que é pra auxiliar os médicos, os atendentes e pra fazer o trabalho andar. Embora sejam os médicos ali, o enfermeiro é o que dá diretriz. Orientação pro médico, orientação pro rádio, também faz fluir ali os atendimentos quando o médico tá muito atarantado ali, muita gente, muito atendimento. (TARM4)

Outro fator que constantemente se apresentou nos dados coletados foi a desmotivação dos profissionais, principalmente os médicos reguladores e alguns outros de nível médio, gerando várias exonerações e um aumento da rotatividade no quadro desse pessoal. Os enfermeiros permaneceram os mesmos e alguns se

agregaram ao processo nos últimos dois anos devido ao aumento das atividades dentro da central de regulação do SAMU RS. Para resolver este problema o gestor estadual está contratando novos profissionais médicos através de um processo seletivo emergencial, realizado no final de 2018. Também está modificando a forma de contratação dos telefonistas e rádio-operadores, de modo que estes profissionais deixarão de ser contratados através de empresas privadas em processos licitatórios para serem contratados por uma fundação pública de direito privado: a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. Por esta Fundação Hospitalar está tramitando o processo seletivo simplificado que ainda não foi finalizado.

Sugere-se que, futuramente, se realize uma reavaliação das entrevistas referentes à questão relacionada à desmotivação e à contratação dos profissionais para verificar se houve mudança nos sentimentos dos profissionais que atuam no serviço de regulação das urgências.

Os entrevistados expressaram um sentimento de culpa com relação ao não envio da ambulância num tempo hábil a ocorrência do chamado de socorro, principalmente quando o desfecho é a morte do paciente. Isso acaba gerando uma aflição no momento da verificação dos resultados dos atendimentos e mesmo antes, quando todos os profissionais de ensino superior estão atendendo as ligações e algum socorro surge como primordial para encaminhamento urgente de algum recurso ou orientação. Por isso a importância de um acompanhamento psicológico a todos os profissionais que trabalham sob pressão diariamente dentro do serviço.

Outro ponto bem importante amplamente comentado foi a ausência de um treinamento aos profissionais novos que ingressam no serviço ou aqueles que estão já em atividade de aprimoramento. Ter um espaço para reuniões e discussões das situações apresentadas na central de regulação, com a participação de todos os profissionais envolvidos são fortes pontos levantados por praticamente todos os entrevistados.

A educação interprofissional como espaço de aprendizagem na saúde está sendo difundida e comentada em trabalhos publicados na atenção básica, nas unidades de saúde da família e nas residências multiprofissionais. Porém, esse assunto é pouco discutido na área de urgência e emergência, seja no pré-hospitalar fixo ou móvel (SAMU). Uma das estruturas integrantes do componente pré-hospitalar são as centrais de regulação, na qual estou inserida como profissional da área. O modelo assistencialista, pensado em separação de áreas de conhecimento, em

fragmentação de profissões, atuando cada um na sua competência delimitada não consegue dar conta na integralidade do cuidado aos pacientes/famílias/comunidades e tampouco fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS). Costa (2017) refere que essas segmentações de saberes associada a centralização do cuidado, ao aumento de tecnologia na saúde para evidenciar cada vez mais diagnósticos e terapêuticas diversificadas são barreiras que se apresentam na mudança do modelo de saúde e isso também se reflete na formação dos profissionais da área que atuam na ponta do acesso da assistência. A reflexão constante sobre a formação dos profissionais para atingir ou se aproximar de um modelo que visa a integralidade do cuidado e das ações está sempre no eixo central das discussões e debates sobre a teoria e prática da assistência nas diferentes profissões da saúde.

Ainda segundo Costa (2017):

O processo de fortalecimento e consolidação do SUS, exige um movimento permanente de reflexão das práticas em saúde e também do modelo de formação de seus profissionais, sendo incoerente fazer esses dois debates separadamente. A formação dos profissionais de saúde precisa manter coerência com o projeto de fortalecimento do sistema de saúde. O processo de construção de uma nova lógica das práticas de saúde deve ser acompanhado por um modelo de formação em saúde que sustente essas práticas.

O conceito de competência colaborativa está descrito por Costa et al. (2015) trazendo à tona como fundamental para que se consiga trabalhar em equipe, onde há a pungência pela troca de saberes e onde a educação interprofissional se faz necessária para robustecer tais competências. Nesta definição mais recente sobre competência colaborativa se apresenta a ideia de aprendizagem compartilhada, sendo evidente a necessidade de, além de agruparmos diferentes profissões num mesmo local, termos uma adequada interatividade entre as mesmas (COSTA, 2017).

Para que os profissionais da saúde consigam trabalhar em equipe e exercer suas competências colaborativas faz-se a necessidade de trabalhar alguns elementos na sua formação. A simples alteração na diretriz curricular nacional dos cursos de graduação a partir de 2001 não significa modificação in loco para o trabalho integrado entre as profissões. Tem que existir a intencionalidade da colaboração, do estabelecimento das competências colaborativas, centralizando no processo em si de trabalho, com o objetivo comum de melhorar o atendimento ao usuário do serviço de saúde. Isso converge com a opinião de Costa (2017, p. 17

apud Reeves; Hean, 2013) sobre o aspecto de que a colaboração permanece sendo esperada no processo de trabalho, como algo que traz a implicação de outras mudanças no serviço.

Ainda há muita confusão entre os termos “multiprofissional”, “interprofissional”, “multidisciplinar”, “interdisciplinar”. Costa et al. (2015, p.713) referem que:

O uso do radical ‘disciplinar’ se refere a campo ou núcleo do conhecimento ou de estudo, enquanto o ‘profissional’, a campos ou núcleos de práticas. Associada a esses radicais, há a adoção dos prefixos ‘inter’ e ‘multi’, que traduz o nível ou intencionalidade de articulação/interação entre diferentes áreas do conhecimento ou de práticas.

A perspectiva ‘multidisciplinar’ e ‘multiprofissional’ aponta para relações independentes entre diferentes áreas do conhecimento ou de práticas, respectivamente. Já a lógica ‘interdisciplinar’ ou ‘interprofissional’ está associada à ideia de que diferentes campos do conhecimento e de práticas interagem entre si, de forma colaborativa.

Acredito que o cerne que falta nas áreas de urgência e emergências, mais especificamente no pré-hospitalar, no âmbito da formação e atuação profissional, é a escassa integração ensino-serviço-aprendizagem nesta área. Dificilmente encontramos residência multiprofissional ou campo de estágio integrando os conhecimentos entre os diferentes atores que agem neste setor na área da saúde. Ainda existe o entendimento na área do pré-hospitalar de que para um atendimento otimizado e qualificado há a necessidade de incorporar um modelo de assistência hospitalocêntrico e tecnológico (no sentido da utilização da tecnologia relacionada ao alto padrão de diagnóstico) nesta área da chamada “alta complexidade do sistema de saúde”.

Conforme cita Almeida-filho (2011):

[...] o SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido.

Esta mudança está sendo delineada com mais afinco e reflexão desde a alteração da Diretriz Curricular Nacional dos cursos de graduação, porém, para que isso ocorra de maneira verídica, mais integrada e articulada, há a necessidade de mudança também na formação dos docentes dos cursos de nível superior, de uma

política de educação permanente aplicável a todos os envolvidos no processo integrando todos os elementos que compõe essa política: o usuário do sistema, o profissional de saúde e a gestão. A própria Secretaria Estadual da Saúde (SES) do estado do Rio Grande do Sul apesar de possuir uma instituição de grande renome para a educação, a Escola de Saúde Pública do Estado, ainda não tem parcerias integrando a docência com o Departamento Estadual de Regulação, notando-se claramente que necessitamos desta integração com as instituições de ensino que existentes, tanto no nível técnico quanto a nível de ensino superior.

Associado ao conceito de competência colaborativa já descrita acima, temos que também entender o trabalho como atividade viva, onde o trabalhador da saúde está inserido em constante transformação, sendo inventado e reinventado a todo momento e com trocas de conhecimentos (SANTOS-FILHO, 2007). Acredito que as pessoas que atuam na urgência e emergência não refletem sobre a importância da vinculação desta área dentro do campo e atuação da saúde coletiva, onde é pensado sobre as práticas profissionais transformadoras, aquém do individualismo. A saúde coletiva atualmente tem dialogado com os movimentos ideológicos contemporâneos, o Movimento da Promoção da Saúde e o da Nova Saúde Pública (PAIM, 2006). Conforme Santanna e Hennington (2010):

A incorporação de conceitos desses novos movimentos ideológicos impôs e impõe, ao campo, novos saberes e, conseqüentemente, novas práticas com a finalidade de transformar o olhar individualista do campo da saúde, fortalecido pelo paradigma biomédico, para dimensões mais coletivas, com objetivo de motivar mudanças sanitárias e sociais.

A educação interprofissional requer mais que uma simples mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde. Requer uma qualificação e sentimento do verdadeiro trabalho em equipe, de abordagem colaborativa entre as diferentes profissões e uma inovadora forma de pensar e atuar na área da saúde. Essa maneira de educação nos cursos de graduação traz uma modificação das práxis do profissional, onde o mesmo incorpora na sua ação a empatia pelo colega de trabalho, pelo usuário do sistema de saúde e reconhece no outro a ressignificação dos papéis exercidos na busca das reais necessidades dos usuários deste sistema de saúde.

Na central de regulação do SAMU RS estamos vivenciando uma construção da educação interprofissional, com modificação de um modelo proposto por uma

portaria com definições desatualizadas, como a Portaria 2048 de 2002 (regulamento técnico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -SAMU), a qual não define o trabalho em equipe como integração e sim como trabalho de determinadas categorias profissionais com funções preestabelecidas e estanques, cada um na sua “caixinha” de saberes. Está ocorrendo, ainda que com parcimônia, uma valorização do conhecimento e da sabedoria de cada trabalhador da saúde inserido no complexo regulador do SAMU estadual, emergindo pelos próprios profissionais que ali atuam.

Conforme Camara, Grosseman e Pinho (2015) temos indícios na literatura do sucesso da implementação da educação interprofissional relacionada a educação permanente em serviço, na melhoria da capacidade de identificar essas relações gerando uma melhor resolutividade aos pacientes. Agregando a isso podemos utilizar a definição de ensino-serviço referido por Albuquerque et al. (2008, p. 357):

O trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/ satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Necessitamos desmitificar cada dia mais a ideia de que educação permanente em saúde, educação interprofissional e cuidado humanizado e empático aos pacientes somente é pertinente a atenção básica. Devemos escrever e aprimorar inovações de práticas de trabalho, de desenvolvimento de estratégias e metodologias ativas, integrando ações entre os profissionais de saúde de diferentes áreas mas com competências colaborativas que qualificam o trabalho em equipe, assim como devemos agregar essas práxis na integração ensino-serviço através de parcerias com entidades sólidas de educação, visando atingir os pilares da educação interprofissional: a identidade, a atenção centrada no paciente e o trabalho e equipe.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A central de regulação do serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio Grande do Sul tem profissionais oriundos da área e não oriundos da área da saúde, condizente com a portaria do Ministério da Saúde que regulamenta o serviço (BRASIL, 2002). Observa-se, em tal portaria, uma desatualização quanto as competências dos integrantes desta equipe multiprofissional na atualidade, visto que o trabalho real, do cotidiano percebido, não está aparecendo na legislação. Há uma limitação na portaria que regulamenta esse serviço, apresentando como componentes da equipe somente três categorias profissionais: telefonista auxiliar de regulação médica, radio-operador e médico regulador.

Deve-se refletir sobre a associação e integração na formação (graduação) dos diferentes profissionais da saúde com os serviços de saúde que atendem os pacientes, sendo um primeiro passo para trabalharmos as competências colaborativas. Esta discussão está ocorrendo há muitos anos pelo Brasil e desabrochou mais com o conceito de Redes de Atenção à Saúde. Atualmente percebe-se uma deficiência nesta integração entre ensino-serviço do departamento de regulação do estado do Rio Grande do Sul, que aos poucos está sendo palco para pesquisas de diferentes instituições de educação, visto que é um departamento considerado um enorme observatório de saúde do estado.

Temos que pensar numa outra forma de trabalhar e num diálogo entre os saberes profissionais para realmente pensar em regulação na saúde como uma maneira de trabalharmos a universalidade, a equidade e a integralidade no SUS. Refletir sobre como o trabalho está acontecendo: o trabalho real, com suas nuances e suas redefinições, e o trabalho pré-definido (trabalho protocolado).

Os objetivos da pesquisa foram plenamente alcançados através das entrevistas semiestruturadas, sendo um momento para a construção de espaços aos próprios trabalhadores da central de regulação para repensar sua forma de atuação e como ocorrem as interações entre todos os membros da equipe.

Verificamos uma nítida integração entre todos os profissionais que atuam na central de regulação e um início de interprofissionalismo, visto que a atividade multiprofissional está sendo desenvolvida há aproximadamente dez anos com o acréscimo de um outro profissional no processo regulatório: o enfermeiro.

Pelas entrevistas e falas dos próprios membros da equipe que compões a central de regulação do SAMU Estadual, há uma clara premência de um espaço para diálogo e discussão das situações diversas que emanam diariamente no serviço. Todos os entrevistados referem que, pelo aumento de demanda do cotidiano em suas funções e por não enxergarem este anseio como uma necessidade evidenciada pela gestão até o momento, não há uma organização para estes momentos de discussão sobre os inúmeros casos vivenciados e que seriam muito pertinentes para a melhoria e qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Evidencia-se, apesar de algumas resoluções importantes ao SAMU-RS terem sido aprovadas e publicadas em Diário Oficial do Estado há mais de 01 ano, há um desconhecimento da maioria dos atores no processo regulatório sobre o motivo de estar acontecendo os acionamentos pelo grupo de enfermeiros. Os protocolos simplesmente ocorrem e os profissionais, considerando a demanda aumentada e constante do serviço, enxergam tais resoluções e protocolos como algo para agilizar o atendimento aos usuários e serviços de saúde sem se atentarem no porquê isso estar ocorrendo e se têm respaldo em legislação vigente para este desempenho.

A Central de Regulação do SAMU do Estado do RS está evidenciando novas competências colaborativas entre os atores do processo regulatório. E tais competências estão em transformação de um trabalho multiprofissional para interprofissional. Estamos apenas no início de uma grande construção e diálogo sobre o trabalho coletivo e sobre a maneira de melhorarmos a qualidade da assistência aos que utilizam o sistema único de saúde.

9 PRODUTOS TÉCNICOS VOLTADOS ÀS DEMANDAS EVIDENCIADAS NESTE TRABALHO

Com base nos resultados deste trabalho de pesquisa, propomos a construção de quatro produtos técnicos (alguns já concluídos e outros em andamento), todos voltados a um plano de intervenção, com o intuito de contribuir para a melhoria dos processos de regulação do serviço pré-hospitalar móvel de urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul:

A. Publicação de um capítulo no livro *Enfermagem no Trauma* conjuntamente com outros colaboradores de vários estados do Brasil, publicado em novembro de 2018 (1ª edição), sobre o enfermeiro nos sistemas de regulação para atendimento no trauma.

B. Promover junto ao Núcleo de Educação das Urgências (NEU-RS) um programa de capacitação dos profissionais de ensino médio que estão atuando na central de regulação do SAMU RS, com participação de todos os demais profissionais da mesa reguladora a fim qualificarmos a equipe de TARMs e rádio-operadores;

C. Publicação de um Manual de Competências Profissionais (apêndice 3) dos membros integrantes da mesa reguladora do SAMU RS, sendo disponibilizado ao gestor Estadual para compartilhamento no site da SES RS, sugerindo que divulgue tal manual num link específico vinculado ao SAMU 192, com acesso de todos os públicos possíveis, servindo como um meio eletrônico de educação em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde.

D. Apresentação ao COREN-RS sobre a função do enfermeiro dentro da regulação do SAMU Estadual RS, no 1º Encontro da Enfermagem: Cuidando nas Urgências e Emergências, em 05/12/2018, e posterior encaminhamento ao Conselho Federal de Enfermagem e à Câmara Técnica das Urgências, vinculada ao Ministério da Saúde, para discussão dos profissionais que compõem a mesa reguladora.

REFERÊNCIAS

- ALBANESE, M. A. et al. Defining characteristics of educational competencies. **Medical Education**, v. 42, n. 3, p. 248-255, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02996.x>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000300010>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, jun. 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60326-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60326-7)>. Acesso em: 06 nov. 2017.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p.331-345, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>>. Acesso em: 06 nov. 2017.
- AURÉLIO, **O mini dicionário da língua portuguesa**. 4ª edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7ª Impressão – Rio de Janeiro, 2002.
- BAHIA. FEIRA DE SANTANA. **Atuação do Enfermeiro na Central de Regulação**. 2012. Disponível em: <<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/samu192/protocolos/Protocolos180512.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOLLELA, V. R. Mind the gap! **Medical Education**, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 519-519, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03073.x>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. DOU, Brasília, 26 jun. 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portarias de Consolidação**: Normas do Gabinete do Ministro. 2017. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm#>. Acesso em: 05 nov. 2018.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta A Lei Nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, Que Dispõe Sobre O Exercício da Enfermagem, e Dá Outras Providências. DOU, Brasília, 09 jun. 1987.
- BRASIL. **Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade Por Acidentes e Violências. DOU, Brasília, 18 maio 2001. Seção 96.

BRASIL. **Portaria GM Nº 2048 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. DOU, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta A Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Para Dispor Sobre A Organização do Sistema Único de Saúde - Sus, O Planejamento da Saúde, A Assistência à Saúde e A Articulação Interfederativa, e Dá Outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). DOU, Brasília, 08 jul. 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Supremo Tribunal Federal (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Atualizada até a EC n. 96/2017. Brasília: Secretaria de Documentação, 2017.

CAMARA, A. M. C; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 19, n. 1, p.817-829, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

COSTA, M. V. da et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 19, n. 1, p.709-720, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

COSTA, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 12-27. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

COELHO, M.M. F.; MIRANDA, K. C. L. Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a prática educativa de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, [s. L.], v. 5, n. 2, p. 1714-1721, maio 2015.

CUNHA, D. M.; ALVES, W. F. Da atividade humana entre paideia e politeia: saberes, valores e trabalho docente. **Educação em Revista**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 17-34, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-46982012000200002>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

DESTRI JUNIOR, Jorge; VALENTE, Amir Mattar. A logística no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). In: XXV ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 2005, Porto Alegre. **Encontro Nacional**. Porto Alegre: ABEPRO, 2005. p. 4526 - 4532.

ELLIOT, P. An approach to integrated rescue. **QMC - Queensland Mining Council**, 2000.

FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M.; FERNANDES, M. F. P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 40, n. 3, p. 434-438, 2006.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências : um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

FRASER, S. W.; GREENHALGH, T. Complexity science: Coping with complexity. **British Medical Journal**, [s. l.], v. 323, n. 7316, p. 799-803, 6 out. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7316.799>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=98&data=28/08/2014>>. Acesso em: 04 abril. 2017.

MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa. **Educação & Sociedade**, [s. l.], v. 19, n. 64, p. 50-86, set. 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-73301998000300003>>. Acesso em: 01 out.2018.

MILNER, R. J.; GUSIC, M. E.; THORNDYKE, L. E. Perspective: Toward a Competency Framework for Faculty. **Academic Medicine**, v. 86, n. 10, p. 1204-1210, 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/10000/Perspective__Toward_a_Competency_Framework_for.16.aspx> Acesso em: 10 dez. 2018.

NAGHETTINI, A. V. et al. Breaking barriers: a competency-based framework for promoting the integration of the pediatrician's education. **J Pediatr (Rio J)**, v. 87, n.6, p. 529-34, nov.-dec. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22170302>>. Acesso em: 01 out.2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Competency in nursing**. Genebra: ONU, 2003.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

PINHEIRO, A. C. S.; RITTA, S. T.; RODRIGUES, P. V. Enfermeiro Regulador: o papel inovador da Central de Regulação: I Encontro Regional de Atendimento Pré-Hospitalar do SAMU 192 Fortaleza. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE REGULAÇÃO MÉDICA. **Pôster e Apresentação Oral**. Fortaleza: Anais, 2011.

PINHEIRO, A. C. S. et. al. O enfermeiro nos sistemas de regulação para atendimento no trauma. In: SANTOS, M. N. dos; SILVA, W. P. da. (orgs.). **Enfermagem no Trauma: atendimento pré e intra hospitalar**. Porto Alegre: Moriá, 2019, p. 53-67.

REEVES, S.; HEAN, S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of interprofessional care, Abingdon**, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2013.

RUAS, R. et al. **Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, É. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 14, n. 32, p. 207-215, mar. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010000100017>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizaus. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. B. (orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007, p. 73-96.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.721-725, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009000400020>.

SILVA, A. M. da. **Competências para o gerenciamento em enfermagem: revisão de literatura**. 2009. 48 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/24328>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

SILVA, M. V. S. et al. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 560-567, set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452011000300016>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

SCHWARTZ, Y. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octares editions, 2000.

TANI, Valter Z. **SAD baseado em caminhos mínimos e georeferenciamento**: uma ferramenta de apoio ao serviço de regulação médica. 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VARGAS, R. O.; WALL, M. L; PERES, A. M. Metodología de la problematización aplicada a la disciplina de la gestión en enfermería. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 30, n. 2, p. 269-276, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017.

VILARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com. Ciências Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

ZARIFIAN, P. O modelo de competência e suas consequências sobre as ocupações profissionais. **Papéis de trabalho do grupo de trabalho sobre reestruturação produtiva da CUT**. São Paulo, n. 5, p. 1-14, out. 1998.

GLOSSÁRIO

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH): qualquer atendimento de saúde com equipe móvel realizada fora de um serviço de saúde.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB): instância de pactuação entre o gestor Estadual e os gestores Municipais. Definem as regras e fluxos, conformes portarias e legislações vigentes, para a gestão compartilhada no SUS.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS (CIR): instância de pactuação entre os gestores municipais para definição de regras e fluxos, conforme portarias e legislações vigentes, para a gestão compartilhada no SUS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS (CR): estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO (DOE): é um jornal criado, mantido e administrado pelo governo estadual para publicar as literaturas dos atos oficiais.

ENFERMEIRO REGULADOR (ER): profissional de nível superior enfermeiro que trabalha na central de regulação e participa do processo regulatório junto aos demais profissionais que exercem suas atividades na central de regulação.

MÉDICO REGULADOR (MR): profissional de nível superior médico que trabalha nas centrais de regulação e por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, orienta e ordena o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção em Saúde.

MOTOLÂNCIA: motocicleta tripulada com um técnico ou enfermeiro com habilitação para conduzir moto.

RÁDIO-OPERADOR (RO): profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos na Portaria Ministerial nº 2048 de 2002.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU): regulamentado pela Portaria Ministerial nº 2048 de 2002. Acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM): profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais.

UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA): ambulância tripulada por um condutor, um enfermeiro e um médico.

UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB): ambulância tripulada por um condutor e um técnico de enfermagem.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): ambiente hospitalar de alta complexidade para pacientes com gravidade importante, onde é monitorado os sinais vitais do paciente constantemente.

ANEXOS

ANEXO 1: RESOLUÇÃO CIB-RS Nº 318/17

A Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais, e considerando: o Decreto Estadual nº 42.368, de 29 de julho de 2003, que institui o Programa Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar para Urgência e Emergência, alterado pelo Decreto Estadual nº 43.348, de 16 de setembro de 2004; a Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; a Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192); a Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências; a Portaria GM/MS nº 1.473, de 18 de julho de 2013, que altera os valores mensais a serem repassados pelo Ministério da Saúde previstos na Portaria GM/MS nº 1.010/2012; o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem no Atendimento Móvel de Urgência e Emergência – SAMURS, aprovado pelo DEFISC-COREN-RE em novembro de 2015; que o SAMU 192 é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; que a Central de Regulação das Urgências é uma estrutura física constituída por profissionais (médicos, enfermeiros, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, e que também ordena o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; a anuência do Grupo Condutor Estadual das Urgências e Emergências na reunião de

20/06/2017; a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 07/07/2017.
RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a utilização, conforme Anexo, do Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves.

Art. 2º - O Protocolo de Acionamento Automático, de acordo com a necessidade e as especificidades de cada Região e de cada Central de Regulação, poderá ser utilizado pelas 05 (cinco) Centrais de Regulação do SAMU implantadas no Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Bagé, Caxias do Sul, Pelotas e Central Estadual).

Art. 3º – Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação. Porto Alegre, 10 de julho de 2017.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

ANEXO 2: RESOLUÇÃO CIB-RS Nº 450/18

A Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais, e considerando: o Decreto Estadual nº 42.368, de 29 de julho de 2003, que institui o Programa Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar para Urgência e Emergência, alterado pelo Decreto Estadual nº 43.348, de 16 de setembro de 2004; a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; o Decreto Federal nº 7.508, 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a Nota Técnica nº 02, da Coordenação Estadual do SAMU, revisada em julho de 2015, que regula a operacionalização de Transporte de Pacientes Graves; o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem no Atendimento Móvel de Urgência e Emergência – SAMURS, aprovado pelo DEFISC-COREN-RS em novembro de 2015; a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28/09/2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde; a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28/09/2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde; a Resolução nº 318/2017 – CIB/RS, de 10/07/2017, através da qual foi aprovada a utilização do Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves; a Resolução nº 05/2018 – CIB/RS, de 18/01/2018, através da qual foram readequadas as Diretrizes Estaduais para Organização da Rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul; a pactuação realizada na reunião CIB/RS, de 10/10/2018.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a inclusão no Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves, conforme Anexo, do Protocolo de Triagem e Acionamento pelos Enfermeiros de Transporte de Pacientes Graves em USA SAMU 192.

Art. 2º - O transporte de pacientes graves, até 200 km, nas Regiões e Municípios que contam com Unidade de Suporte Avançado/USA é responsabilidade do SAMU,

de acordo com a Resolução nº 05/2018 - CIB/RS. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA DA SAÚDE Art.

3º - A triagem para realização de transporte de pacientes graves poderá ser realizada também pelos enfermeiros da Central Estadual e, nos casos em que o leito estiver confirmado, o acionamento será da mesma forma realizado por esses profissionais, observados o Delta – tempo resposta e o protocolo específico da Nota Técnica nº 02, disponível no site da SES.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de publicação. Porto Alegre, 19 de outubro de 2018.

FRANSCISCO A. Z. PAZ

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

APÊNDICES

APÊNDICE 1: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Identificação (categoria profissional):
2. Sexo:
3. Idade:
4. Tempo de Atuação no SAMU:
5. Como você percebe seu papel na Central de Regulação do SAMU Estadual?
Descreva suas competências profissionais.
6. Como você percebe o papel dos demais profissionais dentro da Central de Regulação do SAMU Estadual (TARM, RO, Enfermeiros)?
7. Quais são as suas principais dificuldades no exercício da sua profissão no seu local de trabalho?
8. Você conhece a CIB 318/17 (Protocolo de Acionamento Automático)? Como você vê essa atividade na Central de Regulação do SAMU Estadual?
9. Se você pudesse modificar alguns entraves no processo regulatório, o que você modificaria?

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo descrever, na percepção de cada profissional atuante na Central de Regulação do SAMU Estadual, suas competências e as percepções dos demais colegas de trabalho, nas atividades exercidas. Sou estudante do curso de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estou realizando esta pesquisa sob supervisão do professor Dr. Danilo Blank. A pesquisa foi apreciada e está sendo acompanhada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFRGS, telefone (51)3308-3738 ou email etica@propesq.ufrgs.br e pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, telefone (51)3901-1532, para maiores esclarecimentos e dúvidas.

Sua participação será voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Caso você concorde em participar, realizarei uma entrevista semiestruturada, no seu local de trabalho e no momento do seu intervalo, não gerando custos e/ou ressarcimentos a sua participação. Gravarei a entrevista, se assim você permitir, e a mesma terá a duração aproximada de 60 minutos. Você não será exposto a riscos durante a entrevista e, se sentir desconfortável em responder as questões perguntadas, terá absoluta liberdade em se negar em respondê-las sem nenhum prejuízo. Neste caso, qualquer informação referente à entrevista não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para os desistentes.

Este trabalho não apresenta riscos aos entrevistados referentes ao estudo e, mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente contribuirá para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico quanto a dinâmica de trabalho na Central de Regulação do SAMU Estadual.

Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora Andréa Cristiane da Silva Pinheiro, email andrea-pinheiro@saude.rs.gov.br telefone 51993431165 ou pelo coordenador da pesquisa Danilo Blank, email blank@ufrgs.br telefone 5198044094 pela entidade responsável PPGENSAU-MP/FAMED, fone 3308-5599.

Assinatura da pesquisadora

Local e Data: _____

Assinatura do prof orientador

Local e Data: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

**APÊNDICE 3: MANUAL DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DA CENTRAL DE
REGULAÇÃO DO SAMU ESTADUAL RS**

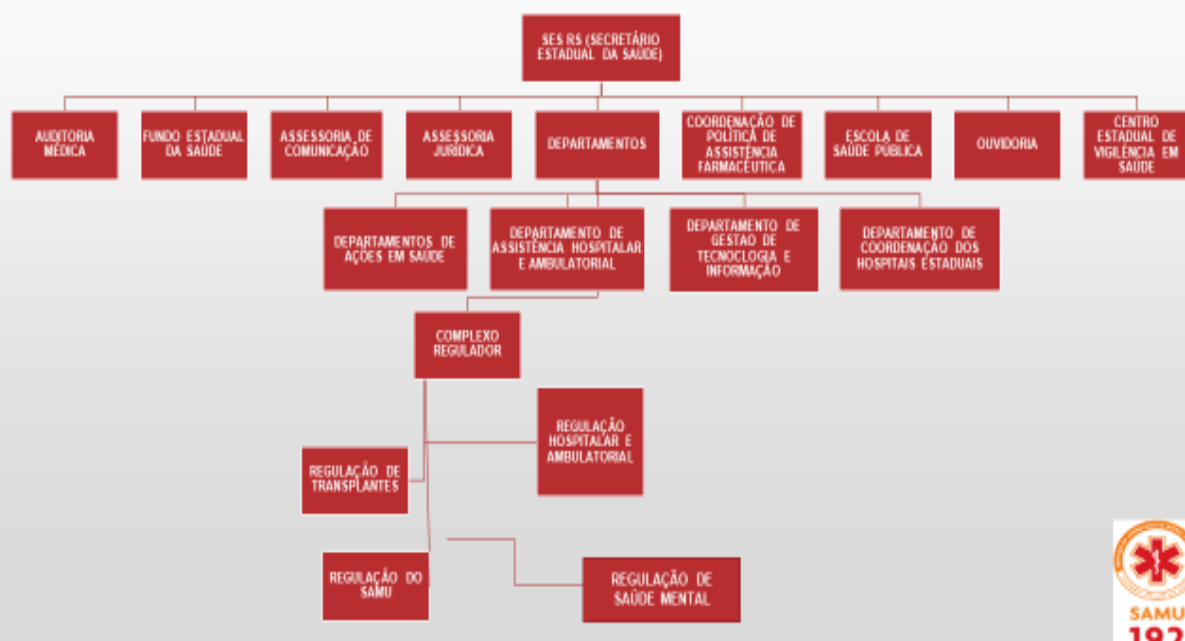


COMPOSIÇÃO DO MANUAL

1. ORGANOGRAMA DA SES
2. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO SAMU NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E AMBULÂNCIAS REGULADAS PELA CENTRAL ESTADUAL
3. FLUXO DE ATENDIMENTO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU RS
4. INTEGRANTES DA CR DO SAMU RS
 - 4.1. TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)
 - 4.2. RÁDIO OPERADOR (RO)
 - 4.3. MÉDICO REGULADOR
 - 4.4. ENFERMEIRO REGULADOR



1. ORGANOGRAMA DA SES - RS



2. DISTRIBUIÇÃO DO SAMU NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Central de Regulação	Pop. Atendida	%	N.º Mun	Nº Bases
Estadual	7.276.925	65	267	142
Bagé	183.204	1,6	5	5
Caxias	534.787	4,7	2	2
Pelotas	615.384	5,5	11	11
Porto Alegre	1.472.482	13,3	1	1
Total Pop. Atendida	10.082.782	90,1	286	161
Total População do RS	11.207.274	100	497	

- TOTAL DE AMBULÂNCIAS: 222 VEÍCULOS, SENDO 187 COM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E CONDUTORES E 35 COM MÉDICO, ENFERMEIRO E CONDUTORES.

IBGE, 2014



3. FLUXO DE ATENDIMENTO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU RS



4. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) RS

4.1. TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)

4.2. RÁDIO OPERADOR (RO)

4.3. MÉDICO REGULADOR

4.4. ENFERMEIRO REGULADOR



4.1. TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA (TARM)

- ❖ Receber o primeiro contato de quem faz ligação para o SAMU 192 solicitando socorro.
- ❖ Realizar a abertura do chamado no sistema informatizado da central de regulação.
- ❖ Ter agilidade, proatividade, calma e empatia no atendimento aos profissionais internos e externos ao serviço e demais solicitantes.
- ❖ Coletar informações sobre a solicitação de atendimento: município de origem, endereço (o mais completo possível, com referências do local da ocorrência), o motivo da solicitação, nome do solicitante, nome do paciente (se possível), idade aproximada.
- ❖ Confirmar o recebimento do paciente com o médico do destino nas solicitações de transportes inter-hospitalares.



4.2. RÁDIO OPERADOR (RO)

- ❖ Comunicar a ambulância de suporte básico ou avançado sobre o atendimento através do sistema informatizado (chamado encaminhado diretamente por smartphone à equipe) ou através de ligação telefônica;
- ❖ Operacionalizar a localização das ambulâncias do SAMU para que as mesmas estejam disponíveis num menor tempo possível aos usuários do SUS.
- ❖ Ter agilidade, proatividade, calma e empatia no atendimento aos profissionais internos e externos ao serviço e demais solicitantes.
- ❖ Solicitar apoio aos órgãos de segurança pública quando solicitado pelo médico ou pelo enfermeiro regulador do SAMU.
- ❖ Fazer a interlocução entre todos os profissionais do SAMU (equipes assistenciais e na central de regulação).



4.3. MÉDICO REGULADOR

- ❖ Ter agilidade, proatividade, calma e empatia no atendimento aos profissionais internos e externos ao serviço e demais solicitantes.
- ❖ Triar das solicitações de atendimentos que entram na central de regulação, encaminhando o melhor recurso se necessário ou orientando o solicitante outros meios para resolução do seu problema de saúde.
- ❖ Orientar às equipes assistenciais e os profissionais de saúde das portas de urgência e de outras unidades de saúde.
- ❖ Avaliar as solicitações de transportes entre instituições de saúde seguindo critérios onde haja necessidade de transporte com Unidade de Suporte Avançado (ambulância medicalizada).
- ❖ Seguir as pactuações existentes entre os gestores municipais e estadual para fornecimento do recurso mais adequado à sobrevivência do paciente.
- ❖ Realizar a regulação médica por tele-medicina das equipes assistenciais de suporte básico e avançado de vida.



4.4. ENFERMEIRO REGULADOR

- ❖ Ter agilidade, proatividade, calma e empatia no atendimento aos profissionais internos e externos ao serviço e demais solicitantes.
- ❖ Gerenciar o processo regulatório, fornecendo apoio técnico assistencial a todos os profissionais da rede SAMU (equipes assistenciais, portas de entrada nas urgências, unidades de saúde, gestores municipais e equipe da central de regulação).
- ❖ Assessorar o médico regulador sobre as pactuações disponíveis aos pacientes na rede de urgência e emergência.
- ❖ Participar do acionamento das equipes assistenciais através das resoluções CIB-RS nºs 318/17 e 450/18 (disponível no site <http://www.saude.rs.gov.br/cib>).
- ❖ Participar dos cursos de capacitação e qualificação dos núcleos de educação permanente (NEPs) municipais e núcleo de educação das urgências (NEU) estadual.
- ❖ Realizar visitas técnicas nas bases descentralizadas do SAMU RS, assim como das ações da Política de Urgência e Emergência.
- ❖ Atualizar a grade de referências de todos municípios do Estado do RS com as pactuações de alta complexidade na rede de urgência e emergência, assim como a rede de apoio de saúde dentro do mesmo (assistência social, central de ambulância municipal, polícias federal e estadual, bombeiros, guarda municipal, conselho do idoso, conselho tutelar, etc.).



NENHUM DE NÓS É TÃO BOM QUANTO TODOS NÓS JUNTOS!