

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

LUANA SANT' ANNA MARTINS

**POTENCIALIDADES E/OU DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO
DAS DIRETRIZES DA POLITICA DE URGENCIA E EMERGENCIA: o
cotidiano dos processos de trabalho na CRUE/RS.**

Porto Alegre

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

LUANA SANT' ANNA MARTINS

**POTENCIALIDADES E/OU DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO
DAS DIRETRIZES DA POLITICA DE URGENCIA E EMERGENCIA: o
cotidiano dos processos de trabalho na CRUE/RS.**

Pesquisa apresentada como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão II do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Lisiane Boer Possa

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO GERAL	7
2.1. Objetivos Específicos.....	7
3. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICAS	7
4. A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS DIRETRIZES	10
4.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	11
5. METODOLOGIA.....	16
6. CRONOGRAMA.....	18
7. ORÇAMENTO	21
8. REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O tema geral desta pesquisa foi a Rede de Urgência Emergência (RUE). A proposta da análise aqui pretendida foi refletir sobre o cotidiano do trabalho na Central de Regulação de Urgências do Rio Grande do Sul (CRUE/RS). A CRUE/RS atua nos atendimentos das situações de urgência e emergência, tendo como objetivo central agilizar os procedimentos necessários para o cuidado das pessoas em tempo hábil para a garantia da vida (BRASIL, 2013).

A RUE é uma rede temática que tem como objetivo atender aos principais problemas de saúde dos usuários em situação de urgência e emergência de forma resolutiva. Conforme o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) as três principais causas de morte no país são: as doenças cardiovasculares; as neoplasias; e as causas externas. Faz-se necessário que o setor saúde atue em articulação inter setorial propondo e executando políticas que possibilitem o cuidado adequado ao perfil epidemiológico de morbimortalidade brasileiro (Brasil, 2013).

Verifica-se que o número de acidentes de trânsito e violências estão crescendo consideravelmente, principalmente entre jovens até 40 anos. Acima desta faixa, observa-se uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, resultado do aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas (Brasil, 2013).

Para atender as demandas de cuidados em saúde, que respondam ao perfil epidemiológico e demográfico acima descrito, a implementação da RUE como política pública universal é de suma importância. Através desta rede de atenção propõe-se articular e integrar todos os equipamentos e ações de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde. Ou seja, garantir o cuidado de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, considerando a diversidade das realidades loco-regionais (BRASIL, 2013)

A Central de Regulação Médica de Urgências, um dos componentes da RUE, é um serviço em que atuam os profissionais médicos, telefonistas

auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO) capacitados para atender aos chamados telefônicos, providenciar o acesso aos Serviços Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e aos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência e emergência. As Centrais de Regulação são regionalizadas com a finalidade de ampliar o acesso à atenção (BRASIL, 2013).

Como estudante de Saúde Coletiva e trabalhadora da CRUE/RS exercendo a função de TARM pude perceber, no meu cotidiano de trabalho, algumas situações que me oportunizaram refletir sobre a implementação da RUE. Dentre estas situações destacam-se os desafios para a que os princípios e diretrizes da política de urgência, tais como equidade, integralidade e universalidade, sejam efetivamente orientadores do cotidiano do trabalho nas CRUEs.

Observou-se em especial a grande dificuldade para que as diretrizes que norteiam a política saiam do papel. No meu cotidiano de trabalho, fui tomada por um estranhamento, pois, verifico que em muitos momentos, as atividades que vivencio na CRUE/RS, são exercidas de forma contrária as perspectivas de cuidado que aprendi durante o curso do bacharelado em saúde coletiva. Curso que incentiva a nós estudantes, desde o primeiro semestre, termos um olhar crítico diante das dificuldades enfrentadas pelas pessoas para o acesso à saúde em nossa sociedade.

Acredito que a partir da descrição e análise de casos concretos do cotidiano dos serviços de regulação de urgência e emergência possa contribuir com a reflexão sobre os processos de trabalho na CRUE em que eu atuo e nas demais centrais. Desejo que estas reflexões tenham o sentido e a potência de despertar nas equipes o desejo e possibilidades de reorganização dos processos de trabalho para a ampliação de respostas qualificadas aos usuários dos SUS. A pergunta que orientou esta pesquisa foi: Quais as potencialidades e/ou dificuldades para a implementação das diretrizes da política de Urgência e Emergência evidenciam-se cotidiano dos processos de trabalho vivenciados na CRUE/RS?

O objetivo que norteou o estudo realizado foi, portanto, o de descrever e refletir sobre as potencialidades e dificuldades para a implementação das diretrizes da Política de Urgência e Emergência, a partir de casos exemplares vivenciados no cotidiano de trabalho da equipe na Central de Regulação das Urgências do Estado do Rio Grande do Sul.

Para detalhar e contextualizar a problemática proposta nesta pesquisa, na sequência serão apresentados conceitos norteadores para a análise de implementação de políticas públicas e um breve histórico e descrição da política pública de urgência e emergência e a metodologia utilizada. Por fim são apresentados os casos vivenciados no cotidiano de trabalho que possibilitaram expressar as potencialidades e dificuldades de implementação da política de urgência e emergência.

2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O ciclo de políticas públicas conforme Lima e D'Ascenzi (2013,p.101) é definido em fase: formulação, implementação e avaliação. A fase da formulação é composta pelos processos de definição e escolha dos problemas que merecem a intervenção estatal, produção de soluções ou alternativas e tomada de decisão. A implementação refere-se à execução das decisões adotadas na etapa prévia. A avaliação consiste na interrogação sobre o impacto da política.

No entanto, essas fases não representam a realidade da execução de uma política, uma vez que deve haver uma interação entre a intenção (expressa no plano) e os elementos dos contextos locais de ação. Com isso, é considera-se que é imprescindível integrar os dois elementos principais – formulação e implementação – e, portanto, necessário que haja uma conexão entre as duas atividades (Leite, 2013).

“Os implementadores adaptarão o que espera-se que seja feito (norma formulada na política) ao que conseguem (ou querem) fazer, portanto, reformulam a política no cotidiano. Os recursos que os implementadores dispõem afetam a interpretação do plano e sua implementação. A estrutura e a dinâmica dos espaços de trabalho são elementos importantes que conformam a percepção dos atores locais e sua ação”(LEITE,2013,p.106).

Desse ponto de vista, considera-se que o contexto local tem forte influência na execução da política. Tal modelo, que promove a separação das políticas públicas em fases, formulação, implementação e avaliação, muitas vezes não incluem o olhar dos atores que experimentam a política, pois, as mesmas geralmente são pensadas de maneira vertical. (FREY, 2000; MULLER & SUREL, 2002; SECCHI, 2010, apud LIMA, LUCIANA LEITE; LUCIANO,D'ASCENZI 2013)

Esta sequência de etapas é realizada de maneira fragmentada, pois, em cada uma delas são atores diferentes que são protagonistas. No entanto, “[...] os valores dos atores influenciaram a execução das políticas públicas na medida em que conformaram sua compreensão sobre o problema social e sobre a forma de confrontá-lo” (LEITE,2013, p.101). Portanto, reconhece-se

que todos os envolvidos formulam, implementam e avaliam as políticas públicas no cotidiano da sua execução.

A relação entre a formulação e implementação de políticas públicas, baseia-se na relação entre os que pensam e para quem pensam. No entanto, muitas vezes as políticas de nível macro, ou seja, políticas para todo o país desconsideram as particularidades de cada território onde será de fato experimentada. Uma política após ser implementada deve ser avaliada constantemente, geralmente as políticas são pensadas de maneira ascendentes. “Acredita-se que o sucesso da implementação decorre da clareza e aceitação dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam a política, saibam e concordem exatamente com o que se espera deles” (LEITE,2013,p.103). O processo de implementação tem características específicas:

“[...]em primeiro lugar, há uma multiplicidade de atores de diferentes tipos de organizações com interesses diversos, que são agregados para operar a política. Tais atores interagem em uma trajetória de pontos de decisão nos quais suas perspectivas se expressam. Em segundo lugar, os atores mudam com o passar do tempo. Isso faz que a interação também mude, pois mudam as perspectivas e a percepção que um ator tem do outro. Essa mudança de atores insere pontos de descontinuidade e de necessidade de novas e mais negociações” (LEITE,2013,p.103)

A ideia é atingir um determinado objetivo, mas a norma da política formulada não contam com imprevistos, talvez por não poder expressar o conjunto do território. Não contam com o fracasso, somente com sucesso. Nem sempre consideram ideias, valores, interesses e concepções de mundo dos atores que influenciam diretamente no desenvolvimento do processo de implementação. Os implementadores exercem uma grande influencia, pois são os responsáveis pela execução da política, e podem interferir no andamento do processo.

Necessário que ocorra processo de avaliação e (re) formulação permanente, pois a norma da política quando confrontada com o local de ação depara-se com as dificuldades inerentes a experiência cotidiana. Analisar as políticas é um processo realizado para entender as dificuldades, detectar os problemas e intervir com o objetivo e trazer melhorias (Lima e D’Ascenzi, 2013).

A trajetória e o processo de implementação são influenciadas: a) pelas características e o conteúdo do plano; b) pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e; c) pelas ideias, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores (LEITE,2013,p.109).

E são esses aspectos que este projeto pretende examinar ao descrever e refletir sobre a experiência da implementação da RUE no cotidiano de um serviço. Para tanto, cabe apresentar a política que está em análise e suas diretrizes, o que será feito no próximo capítulo.

3. A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUAS DIRETRIZES

A partir do ano 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgência foi reformulada com a pretensão de melhorar a organização da assistência, definir fluxo da rede de urgência e emergência, a fim de promover universalidade do acesso, garantindo a integralidade do cuidado aos usuários, considerando as causas externas, violências e outros agravos que dependem de atendimento imediato para evitar o risco eminente de morte (BRASIL, 2013).

Em julho de 2011 a Portaria nº 1.600 reformulou a política e instituiu a Rede de Atenção de Urgências e Emergências (RUE) no SUS. A RUE atua em diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental entre outras. É composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência.

São os componentes da RUE: “I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar” (BRASIL, 2011, p.).

O Quadro 1 apresenta as diretrizes previstas na Política Nacional de implementação da RUE.

Quadro 1: Diretrizes da implantação da RUE

DIRETRIZ DA IMPLEMENTAÇÃO DA RUE
Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
Ampliação do acesso com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
Classificação de risco;

DIRETRIZ DA IMPLEMENTAÇÃO DA RUE
Regionalização da saúde e atuação territorial;
Regulação do acesso aos serviços de saúde;
Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégicas prioritárias;
Centralidade nas necessidades de saúde da população;
Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
Participação e controle social;
Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: BRASIL, 2011 e construção deste trabalho.

Estas são as diretrizes estabelecidas para serem implementadas em qualquer dos componentes da RUE. O próximo capítulo apresentará o componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, objeto desta pesquisa.

3.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, chamados Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), são acionados por telefonia de discagem rápida (número 192) e está é a face pública das CRUEs. São conhecidos como SAMU 192 e foram normatizados no Brasil a partir de 2003. Caracterizam-se, SAMU e CRUEs, por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem,

garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde (CICONET,2008; TELES, 2017).

Esses serviços, que configuram-se como portas de entradas principais para os acontecimentos de urgência, formam um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, e foram reforçados pelo Decreto nº 7.508/2012. Essas publicações constituem um importante avanço na organização do sistema de urgência e emergência do País. Estas regras foram fundamentais para a proposição da estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências. Também contribuíram para a implantação dos processos de regulação, que pretendem garantir a eficiência na organização dos fluxos de atendimento e no cuidado das pessoas cotidianamente, qualificando assim o sistema de saúde como um todo (CICONET,2008; TELES, 2017).

Segundo Teles.

Países que organizaram seus sistemas de atendimento às urgências, independentemente do modelo adotado, apresentaram relativamente bons resultados em termos de diminuição da morbimortalidade. (TELES,2017,p.52)

O SAMU e as CRUEs mostram-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2013, p.25)

O Ministério da Saúde ao iniciar a implementação da política pelo componente pré-hospitalar móvel parte do pressuposto de que as Centrais de Regulação de Urgência, por constituírem observatórios privilegiados do Sistema de Saúde, são elementos potenciais de organização dos fluxos da atenção às urgências, e ferramentas importantes de inclusão e garantia de acesso universal e equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza. Sua função principal é a de receber as demandas de agravos urgentes à saúde, oriundas da população, por isso as CRUEs servem

como relevante ferramenta para o planejamento e gestão dos serviços (CICONET, 2008).

“O SAMU é controlado, em todo país, por 210 centrais de regulação, que estruturam o atendimento realizado por equipes multiprofissionais com o apoio de 3.108 ambulâncias⁵ e que possibilitam o estabelecimento de uma importante comunicação entre o sistema de saúde e o público, cujo chamado de socorro deve ser acolhido, priorizado e atendido no menor tempo possível” (TELES, 2017, p.52).

O SAMU, segundo Paiva (2011), responde pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população durante as 24 horas do dia, discagem gratuita 192, via Central de Regulação Médica. Esse sistema foi baseado no modelo francês. Toda população pode solicitar, nas regiões que contam com SAMU 192, também são realizados atendimentos nos casos em que necessite transferir um paciente entre serviços, quando a complexidade do caso exigir.

“Nesse sistema de atendimento, a Central de Regulação exerce papel fundamental: seus agentes têm subsídios que permitem organizar e qualificar a relação entre os vários serviços de saúde e direcionar o fluxo de pacientes no sistema, considerando-se as especificidades e capacidade de atendimento das unidades de pronto atendimento e hospitais do Município” (PAIVA, 2011, p.304).

A Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, define as atribuições dos profissionais para o funcionamento dos SAMUs e CRUEs. No entanto, as competências e habilidades requeridas para a atuação desses profissionais não são abordadas nos cursos técnicos, de graduação e especializações existentes no país. (PAIVA, 2011) .

“A implantação dos SAMU no Brasil impôs a organização de grupos de trabalho para operação do serviço. A maioria dos serviços procurou compor seu quadro de pessoal com profissionais que já tinham alguma experiência na área de urgências, sem, entretanto, possuir vivência específica no atendimento pré-hospitalar móvel. O desafio de formar e/ou qualificar esses profissionais foi-se impondo em face das necessidades da área, com suas especificidades importantes” (CICONET, 2008, p.660).

A CRUEs se organizam através de dois processos para o atendimento ao público. Um deles recebe as ligações das pessoas da comunidade, é o conhecido 192. Para atender as chamadas originadas pelos profissionais de saúde que atuam no território de abrangência da central há um ramal telefônico

específico. Essas chamadas, quando não são identificadas como trote, são encaminhadas para avaliação de um médico regulador (PAIVA, 2011).

Nas CRUEs operam basicamente quatro perfis profissionais: Técnico Auxiliar de Regulação Médica conhecido como telefonista; Médico Regulador; Rádio-operador e Supervisor. Paiva (2011), explicita as atribuições desses profissionais.

“Inicialmente, uma escuta qualificada com acolhimento de todos os chamados é realizada pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM). Este tem como atribuições atender as ligações, identificar o solicitante e o local do evento, o motivo do chamado e repassar tais informações ao médico regulador. A partir de então, este último julga a gravidade da solicitação e define a conduta que pode ser traduzida em três modalidades de atendimento: aconselhamento sobre sua doença, orientações de encaminhamento à unidade hospitalar mais próxima por recursos próprios ou liberação de uma unidade móvel para prestar seu atendimento. Visando a garantir acesso e recurso mais adequado a cada necessidade, o Médico Regulador exerce atividades técnicas, administrativas, e de gerenciamento de conflitos e poderes. Quando a solicitação de atendimento gera o deslocamento de uma equipe, os dados referentes à avaliação do paciente e identificação da necessidade de realização de procedimentos técnicos são monitorados pelo médico regulador. Sua conduta pode ser transmitida aos profissionais de saúde pelo rádio, tanto na forma direta quanto indireta por meio do Rádio-Operador. Estes opera tanto sistemas de rádio-comunicação como de telefonia, e controla, operacionalmente, a frota de ambulâncias. Para o bom exercício de suas funções, deve ter conhecimento das principais vias de acesso da área de abrangência do serviço e a situação de cada veículo da frota. Por fim, o supervisor é responsável por elaborar escalas dos TARM e despachantes, controlar a frequência dos mesmos, divulgar as estatísticas dos atendimentos, resolver problemas com equipamentos da central, dentre outros. (BRASIL, 2006, p.50 apud PAIVA, 2011, p.305).

Paiva (2011) demonstrou as atribuições básicas da central de regulação de um SAMU. Destaca-se a regulação médica de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorrem até os diferentes serviços da rede e a cobertura de catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas. É necessário que os profissionais tenham conhecimento da situação real de todos os serviços de urgência do município, as atividades envolvem informações em tempo real, cujas respostas exigem decisões rápidas e gravação contínua de todas as solicitações e condutas exercendo a telemedicina, seus trabalhadores operam, simultaneamente, terminais de computadores e/ou equipamentos de rádio comunicação e utilizam, além da tecnologia, o saber e a experiência como instrumentos de trabalho.

No entanto, para que essa política responda efetivamente para a qualificação do cuidado de urgência observa-se alguns entraves na sua implementação. Teles (2017) aponta problemas estruturais relativos a insuficiência de leitos especializados, dos dispositivos de referência e dos recursos financeiros. Esse autor também salienta as disparidades na implementação da política nos municípios brasileiros e a dificuldade para que as diretrizes organizativas do SUS no campo da urgência e emergência sejam realidade nos territórios. Com base nestas constatações este estudo busca, a partir da experiência cotidiana, contribuir para a produção de conhecimento que elucidem as dificuldades da implementação desta política.

4. METODOLOGIA

Para responder aos objetivos propostos neste estudo, que tem como tema central a implementação das diretrizes da Política de Urgência e Emergência, optou-se pela metodologia qualitativa.

“(…) à pesquisa qualitativa que visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais” (MINAYO, 2006, p. 23).

Considera-se que essa metodologia é adequada para elucidar, portanto os processos da implementação de políticas de urgência e emergência. Principalmente ao reconhecer-se que estes processos são influenciados, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços em que ocorrem, bem como pelas ideias, valores e concepções de mundo dos implementadores.

Desta forma, para encontrar as respostas sobre as dificuldades e potencialidades da implementação das diretrizes da política em análise, faz-se necessário aproximar-se do cotidiano dos implementadores, sendo, portanto, o ensaio de experiência a estratégia de pesquisa adotada para esse estudo.

Segundo Larrossa (2004), ao ensaiar sobre a experiência o ensaísta expõe, no sentido ativo o que vive no presente, sendo participe da experiência relatada. Busca a partir do relato crítico refletir sobre as formas de pensar, falar e viver, ou seja, mescla-se crítica e auto-crítica sobre o vivido no cotidiano.

Neste caso, trata-se da possibilidade da sanitarista em formação sistematizar o conhecimento sobre a sua experiência como técnico auxiliar de regulação médica, que atua numa CRUEs. Portanto, a partir dos casos ilustrativos vivenciados, descrever e analisar a estrutura e dinâmica da CRUE e dos processos de trabalho em que atua, bem como, os valores, ideias e concepções de mundo expressos nos fazeres dos implementadores, e desta forma, evidenciar as dificuldades e potencialidades da implementação das diretrizes da política de urgência e emergência em uma experiência concreta.

Os casos que ilustram as potencialidades e dificuldades para implementação da RUE serão apresentados nos próximos capítulos.

5. UM CASO EM SAÚDE MENTAL: a loucura vista e produzida como violência

Diariamente em minhas atividades como TARM atendo casos de demanda em saúde mental, o que denominamos de surtos, e observo como o nosso cotidiano tem sido impactado pela dificuldade de articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental, ou seja, pela falta de relação entre essas duas políticas. Observo o tipo de atendimento que tem sido oferecido a população que sofre com problemas mentais e o (des)preparo do SAMU para atender esses casos, que passaram a integrar as demandas da rede de atendimento de urgência em saúde mental após a reforma psiquiátrica.

Em um determinado dia uma mãe entra em contato com o SAMU informando que seu filho de 17 anos está em crise, segundo suas informações o rapaz estava muito agitado e agressivo e, a mesma, não sabia o que fazer para acalmá-lo. É necessário contextualizar que nestes casos, como é de procedimento, o médico regulador libera a equipe com destino a residência do paciente e junto com a equipe a Brigada Militar que sempre vai aos casos de surto, mesmo não havendo nenhum preparo para atender estes casos, os profissionais da segurança são acionados. A regra estabelece que a equipe de saúde só vai até o local mediante a este acompanhamento, inclusive quando não há a equipe de segurança disponível para o atendimento a equipe de saúde aguarda sua disponibilidade para se deslocar até o local do evento.

Neste dia as duas equipes se deslocaram até a casa do paciente que estava munido de uma faca de cozinha ameaçando as equipes. O profissional da área da segurança, que é portador de arma de fogo, ao deparar-se com a sena disparou contra o adolescente em surto atingindo a perna. A violência gerada pelos profissionais que foram acionados para o cuidado, revela o despreparo para conduzir a situação. Esta deveria ser baseada em diálogo para acalmar o paciente, usando a interação e um tipo de terapia não repressiva de um modo a visualizar como um doente e não um marginal, neste caso faz-se necessário a negociação e não violência.

Essa situação é apontada por BONFADA e GUIMARÃES (2012), ao analisar a atenção em saúde mental nos casos de urgência. Segundo os autores:

“A crítica é relativa ao despreparo policial e, acima de tudo, ao uso indiscriminado de medidas extremas em situações de crise ou de urgência psiquiátrica, nas quais os sujeitos mostram-se até certo ponto cooperativos ou abertos ao diálogo, à interação e à adoção de medidas terapêuticas que visem à vivência positiva daquele momento tão traumático” (BONFADA e GUIMARÃES, 2012, p.229)”.

A mãe do rapaz assistindo toda aquela confusão desmaia e a situação de um surto para uma mulher desmaiada e um surto atrelado a um ferimento por arma de fogo, com a teoria de que a loucura deve ser corrigida com violência. Observa-se, neste caso o despreparo para atender casos em saúde mental bem como o medo dos profissionais de saúde, que ainda reproduzem a estratégia de cuidado relacionada a “segurança” e geram a repressão e a violência como intervenções frequentes realizadas por esses profissionais. Trata-se, também de uma certa transferência de responsabilidade por parte dos setores simplesmente colocam no atendimento trabalhadores não habituados e capacitados a atenderem casos de sofrimento psíquico.

“O serviço de atenção à saúde mental, principalmente durante as intervenções em crise, requer dos profissionais envolvidos conhecimento, competências, técnicas e habilidades singulares, porém a carga horária supracitada para a capacitação dos profissionais do SAMU na atuação em situações de crise e urgência/emergência psiquiátrica é ínfima diante dessas necessidades “[...] um profissional despreparado pode tomar medidas inapropriadas, com base na emoção da situação, no seu próprio medo e nos seus preconceitos relacionados ao sujeito em sofrimento psíquico (BONFADA e GUIMARÃES, 2012, p.230 e 231)”.

E por não estarem preparados para atenderem os casos de saúde mental acabam não realizando o que de fato a reforma psiquiátrica preconiza para melhorias na assistência desses pacientes, “[...] nega ou não pratica aquilo que a atenção à crise mais necessita, ou seja, empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade (JARDIM, 2008 apud Bonfada, 2012 p. 229)”.

Esse caso ilustra que uma das alternativas para a qualificação do cuidado em saúde mental é a formação dos profissionais, acredita-se que

desde a graduação e também em cursos técnicos, os estudantes devam ter uma aproximação com a Saúde Mental para a desconstrução de que louco deve ser contido e é perigoso, pois, muitas vezes o trabalho é realizado com alternativas que pode até utilizar no limite a contenção química ou física, métodos que muitos profissionais desconhecem. Também podemos observar que as pessoas que solicitam o serviço têm dificuldade de conviver com algo que é diferente, elas que analisam conforme o comportamento do paciente se chamam ou não o SAMU. Quando elas identificam que a pessoa esta com um comportamento que elas não consideram normal acionam o serviço, que em muitos casos poderia ser evitado, mas nossa sociedade tem a dificuldade de suportar as manifestações da loucura.

O que destaca-se neste que é que é:

“[...] importante para que os profissionais de saúde do SAMU, que lidam com essas situações extremas, não transfiram sua responsabilidade ao Corpo de Bombeiros ou à Polícia durante as ocorrências psiquiátricas, sem qualquer critério e com base somente no medo e em uma má interpretação da Portaria 2048/GM, que aponta para a possibilidade de intervenção dessas corporações (BONFADA E GUIMARÃES, 2012 p.232)”.

É importante ressaltar que além dos profissionais, os familiares que durante um tempo tem convívio com uma pessoa que é considerada “normal” e que passa a ter crises apresentando problemas psiquiátricos, também não estão preparados para ter um “maluco”. Os familiares também têm alteração no comportamento com relação ao doente, aquela pessoa que estavam acostumados a conviver e que tinha um comportamento “adequado” e passa a ter um comportamento contrário àquilo que estavam habituados, ou seja, a pessoa deixa de existir, dando lugar a um “louco”, nenhuma família esta preparada para esta transformação, e cabe aos profissionais de saúde estarem preparadas para intervir nessas situações.

6. OS “MENOS CIDADÃOS PRESIDÁRIO” E A DIFICULDADE DA IGUALDADE NO CUIDADO

Na manhã do dia 21 de dezembro de 2016 o presídio do município de Getúlio Vargas foi incendiado, segundo o agente penitenciário que contatou SAMU foi relatado que presos colocaram fogo com o objetivo de provocar uma rebelião, o fogo atingiu a penitenciária e este incidente acarretou em mortos e feridos devido à inalação de fumaça e queimaduras.

Recebemos muitas ligações solicitando socorro, pois vários moradores da região ligavam com o objetivo de agilizar a ida da ambulância. A equipe de TARM'S contava com 8 atendentes conforme a escala diária. Uma colega falou que o SAMU não deveria ir neste chamado, pois os presidiários não merecem socorro. Percebe-se que este tipo de ligação são as geram nos profissionais um julgamento de merecimento do cuidado. Por tratar-se de uma população privada de liberdade automaticamente inferimos um juízo de valor, o comum é produzir a seguinte conclusão: “se esta preso fez coisa errada, não presta, pode morrer, menos um marginal em nossa sociedade”.

Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial n. 1.777, de 9 de setembro de 2003, cujo objetivo é prover à população penitenciária brasileira a atenção integral à saúde e sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo serviço de urgência prestado pelo SAMU.

Conforme a Constituição Federal afirma que no art.196 a assistência à saúde é um direito de todos os indivíduos, incluindo pessoas vivendo em cárcere

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”
BRASIL (1988) apud MOURÃO (2015).

Com isso a lei enfatiza que não pode haver exclusão nos atendimentos prestados pelos serviços de saúde e que profissionais são preparados para atender toda população, o que é um grande desafio para garantir as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, trata-se da necessidade de

“minimizar ações que venham a estimular a discriminação e o preconceito, além do respeito aos princípios éticos e legais de sua profissão (MOURÃO, 2015 p.54)”.

Mais estudos devem ser realizados com a finalidade de mostrar a realidade da população privada de liberdade, propiciando também a conscientização dos estudantes de todas as áreas de atuação, em especial da saúde, sobre a necessidade e a importância de uma saúde mais igualitária, a todo cidadão brasileiro, independentemente de à qual população esta seja prestada MOURÃO (2015).

Surge à seguinte questão entre os atendentes, quem merece ser atendido pelo SAMU? E esta questão precisa ser abordada para que se produza cuidado igualitário e equitativo no cotidiano dos serviços.

Vivemos em uma sociedade em que nos consideramos pessoas de bem, andamos corretamente conforme as leis e normas que regem nosso país, os cidadãos que cometem infração ocupam o sistema carcerário, são privados de liberdade e são considerados não merecedores dos benefícios ofertados. Cabe destaque que, mesmo que com profissionais que persistem em apresentar julgamentos preconceituosos, o SAMU foi direcionado para o presídio e realizou o socorro das vítimas, demonstrando em alguma medida que a regra do cuidado e da defesa incondicional da vida, apesar do posicionamento de muitos profissionais, neste caso prevaleceu.

7. O DESAFIO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: a clínica que ignora as determinações sociais dos processos saúde doença

Com muita frequência a CRUE/RS recebe chamadas de gestantes em trabalho de parto solicitando atendimento do SAMU, conforme a Política de Atenção da Rede de Urgências e Emergências, o atendimento das gestantes pelo SAMU deve atender “[...] trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte” (BRASIL, 2013,p.25)

Segundo Monteiro o SAMU “(...) representa um importante instrumento para redução das complicações dos casos de urgência e emergência, principalmente os referentes a complicações obstétricas, através da prestação de um atendimento rápido e eficiente” (2016, p.137).

Observo, com frequência que os médicos que regulam o atendimento questionam quantos filhos a gestante possui e orientam que as gestantes devem reservar um valor para solicitar um táxi no momento do trabalho de parto, enfatizando que o SAMU não é um serviço de transporte, e sim um serviço de urgência ignorando que uma mulher em trabalho de parto seja prioridade. Sabe-se, no entanto, que em situações de risco da mãe e do feto, que são necessárias intervenções imediatas realizadas pela assistência especializada (SMELTZER; BARE, 2009 apud MONTEIRO,2016,p.137)

Observa-se, no entanto, que em muitos casos a questão da gravidade se quer é questionada. Também é importante destacar que a CRUE/RS atende a demanda de municípios com população pequena, o que torna a estrutura de assistência ao parto da cidade dependente de outros municípios da região. Muitas vezes, as suas referencias para casos obstétricos, as questões sociais também são um impeditivo para que as gestantes tenham locomoção e acabam pedindo auxilio para o SAMU,

“(...) é importante destacar que as pessoas que vivem na periferia das cidades, em geral, pertencem aos estratos socioeconômicos mais baixos, o que não somente dificulta o acesso a serviços de saúde como também pode contribuir para maior risco de doenças e complicações (MONTEIRO, 2016, p. 142)”.

Ainda segundo Monteiro (2016,p.142) a distribuição dos atendimentos obstétricos realizados pelo SAMU apresentou maior proporção na periferia da cidade, sendo que os bairros com maior frequência de atendimentos localizam-se em áreas afastadas da região central da área urbana do município, as quais não dispõem de hospitais próximos para melhor atenção à saúde.

A necessidade de atendimento de urgência em qualquer momento do período gestacional exige rapidez, além de pensamento clínico e crítico rápidos que correspondam à necessidade real da paciente. Isso porque o pronto atendimento, a adequada avaliação do quadro e as alternativas de suporte disponíveis no serviço de emergência são essenciais para o desfecho adequado da intercorrência (BRASIL, 2015 apud MONTEIRO, 2016).

A importância dos profissionais estarem cientes dos estudos realizados referente as emergências/urgências obstétricas e

“(…) desta forma, o compilado das informações sobre os atendimentos a determinado problema de saúde torna-se produto científico capaz de influenciar nas condutas profissionais e na elaboração de estratégias assistências de prevenção a agravos (Monteiro,2016 p.140).

A conduta dos profissionais esta relacionada com valores e concepções de mundo, ou seja, se uma mulher solicita um atendimento é questionada quantos partos ela já teve e se for um número de filhos elevado, a tendência é pensar que aquela gestante esta habituada a parir e que não é desta vez que o parto terá complicações, pensamento que contradiz Organização das Nações Unidas (ONU) que em 2000 estabeleceu os objetivos do Milênio, entre eles refere-se a melhoria a saúde das gestantes, pois no Brasil o índice de mortalidade materna equivale a 2,6 para cada 1.000 casos (DANTAS,2013) um indicador que demonstra a necessidade de melhoria do cuidado a gestante e que sinaliza para a necessidade de qualificar o cuidado ao parto.

A atitude dos profissionais médicos que regulam os atendimentos e, por tanto, definem se o atendimento será liberado para o chamado ou não, através da análise e grau de importância e conhecimento do mesmo sobre as questões obstétricas que impactam a população precisa ser consubstanciada. Observa-se que por não considerem que gravidez seja uma situação que necessita de

um serviço de urgência, ignoram que algumas gestantes têm gravidez de alto risco. Monteiro sinaliza “ (...) mudanças no perfil da população que geralmente é atendida por serviço de urgência, principalmente, no que diz respeito, a problemas obstétricos” (2016,p.141). Essa parcela constitui o grupo chamado de gestações de alto risco, em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2012).

No entanto, a integralidade pressupõe que em alguns chamados o SAMU será acionado sem haver um caso real de risco de morte eminente por problemas clínico. Esse chamado está relacionado a dificuldade de acessar os serviços de saúde, e estarem vivendo em situação precária o que dificulta o acesso a maternidade por estarem em municípios distantes elas solicitam transporte até o hospital (MONTEIRO,2016). Cabe destacar, que esses casos podem acarretar em risco de morte devido a inexistência de acesso ao cuidado. Em tratando-se da integralidade o critério de urgência precisa reconhecer as diferentes determinações que estão relacionado com o processo saúde e doença, e, as condições socioeconômicas não podem ser relevadas a insignificância.

O SAMU, entre as inúmeras ligações diárias que recebe dos usuários que acionam o 192, destaca-se aquelas com o objetivo de pedir transporte, por que tem consulta agendada e precisam se deslocar, por falta de recursos financeiros e outros problemas sociais recorrem ao serviço. Em muitos casos os médicos reguladores orientam os usuários a contatarem a ambulância do município que nem sempre está disponível para o solicitante, a outra opção é recorrer a vizinhos e amigos que possuem carro.

Cada município da federação é responsável pela gestão do seu território, ou seja, controla, planeja, avalia e executa a maioria dos serviços de saúde (SILVA, 2014). No entanto, existem diferentes realidades municipais, as quais colocam os gestores da saúde frente a vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, assim como problemas de financiamento, ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, rotatividade de pessoal, dificuldades e morosidades

burocráticas, falta de prioridades e interferência política (DITTERICH, 2012, apud SILVA, 2014).

A pobreza e a dificuldade de acessar aos serviços de saúde são os maiores responsáveis pelos altos índices de mortalidade e baixa esperança de vida. Segundo Silva (2014 p. 2489), estas questões dificultam o acesso aos serviços e colocam o SAMU como um serviço que atua como “táxi”, na medida que é solicitado apenas para transportar pacientes devido a falta de recursos financeiros e distancias regionais por habitarem em localidades rurais que não disponibilizam serviços.

Quando vinculada às questões socioeconômicas dessa população, é possível entender a complexidade situacional em que vivem, bem como as dificuldades enfrentadas nos momentos, em que há necessidade de serviços de saúde especializados ou em situações de urgência/emergência (SILVA, 2014).

8. A ESCUTA QUALIFICADA COMO NECESSIDADE PARA ATENÇÃO ADEQUADA

No cotidiano como TARM posso perceber que a interpretação do que o paciente expressa e o que é compreendido pela atendente defini muitas vezes o atendimento, um exemplo disso é o paciente ligar e dizer que esta com dor de barriga, sem fazer maiores questionamentos a atendente anota a informação repassa para o médico que classifica a ligação pelo o que foi descrito, o regulador permanece atendendo outras ligações conforme a relevância do caso, partindo do princípio que uma dor de barriga não é caso de urgência e o solicitante continua na linha aguardando atendimento médico com a esperança que o SAMU irá até o local para socorrê-lo.

Após alguns minutos e sem nenhuma resposta o solicitante desliga o telefone e retorna a ligação trazendo a mesma queixa, dor de barriga, a TARM pergunta se ele tem algum problema de saúde e ele informa que tem câncer de estômago, e mais uma vez é direcionado para o médico regulador que imediatamente atende a ligação pois, considera-se que neoplasias são casos de urgência. Neste caso observa-se um problema de comunicação que prejudica o paciente pelo fato de não ser compreendido, usuários do interior costumam usar palavras não habituais.

Essa situação expressa a necessidade de que a capacidade de escuta dos trabalhadores de saúde em geral e, dos TARM especificamente seja ampliada. Trata-se de um competência e habilidade fundamental para a função desempenhada por esses profissionais. É necessário reconhecer que como qualquer competência e habilidade ela é “aprendida” a partir de processos de formação e, em especial da reflexão cotidiana sobre as próprias práticas. Aprender a partir da experiência vivida é o que pressupõe a educação permanente.

9. CONSIDERAÇÕES PARA PRODUZIR-SE SEMPRE NOVOS COMEÇOS

Os casos acima relatados apresentam situações vivenciadas por mim no cotidiano e procuram ilustrar exemplarmente a necessidade de que a experiência, ações e concepções dos implementadores das políticas públicas tem um papel fundamental para que as mesmas tenham consequência na atenção as pessoas que cuidamos.

A política de urgência e emergência e, em especial a implementação das CRUEs e SAMU é relativamente recente. Trata-se de ações de cuidado em saúde que ampliaram o acesso da população brasileira aos serviços de saúde. No entanto, como essas ações chegam as pessoas que a demandam em cada território é resultado do que os trabalhadores e equipes de cada local “sabem” e “acreditam” a cerca de como deve ser o cuidado.

Os casos aqui relatos tem a pretensão de produzir reflexões a cerca dessas crenças e saberes. É fundamental que as equipes tenham a capacidade de produzir a partir da realidade de cada local e, portanto, produzir saberes conectados com as demandas que são diferenciadas nos territórios. No entanto, também é perceptível nos casos apresentados, que mesmo com situações diversas, é necessário que os princípios e diretriz da política devam constituir-se em saberes e crenças que efetivamente orientam esse trabalho. Um desafio que está colocado para os processos formativos e de educação permanente dos trabalhadores de saúde na área de urgência e emergência.

10. REFERÊNCIAS

BONFADA;D.,GUIMARAES,J. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as Urgências Psiquiátricas**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012

CICONET,R.M. et al.**Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**: relato da experiência de Porto Alegre-RS.Interface Comunicação Saúde Educação, v.12, n.26, p.659-666, jul./set. 2008.

COSTA, G.M. C et al **A saúde dos detentos sob a responsabilidade das equipes de Saúde da Família**: realidade e possibilidades. Rev. APS. 2014 jan/mar; 17(1): 76 – 84.

DANTAS, A.K. C et. al. **Caracterização de ocorrências obstétricas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, p.6156-6161, out., 2013.

LARROSA, JORGE.**A Operação Ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida**.Educação & Realidade .v.29, n.1,p.27-43. Jun 2004.

LIMA,L.L.;D'ASCENZI,L. **Implementação de Políticas Públicas**: perspectivas analíticas.Revista de Sociologia e Política,v.21 n.48 ,p.101-110. Dez 2013.

MINAYO.M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MONTEIRO, M.M et. al. **Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência**. Revista Interdisciplinar, v.9, n.2, p.136–144 abr./maio./jun. 2016

MOURÃO, L.F. et al Promoção da Saúde de Mulheres encarceradas: um relato de experiência. SANARE, Sobral, V.14, n.01, p.52-57, jan./jun. - 2015

PAIVA, K.C.M;AVELAR,V.L.L.M;**Qualidade de vida no trabalho em uma Central de Regulação Médica de atendimento móvel de urgência**

(SAMU).Revista O&S, Salvador, v.18 - n.57, p. 303-321 - Abril/Junho - 2011
www.revistaoes.ufba.br

SILVA, L.A. A et al .**Desafios na gestão pública de saúde:** realidade dos municípios de pequeno porte. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.05, edição especial. Ano 2014 p.2479- 95

SECRETARIA DA SAÚDE. **Programa SAMU/RS.**Porto Alegre. Disponível em
<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=programas&cod=370>
[Acesso](#) em 28 maio 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde,2013.

TELES, A.S et al. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia:** subfinanciamento e desigualdade regional. Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Coletiva,p. 51-57.25 jan 2017 .