

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE PORTO ALEGRE POR USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS**

GISELDA QUINTANA MARQUES

**Porto Alegre
2010**

GISELDA QUINTANA MARQUES

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE PORTO ALEGRE POR USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2010

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

M357 Marques, Giselda Quintana
Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas
[manuscrito] / Giselda Quintana Marques. – 2010.
190 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.
Orientação: Maria Alice Dias da Silva Lima.

1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Porto
Alegre (RS). 2. Serviços médicos de emergência. 3. Socorro de
urgência. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Atendimento pré-
hospitalar. 6. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 7.
Serviços de saúde. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

NLM: WB105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

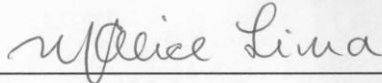
GISELDA QUINTANA MARQUES

**Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre
por usuários com demandas clínicas.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2010.


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca – Orientadora

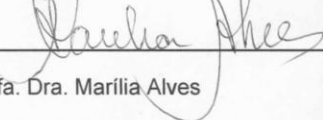
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Membro da banca

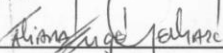
USP – RP



Profa. Dra. Marília Alves

Membro da banca

UFMG



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

“Dedico esse trabalho à minha mãe Noely (in memoriam) e ao meu irmão Gilnei (in memoriam) que por motivo de doença necessitaram do cuidado de profissionais da saúde. A presteza no atendimento, o carinho dispensado pelas equipes e a qualidade do que era oferecido muito contribuiu para que tivéssemos momentos de alegria e de qualidade de vida, mesmo na adversidade.”

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima parceira dedicada e competente. Posso dizer que tivemos a oportunidade de compartilhar e produzir, durante nossa trajetória, muito mais do que conhecimento. Obrigada pelo convívio, pelos bons momentos de discussão que enriqueceram nossos estudos, pelo afeto, respeito e relação de confiança construídos neste percurso. Desejo profundamente que possamos continuar parceiras por um longo tempo!

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem, pelo ensino gratuito e de qualidade, nas quais desenvolvi toda a minha trajetória acadêmica.

À meia-irmã Fátima T. S. Cunha, pela sua amizade incondicional, por ter acreditado nas minhas potencialidades, incentivando o meu desejo de reiniciar o caminho dos estudos; com seu exemplo de professora e pesquisadora, mostrou-me que era possível construir uma nova trajetória.

À Professora Dra. Olga R. Eidt, minha fada madrinha, que com sua sabedoria e tranquilidade visualizou, em mim, uma pedra bruta, querendo ser lapidada. Obrigada por seu incentivo, dedicação e persistência. Foi a partir das nossas conversas que tudo começou.

À Professora Dra. Marta Júlia Marques Lopes, pela parceria e convívio nesses anos de Mestrado e Doutorado. Obrigada por ter acreditado na ideia e na possibilidade de escrever um projeto referente ao pré-hospitalar móvel, abrindo um novo espaço de construção do conhecimento, na Escola de Enfermagem da UFRGS.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo conhecimento transmitido e pelos bons momentos de discussão e oportunidades de aprendizado.

Às Professoras Suely Deslandes e Tatiana Gerhardt pelas excelentes contribuições, na banca de qualificação, sem o que esse estudo não se concretizaria.

Aos colegas mestrandos e doutorandos que compartilharam comigo conhecimento, vivências e alegrias. Em especial à amiga e parceira Sandra Maria Cesar Leal; desde o início do Doutorado, tivemos momentos incríveis de amizade e sintonia, na construção do conhecimento. Desejo que nossos caminhos continuem se encontrando daqui para frente.

Aos parceiros do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), pela oportunidade de participar de boas discussões, pelo aprendizado e trabalho em parceria. Em especial às colegas do “Gesquinho” pela confiança que depositaram em mim, pela credibilidade na minha capacidade de trabalho e pelas alegrias compartilhadas no pequeno e no grande grupo.

Às bolsistas de iniciação científica Kelly Piacheski de Abreu e Aline Marques Acosta, pela fundamental contribuição na coleta de dados e nas transcrições das entrevistas. Obrigada pela dedicação e seriedade com que fizeram esse trabalho exaustivo. A Tais Rückert, também bolsista de iniciação científica, parceira de outros projetos, obrigada por tê-la conhecido e compartilhado desafios.

Aos colaboradores Renato Michel, estatístico, pela tranquilidade e paciência com que me assessorou neste estudo e à Professora Helena Maria Totta Silveira, pelas orações nos momentos difíceis da minha vida, pela dedicação e excelência nos trabalhos de revisões.

Aos coordenadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, pela confiança neste trabalho. Às Dras. Maria Liege Bazanella de Oliveira e Roberta Rigo Dalcin, que possibilitaram o desenvolvimento desse estudo, permitindo que eu tivesse acesso, sem restrições, às dependências do Serviço.

À Rosane Mortari Ciconet, Enfermeira do Núcleo Educação Permanente do SAMU de Porto Alegre, pela parceria de muitos anos. Juntas construímos uma história profissional e familiar inesquecível. Sem sua ajuda incansável, conhecimento e militância nas urgências, este estudo não teria acontecido.

Aos profissionais do SAMU de Porto Alegre, pelo acolhimento e carinho recebido, por terem permitido que eu participasse do seu cotidiano de trabalho. Obrigada pela confiança e respeito ao meu estudo, oportunizando a divulgação de suas experiências diárias, na luta pela vida e na construção de uma saúde melhor para a população.

Aos usuários do SAMU de Porto Alegre, por terem permitido que eu entrasse nas suas vidas, em um momento tão especial, na maioria das vezes difícil.

Às colegas Enfermeiras do Centro de Saúde onde trabalho, pela paciência, tolerância e apoio indireto dispensado. Um agradecimento especial à Enfermeira Ivani Bueno de Almeida Freitas, pela amizade, parceria e pela convivência, lado a lado.

Aos colegas do Serviço de Curativos e Estomizados, parceiros de longa jornada. Obrigada pelo apoio, confiança, dedicação e paciência nos anos dedicados ao estudo e, principalmente, pelos meus afastamentos e pela falta de tempo, no último ano.

À minha família que, agora tornou-se pequena, mas cada vez mais unida pelo afeto que dedicamos uns aos outros. Ao nosso querido pai, Geyer Alvares Marques, pelo seu amor à vida, pela sua dedicação aos filhos, pelo seu exemplo de generosidade e respeito às pessoas. Obrigada por ter construído, com nossa mãe quase tudo que somos.

Às minhas irmãs Gisele e Gislaine, às sobrinhas Aline e Mariana, aos cunhados Clóvis e Tais, pela convivência, pelo amor que sentimos uns pelos outros, pelos bons e divertidos momentos que já passamos juntos. Que a gente continue trilhando caminhos de conquista e de partilha!

Aos Mello, Luiz (*in memoriam*) e Noemi, por terem me recebido e permitido que as famílias Marques e Mello se unissem e ramificassem, dando belos frutos. Aos cunhados Carlos e Maribel, aos sobrinhos Fernanda, Eduardo e Gabriel, pelas alegrias compartilhadas.

Aos meus amores João Luiz e Liza, por fazerem parte da minha vida e dividirem comigo o que temos de mais lindo, o amor que sentimos um pelo outro e o prazer de estarmos juntos. Obrigada por compreenderem minha dedicação aos estudos, pelo apoio incondicional em tantos momentos, pela motivação e cumplicidade nos nossos projetos de vida. Sem essa parceria, nossas vidas teriam sido outras. Por isso, mesmo sem ter sido planejado, essa conquista também é de vocês!

O dúbio som do desespero

Alguma coisa acontece em algum espaço longínquo e ignoto. Uma dor, um suspiro, uma mão no peito e uma voz que clama. Ela tenta evitar a dor com as mãos que procuram apoio, enquanto alguém lhe afaga a alma com palavras de conforto. Quando já no chão, ela ouve o som que lhe afrouxa o peito: uóooo-uóooo!!!!

Em minutos, talvez segundos, a sirene soante rasga a cidade como um foguete. Contorna obstáculos com um poder inabalável que só as viaturas alvas têm. São carros de um lado para outro da larga avenida que, por centímetros, não se chocam na tentativa de ceder o passo. São pessoas que se questionam sabendo que não terão resposta. O grande carro branco da cruz de sangue leva já o agonizante sujeito?

Nesse meio tempo, nesse meio caminho entre a origem e o destino da ambulância, encontro-me. Estou lá, a caminhar no meu já costumeiro estado quase ausente de mim mesma, quando o ouvido se deixa tocar pela ressoante canção do desespero. Sinto uma ponta de desconforto no peito e, tal como o objeto alvo da ambulância, coloco nele a mão e procuro porto seguro.

A música desafinada, regida pela partitura de carros que se cruzam e sobem calçadas, me dá uma dor pungente. Acompanho todo o percurso da famigerada até perdê-la de vista. Torço em silêncio para que o tempo não corra mais que ela, e rezo uma reza qualquer de gente sem religião. Os dedos podem contar quantas vezes já sentiram sofrimento semelhante à da visão da cruz vermelha.

Continuo uma prece sem qualquer origem ou doutrina. Solto um sorriso aliviado. A essa altura, um coração voltou a bater e vários corpos recuperaram a alma. E, descobri o dúbio som do desespero, que traz sofrimento e alívio, é o único capaz de salvar todas as almas.

LUANA DUARTE FUENTEFRIA (24/03/2008)

<http://sobrenuances.blogspot.com/2008/03/o-dbio-som-do-desespero.html>

RESUMO

O estudo tem por objetivos analisar a utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pelos usuários com demandas clínicas, a organização do atendimento, as interfaces com os Serviços de Saúde e a regulação do acesso dos usuários aos cuidados e ao Sistema Municipal de Saúde. A estratégia de investigação foi triangulação de métodos. Os dados quantitativos foram coletados por meio de registros informatizados do sistema de informações da Central de regulação de urgência de Porto Alegre, referentes às solicitações clínicas atendidas, totalizando 779 atendimentos. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de observação livre e por entrevistas semi-estruturadas com 25 profissionais. Os dados quantitativos foram analisados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), pela utilização de técnicas de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados qualitativos foram analisados pela abordagem dialética, contemplando as particularidades, historicidade e contexto social dos dados empíricos. Os resultados foram apresentados em núcleos principais: utilização do SAMU pelos usuários com demandas clínicas; organização do atendimento no SAMU e o acesso aos cuidados no Sistema Municipal de Saúde. As demandas foram motivadas por situações que ultrapassam a dimensão clínico-biológica e de risco imediato à vida, tendo relação com o contexto socioeconômico do usuário, as características da organização da atenção às urgências, à solidariedade, à pressão social e à necessidade de informação. O usuário/solicitante demanda o SAMU para responder a suas necessidades, mesmo naquelas situações em que a demanda não corresponde aos critérios de prioridade estabelecidos. As respostas efetivas às solicitações garantem ao serviço a credibilidade e a confiabilidade necessárias ao seu funcionamento. A organização da assistência influencia a utilização pelos usuários, assim como regula o acesso da população ao atendimento de urgência. Os profissionais têm entendimentos diferenciados sobre a pertinência das solicitações, apesar da existência de protocolos e normatizações. As peculiaridades dos agravos clínicos fazem com que a atuação próxima da realidade de usuários predisponha os profissionais a um senso crítico que lhes permite um olhar diferenciado e contextualizado das situações de urgência, embora essa percepção nem sempre beneficie o usuário. É o médico regulador quem regula o

acesso aos cuidados realizados pelas equipes. O trabalho integrado dos profissionais possibilita ao usuário o acesso inicial ao Sistema Municipal de Saúde, embora nem sempre garanta a continuidade dos cuidados iniciados na urgência. Dependente do tipo de agravo e da gravidade da situação, o usuário é forçado a procurar, novamente, as unidades de urgência para resolução do mesmo problema. Recomenda-se aumentar a responsabilidade das ações de saúde, com participação de todos os envolvidos, ampliando a resolutividade. Os resultados evidenciaram o perfil epidemiológico das demandas e as lacunas de atendimento, propiciando uma reflexão sobre o atendimento de urgência, sua operacionalização e inserção no contexto da atenção à saúde.

Descritores: Serviços médicos de emergência, Socorro de urgência, Assistência pré-hospitalar; Acesso aos serviços de saúde, Necessidades e demandas de serviços de saúde, Serviços de saúde.

Título: Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.

ABSTRACT

The study is aimed at analyzing the use of the Mobile Emergency Care Service - SAMU (original acronym in Portuguese standing for *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*) by users with clinical demands, the organization of the attendance, the interfaces with the Health Services, and the regulation of the user's access to health care in the Municipal Health System. Method triangulation was the strategy used for investigation. Quantitative data was obtained using electronic records from the information system of the Porto Alegre Center for Emergency Regulation, referring to the clinical situations attended, totaling 779 cases. Qualitative data were collected by free observation and by semi-structured interviews with 25 professionals. The quantitative data was analyzed using *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), using descriptive and inferential statistics with significance at 5% ($p < 0.05$). Qualitative data analysis was performed using the dialectic approach, addressing the particularities, historicity and social contexts of the empirical data. The results were presented in main nuclei: SAMU services to users with clinical demands; service organization of SAMU and access to health care in the Municipal Health System. The demands were motivated by situations that surpass the clinical-biological dimension and with a low immediate risk to life, associated with the socioeconomic context of users, the features of emergency service organization, solidarity, social pressure and the need for information. Users/demanders require SAMU to answer their needs, even in situations when the demand does not correspond to the established priority criteria. The effective answers to the demands assign the necessary credibility and trustworthiness to the service. Service organization affects how individuals use it, and regulates population access to emergency care. Different professionals have different understandings about the pertinence of the requests, despite the existence of protocols and norms. The specificities of the users' clinical problems imply providing care close to their reality and, thus, predispose professionals to developing a critical perspective that offers them a differentiated and contextualized look over emergency situations, though that perception not always benefits the user. The attending physician is responsible for determining the access to the care from the health teams. The integrated work of professionals

gives users initial access to the Municipal Health System, though it does not always guarantee the continuity of the care initiated at the emergency service. Depending on the type of complication and the severity of the situation, the user was forced to turn, once again, to emergency care centers to solve the same problem. The responsibility of health actions should be increased, counting with the participation of all those involved, increasing the solution of problems. Results showed the epidemiological profile of the demands and the service gaps, promoting a reflection about emergency care, how to make it operational and adding context to health care.

Descriptors: Emergency Medical Services, Emergency Relief, Prehospital Care; Health Services Accessibility, Health Services Needs and Demand, Health Services.

Title: Access and use of the mobile emergency medical service of Porto Alegre by users with clinical demands.

RESUMEN

La investigación tiene la finalidad de analizar la utilización de usuarios con demandas clínicas al Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), la organización de la atención, las interfaces con los Servicios de Salud y la regulación del acceso del usuario a la atención y al Sistema Municipal de Salud. La estrategia de investigación fue la triangulación de métodos. Los datos cuantitativos fueron recogidos a través de registros informatizados del sistema de información de la Central de Regulación de Urgencias de Porto Alegre, referías a las solicitudes clínicas atendidas, totalizándose 779 atenciones. Los datos cualitativos fueron obtenidos a través de observación libre y por entrevistas semiestructuradas con 25 profesionales. Los datos cuantitativos fueron analizados con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), por la utilización de técnicas de estadística descriptiva e inferencial, con nivel de significatividad de 5% ($p < 0,05$). Los datos cualitativos fueron analizados por abordaje dialéctico, contemplándose las particularidades, historicidad y contexto social de los datos empíricos. Los resultados fueron presentados en núcleos principales: utilización del SAMU por usuarios con demandas clínicas, organización de atención en el SAMU y el acceso a la atención del Sistema Municipal de Salud. Las demandas se motivaron en situaciones que sobrepasan la dimensión clínico-biológica y de riesgo inmediato para la vida, relacionándose con el contexto socioeconómico del usuario, las características de la organización de atención de urgencias, la solidaridad, la presión social y la necesidad de información. El usuario / solicitante acude al SAMU para que responda a sus necesidades, incluso en aquellas situaciones en que la solicitud no se corresponde con los criterios de prioridad establecidos. Las respuestas efectivas a las solicitudes garantizan al servicio la credibilidad y confiabilidad necesarias para su funcionamiento. La organización de la atención influencia la utilización por parte de los usuarios, así como regula el acceso de la población a la atención de urgencia. Los profesionales tienen conceptos diferenciados sobre la pertinencia de las solicitudes, a pesar de la existencia de protocolos y normativas. Las peculiaridades de las urgencias clínicas hacen que la actuación próxima a la realidad de los usuarios dote a los profesionales de un sentido crítico que les permite una mirada diferenciada y contextualizada de las situaciones de urgencia, a pesar de que tal percepción no siempre beneficie al usuario. Es el médico regulador quien define el

acceso a la atención brindada por los equipos. El trabajo integrado de los profesionales posibilita al usuario el acceso inicial al Sistema Municipal de Salud; no obstante, no garantiza la continuidad de la atención brindada en la urgencia. Dependiendo del tipo de emergencia y de la gravedad de la situación, el usuario era forzado a acudir nuevamente a las unidades de urgencia para la resolución del mismo problema. Se recomienda aumentar la responsabilidad de las acciones de salud, con participación de todos los involucrados, ampliando la resolutivez. Los resultados evidenciaron el perfil epidemiológico de las demandas y las lagunas en la atención, haciendo propicia una reflexión sobre la atención de urgencia, su operatividad e inserción en el contexto de atención de la salud.

Descriptoros: Servicios Médicos de Urgencia, Socorro de Urgencia, Atención Prehospitalaria; Accesibilidad a los Servicios de Salud, Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Servicios de Salud.

Título: Acceso y utilización del servicio de atención móvil de urgencia de Porto Alegre por parte de usuarios con demandas clínicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APH – Atendimento pré-hospitalar
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BA – Boletim de atendimento
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CS - Centro de Saúde
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF - Equipe de Saúde da Família
E – Entrevista semi-estruturada
EC - Entrevista com condutor
EE – Entrevista com enfermeiro
EM – Entrevista com médico
ETARM – Entrevista com TARM
ETE – Entrevista com técnico de enfermagem
FASC - Fundação de Assistência Social e Cidadania
FC – Frequência cardíaca
FR – Frequência respiratória
GM - Gabinete do Ministro
HGT – Hemoglicoteste
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
HPS – Hospital de pronto Socorro
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC - Insuficiência Renal Crônica
MR – Médico regulador
MS - Ministério da Saúde
NEP - Núcleo de Educação Permanente
OBS – Observação
O2 – Oxigênio
PCR - Parada Cardiorespiratória

PD - *Primary Document*

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAU – Política Nacional de Atenção às urgências

PS – Pronto Socorro

PSF - Programa de Saúde da Família

RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

RH - Recursos Humanos

RO – Radio operador

RX - Raio X

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SBV - Suporte Básico à Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

TA – Tensão Arterial

TARM – Telefonista Auxiliar da Regulação Médica

Tax – Temperatura axilar

TE – Técnico de enfermagem

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USB – Unidade de Suporte Básico

USA – Unidade de Suporte Avançado

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VR – Veículo rápido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo as faixas de idade, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	57
Tabela 2	Distribuição de frequências e percentuais de atendimentos prestados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo a gravidade comprovada, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	61
Tabela 3	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo faixas etárias e gravidade da demanda, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	62
Tabela 4	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo faixas etárias e sexo, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	64
Tabela 5	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o sexo e a gravidade comprovada, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	67
Tabela 6	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o turno da demanda e o sexo, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	67
Tabela 7	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo a gravidade das demandas e o turno do chamado, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	68
Tabela 8	Distribuição dos atendimentos prestados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o agravo clínico confirmado, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	72
Tabela 9	Distribuição dos atendimentos realizados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), conforme a procura aos serviços de saúde, vínculo com profissional/serviço e presença de comorbidade, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	75

Tabela 10	Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o número de dias transcorrido entre a utilização de um serviço de saúde e o atendimento prestado pelo SAMU, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	76
Tabela 11	Distribuição dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o tempo de duração da ocorrência, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	130
Tabela 12	Distribuição de frequências, médias, desvios-padrão e tempo mínimo e máximo de duração dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU de Porto Alegre (RS) segundo a gravidade dos eventos, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.....	131
Tabela 13	Distribuição das condutas realizadas na cena, pelas equipes de suporte básico e avançado do SAMU de Porto Alegre (RS), nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	135
Tabela 14	Distribuição dos destinos dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo os componentes da urgência hospitalar e pré-hospitalar, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	145
Tabela 15	Distribuição dos destinos (agrupados) de usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo os componentes da urgência hospitalar e pré-hospitalar, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	152
Tabela 16	Distribuição dos destinos (agrupados) segundo a gravidade (comprovada) dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008	154

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS: CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	27
3 OBJETIVOS	43
4 METODOLOGIA	44
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	44
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	45
4.3 COLETA DE DADOS.....	47
4.3.1 Etapa Qualitativa – Observação.....	48
4.3.2 Etapa Qualitativa – Entrevistas semi-estruturadas.....	50
4.3.3 Etapa Quantitativa - Banco de dados.....	51
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	53
4.5.1 Qualitativos.....	53
4.5.2 Quantitativos.....	54
4.5.3 Apresentação dos resultados.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1 UTILIZAÇÃO DO SAMU PELOS USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS.....	56
5.1.1 Dimensão das características dos usuários.....	57
5.1.2 Dimensão Clínico-biológica.....	70
5.1.3 Dimensão Econômica e social.....	86
5.1.4 Dimensão da organização da atenção às urgências.....	98
5.2 ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SAMU E O ACESSO AOS CUIDADOS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	110
5.2.1 Central de Regulação.....	111
5.2.2 Atendimento prestado pelas equipes.....	127
5.2.3 Regulação das portas de entrada da urgência e a participação dos serviços.....	143

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS.....	174
APÊNDICE A - Roteiro de observação.....	187
APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semi-estruturada - Profissionais do SAMU	188
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	189
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	190

1 INTRODUÇÃO

A procura por Serviços de saúde envolve fatores que definirão a escolha pelo usuário. São influentes: a gravidade ou a urgência do problema, a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção⁽¹⁾, a acolhida, as condições de acesso (distância da moradia, as formas, o tempo e o custo de deslocamento), a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo usuário/familiar, a agilidade na marcação de exames ou encaminhamento para outros Serviços, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, Serviços e com o Sistema de Saúde⁽²⁻⁵⁾.

A percepção do usuário da necessidade de utilizar Serviços de saúde está diretamente relacionada a uma auto-avaliação que ele faz de seu estado de saúde. A escolha do Serviço se dará de acordo com a sua percepção do que é simples ou grave, resultando, quase sempre, em uma procura espontânea. Usuários também estabelecem critérios para escolha daqueles serviços que melhor respondem às suas necessidades, porém essa escolha nem sempre obedece às normatizações estabelecidas pelas Instituições, o que, em algumas situações, gera conflito no atendimento.

São muitas as razões que motivam demandas aos Serviços de saúde, especialmente na urgência, que têm especificidades que precisam ser mais exploradas. Acreditar que somente os profissionais determinam o acesso aos cuidados na urgência é insuficiente para explicar o problema de conter as excessivas demandas por atenção nessas portas. Estudo mostra que usuários buscam as unidades básicas de saúde nas quais o acesso é mais facilitado pela sua organização, usando critérios de escolha que envolvem, principalmente, o acesso funcional, que diz respeito aos tipos de serviços ofertados, aos horários de atendimento e à qualidade da oferta, assim como o acesso geográfico, que corresponde à distância percorrida, ao uso de meios de transporte e o tempo decorrido para chegar ao serviço⁽⁵⁾.

O usuário não se prende à norma imposta a ele acerca de qual é a sua "porta de entrada" no Sistema de Saúde. Ele chama para si a liberdade de optar por um Serviço de Saúde com base em sua experiência e em seus próprios interesses⁽⁶⁻⁷⁾. A utilização dos serviços, também, é um reflexo da diversidade do comportamento das

peças frente às doenças, indo além da organização da oferta ou disponibilidade dos serviços⁽⁸⁾.

Também interferem na procura pelos serviços, aspectos relacionados à insegurança no manejo das situações desconhecidas, assim como o vínculo com os profissionais de saúde.

Corroborando essa afirmação, no Canadá, estudo que explorou os cuidados domiciliares oferecidos por pais de crianças enfermas e a busca por cuidado identificou que 82%, dos pais tentaram o tratamento em casa, utilizando medidas de conforto ou medicação antes de levarem seus filhos a um Hospital de grande porte. Dentre eles, 40% tomaram medidas para confortar seus filhos antes da procura ao serviço de urgência, sendo que 45% administraram medicamentos; 17% utilizaram algum material informativo para embasar sua conduta, enquanto 31% agiram seguindo conselhos. Mais da metade dos pais, 55%, buscaram o serviço espontaneamente, sem estabelecer contato com o médico de família ou com o serviço de emergência antes de se dirigir para o local. Daqueles que contataram o médico, a grande maioria, 88%, foi orientada a procurar a Unidade de emergência. Os pais necessitaram ter certeza de que as crianças não corriam risco e por isso buscaram a emergência. A grande maioria ficou insegura ou superestimou a gravidade dos sintomas das crianças⁽⁹⁾.

Por outro lado, no Brasil, também foi identificado que usuários apesar de terem uma Unidade de saúde como referência de atendimento procuram a Unidade de urgência para resolução de necessidades consideradas, por eles, como urgentes e que não tenham sido atendidas. Nas situações agudas e graves a Unidade de urgência proporciona aos pacientes o alívio de sintomas, conforto e acesso a diferentes tecnologias, no próprio Serviço ou fora dele, dando respostas rápidas às questões que não são atendidas nos demais Serviços ambulatoriais, nos quais, para as demandas caracterizadas como eletivas, os atendimentos são pontuais e não garantem acesso ao Sistema, visto que o paciente entra e sai, precisando voltar à Unidade se não é atendido em sua necessidade⁽¹⁾.

Com alguma frequência as Unidades de Atenção Básica e Especializada não estão organizadas para a recepção dos pacientes com agravos urgentes de menor complexidade. Quando os casos agudos e/ou graves ocorrem, a resposta é, por vezes, deficiente e o encaminhamento acaba sendo a alternativa usualmente mais utilizada⁽⁶⁾.

A utilização dos serviços de urgência pelo usuário é uma questão que gera polêmica entre alguns pesquisadores e profissionais da saúde, principalmente quando se refere às situações, por eles classificadas, como não urgentes, indevidas ou eletivas. Para eles, esse uso inadequado faz com que os serviços de urgência realizem atividades próprias da atenção básica e especializada. Esse fato não proporciona a continuidade assistencial necessária aos problemas de saúde do usuário, aumenta os custos da assistência, que é mais cara no hospital do que nos demais níveis de atenção e, muitas vezes, traz prejuízo à qualidade dos cuidados dispensados aos casos graves.

A superlotação e utilização das Unidades de urgência têm preocupado gestores, trabalhadores e pesquisadores sem que uma solução tenha sido possível para equacionar tal problema. Nas últimas décadas, os serviços de urgência têm experimentado um aumento crescente na demanda de pacientes. Esse fenômeno tem sido descrito, tanto no Brasil⁽¹⁰⁻¹²⁾ quanto em outros países: Colômbia⁽¹³⁾, Cuba⁽¹⁴⁾ Estados Unidos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, França⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, Espanha⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e Turquia⁽²¹⁾. Os principais fatores citados como explicativos da superlotação estão associados à necessidade percebida de atenção imediata pela população e à existência de barreiras ao acesso a outros serviços de saúde.

A qualidade e agilidade do que é ofertado nos Serviços de urgência, especialmente nas situações agudas, faz com que usuários procurem atendimentos em locais que concentrem maior possibilidade de acesso, sendo que esses serviços correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada, além de representarem, para a população, o local que detém maior concentração tecnológica.

Acredita-se que a procura pelo SAMU está associada à sua organização, sendo fácil obter a ligação telefônica, o usuário consegue contato com um profissional de saúde que pode auxiliá-lo na tomada de decisão e na resolução de uma necessidade imediata.

A percepção da urgência diz respeito aos significados atribuídos a ela e à necessidade de cada pessoa ou coletividade, que utiliza critérios próprios, para determinar o que é urgência e, assim, solicitar atendimento^(17,22). A escolha por esse ou aquele Serviço de Saúde, não é apenas uma questão imposta pela organização do Sistema, mas, sim, de oportunidade, preferência e conveniência.

Os usuários acometidos por agravos clínicos, em situações que desestabilizam sua condição vital, necessitam de intervenção precoce e qualificada, sendo um dos motivos de procura por serviços de saúde, dentre os quais estão os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

O Atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência pode ser definido como sendo toda a assistência prestada fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS). O APH móvel é aquele que procura chegar à vítima o mais precocemente possível, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um Serviço de Saúde hierarquicamente integrado ao SUS ⁽²³⁾.

No Brasil, as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192, têm se concentrado no atendimento aos agravos clínicos. Essa característica foi identificada em cidades brasileiras: Ribeirão Preto – São Paulo, correspondendo a 54,9% ⁽²⁴⁾, em Olinda – Pernambuco, 57% ⁽²⁵⁾ e em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, com 64,8% ⁽²⁶⁾ do total de atendimentos. Esses dados têm sintonia com os indicadores de morbimortalidade e fatores de risco nacionais⁽²⁷⁾, que evidenciam que os agravos clínicos são os mais prevalentes e responsáveis por altos índices de doença e morte.

O SAMU oferece potencialidade para a reflexão sobre o que, onde e por que se faz necessário intervir, auxiliando sobremaneira na qualificação do Sistema Municipal de Saúde. O componente pré-hospitalar móvel por meio das centrais reguladoras pode tornar-se estratégico na implementação da atenção integral às urgências, não apenas na assistência, no levantamento de necessidades urgentes, mas também pelo seu potencial regulador do Sistema de Saúde e pela função organizadora que é capaz de exercer sobre toda a rede de atenção.

A potencialidade estratégica, organizadora e integradora do APH móvel tem sido pouco explorada na organização político-administrativa dos Sistemas de Saúde. Isso se deve pela forma como os Serviços de saúde se organizam em que cada um pensa a sua Instituição desvinculada das demais estruturas do Sistema. Dessa forma, não há um fluxo comum entre os níveis de atenção, assim como na organização da assistência propriamente dita.

Esta proposta origina-se da participação dos pesquisadores do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva. A equipe vem se dedicando a estudar questões relacionadas à organização, gerenciamento e atuação dos profissionais para o

atendimento às situações de urgência ^(1,10,26,28-30).

Nesse sentido, a partir dos resultados obtidos nessas pesquisas identificou-se a necessidade de ampliar a investigação e compreender as condições de acesso e de utilização do SAMU dos usuários com demandas clínicas. Pretende-se com este estudo contribuir para a qualificação do atendimento, assim como para o planejamento do Sistema de Saúde, agregando novos aspectos para reflexão nos Serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e auxiliando na agenda de discussão das urgências, no País.

Na perspectiva de mostrar, de forma organizada, a concretização deste estudo, optou-se pelo seguinte formato: construção do objeto de estudo, objetivos e caminho metodológico. Os resultados foram sistematizados em dois núcleos principais. O primeiro tratou da utilização do SAMU pelos usuários com demandas clínicas, apresentando as características da clientela atendida, os tipos de agravos e os motivos de atendimento. No segundo núcleo, foi abordada a organização do atendimento no SAMU e a regulação do acesso dos usuários aos cuidados e ao Sistema Municipal de Saúde. Ao final foram apresentadas as considerações finais e recomendações do estudo.

2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS: CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O processo de utilização dos Serviços de saúde pode ser considerado como um dos temas principais da organização dos Sistemas de Saúde e se expressa como produto da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz nesse Sistema. A utilização dos Serviços de saúde é definida como a atitude de procurar pelos serviços, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Trata-se de um processo complexo resultante de um conjunto de fatores que vão desde a organização da oferta, características geográficas, sociais, econômicas e culturais dos usuários⁽³³⁾.

Acesso se refere à possibilidade de utilizar Serviços de saúde, quando necessário, e expressa características da oferta, que facilita ou obstrui a capacidade da pessoa de usá-lo, quando necessita. As barreiras de acesso originam-se das características dos Sistemas e dos Serviços de Saúde⁽³⁴⁾.

A utilização de um Serviço de Saúde se inicia pela percepção do usuário de sinais e sintomas que são valorizados, por ele, como perda ou comprometimento da saúde. A partir da sintomatologia, as pessoas utilizam mecanismos simbólicos que os levam à decisão do que poderá ser feito para investigar o problema ou para recuperar a normalidade perdida. São fatores decisivos na escolha do serviço: a elaboração de um autodiagnóstico do estado de saúde, aliado às experiências prévias dos indivíduos, familiares e do entorno, o conhecimento da oferta disponível de Serviços e da carga emocional positiva ou negativa atribuída a cada um (confiança, capacidade resolutiva, tratamento interpessoal, capacidade tecnológica, distância da moradia, vínculo com os profissionais), assim como aspectos relativos às prioridades da vida cotidiana de cada pessoa (adequação da oferta à situação vital e de necessidades pessoais e familiares, horário laboral). Por meio do contraste entre o que se necessita e o que se acredita que será encontrado em cada um dos serviços, associado à ideia de como afetará as necessidades vitais de cada pessoa, surge o tipo de demanda e o tipo de ação⁽²⁰⁾.

A **demanda** pode ser entendida como um pedido que expressa as necessidades do usuário. Ela pode se efetivar por meio de consulta, exames, consumo de medicamentos e procedimentos, pois é dessa forma que a oferta de serviços está organizada. Por sua vez, as **necessidades** do usuário podem ser a

busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida ⁽³⁵⁾.

Com base nesses conceitos, chamou-se de **demanda** toda solicitação de atendimento recebida pela Central de regulação do SAMU, seja para recebimento de cuidados por uma unidade móvel ou para orientação/informação do médico regulador. As demandas são carregadas de significados e intenções; nelas estão contidos os motivos pelos quais usuários/solicitantes^a buscam o SAMU. Os **motivos** são individuais ou específicos de grupos sociais e expressam desejos, propósitos, necessidades, planos e deliberações do usuário/solicitante, na tomada de decisão sobre a utilização do Serviço.

Os usuários ajustam a oferta de serviços ao seu contexto vital familiar e laboral, sendo que é a partir daí que estruturam suas demandas a um Serviço de Saúde. Neste ajuste o fator tempo surge como um determinante da tomada de decisão, modulando o tipo de demanda e o serviço a ser consumido ⁽²⁰⁾.

Corroborando essa afirmação também foi constatado que o motivo pelo qual uma pessoa utiliza determinado Serviço vai muito além da morbidade que possa estar sofrendo. Uma parcela pequena das pessoas com sintomas consultam um médico, assim como uma boa parte dos problemas de saúde dos pacientes não é informada, no momento do atendimento. Por outro lado, existem pessoas que utilizam serviços em demasia, mesmo naquelas situações em que não haja uma justificativa clara ⁽³⁶⁾.

A utilização dos Serviços de saúde depende de um conjunto de fatores que tem relação com as características dos usuários, da capacidade de consumo avaliada pela oferta de serviços, pela renda e/ou cobertura pelos sistemas de seguros públicos ou privados, assim como pela necessidade definida pela pessoa quando na presença de um problema de saúde ⁽³⁴⁾.

Também interferem na utilização os fatores demográficos (idade, sexo, estrutura familiar), socioeconômicos (classe social, renda, educação, raça, família e suporte social) e os relacionados às características dos Serviços de saúde

^a Neste estudo chamou-se de solicitante a pessoa que demanda os serviços do SAMU, pelo telefone 192. Nem sempre quem solicita o serviço é a pessoa que necessita de cuidados (usuário), podendo ser um transeunte, vizinho, familiar ou profissional de saúde.

(distância, recursos tecnológicos, vínculo com um médico, presença ou ausência de plano de saúde), conforme explicitado nos estudos citados a seguir.

Em revisão da literatura internacional sobre o tema da utilização dos Serviços de saúde, foi identificado que crianças, mulheres e idosos utilizam mais os Serviços do que outros grupos etários. As mulheres usam, principalmente, em idade reprodutiva, por motivos obstétricos e ginecológicos. O tamanho da família, a estrutura familiar e o suporte social também determinam a utilização. Famílias numerosas consultam mais, apesar de que, quando as consultas são divididas pelo número de pessoas, estas acabam consultando menos individualmente do que no total de consultas das famílias menores. Quanto à estrutura familiar, não houve consenso entre os resultados obtidos nos diferentes países, podendo estar relacionados às classes sociais e à equidade no Sistema de Saúde em questão. A relação entre família e suporte social é determinante no padrão de utilização. O *stress* familiar e as disfunções familiares estão diretamente relacionados ao número elevado de consultas/pessoa/ano. Identificou-se, também, que as famílias pertencentes às classes sociais menos favorecidas têm mais disfunções familiares do que as de outras classes sociais e, por esses motivos, consultam mais ⁽³⁶⁾.

Este último fator pode estar relacionado ao fato de que a maioria dos estudos é realizada com populações menos favorecidas, o que pode mascarar este tipo de informação.

Quando investigados os fatores socioeconômicos, como classe social e renda, a maioria dos estudos demonstrou que as classes sociais desfavorecidas tiveram uma maior morbimortalidade do que as demais. O que significa dizer, a morbidade é inversamente proporcional à renda familiar *per capita*, quanto menor a renda, maior a morbidade, menor é a escolaridade, pior a inserção social e mais acentuadas são as necessidades em saúde ^(34,36-42).

Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, que analisou a satisfação dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF), verificou que apesar de satisfeitos com o atendimento recebido, para alguns, o acesso se dava por falta de alternativa. Não tendo condições de pagar/arcar com os custos de um convênio optavam pelo atendimento na USF. De certa forma, ainda existe a ideia de que as unidades públicas de saúde são para quem não tem possibilidade de obter outro tipo de assistência, contradizendo a concepção de universalidade explicitada nas diretrizes do SUS ⁽⁴³⁾.

As necessidades de atendimento, quando percebidas pelo indivíduo ou por um profissional, podem dar origem a demandas ambulatoriais ou hospitalares ^(22,44). A satisfação dessas demandas depende dos recursos oferecidos e dos serviços desejados pelo solicitante. Aspectos da oferta de serviços têm papel importante na explicação da variação da utilização entre diferentes áreas.

Dos indivíduos que procuraram a emergência de um Hospital, em Pelotas – Rio Grande do Sul, 70% consideravam que seu problema apresentava risco de vida e essa percepção aumentava com a idade. Apenas 6,9% acreditavam que poderiam esperar até o outro dia para consultar. Um terço dos indivíduos havia anteriormente consultado pelo mesmo problema, na Rede Pública de saúde. A sugestão de consultar variou significativamente com a idade. Os extremos de idade foram motivados por familiares e amigos, os de idade entre 35 – 64 anos consultaram, principalmente, por decisão própria. Quase 20% dos usuários haviam consultado três ou mais vezes no Pronto Socorro (PS), no último ano e 6,5%, nos últimos três meses. Aproximadamente 17% referiram ter um convênio de saúde e 28,1% tinham médico definido. As mulheres referiram, mais frequentemente do que os homens, o fato de não ter conseguido agendar consulta médica como motivo de procura do Serviço de urgência ⁽⁴⁵⁾.

Outro fator decisivo na utilização é o vínculo com um profissional ou serviço de saúde, aliado às condições socioeconômicas e à presença de planos de saúde.

A presença de vínculo com um profissional médico foi considerada um marcador da qualidade da atenção, pois as pessoas com esta característica usavam mais adequadamente os Serviços, sendo um dos fatores mais importantes na determinação da utilização ^(11,36). Grupos sociais mais ricos tinham uma associação significativa com a presença de planos de saúde e também eram, pela facilidade de acesso, os que mais utilizavam os Serviços, se comparados aos desfavorecidos. Os mais pobres, por sua vez, eram os que possuíam menos vínculo definido com um profissional ou serviço ^(36,41). Na presença de plano de saúde ou uso regular de um Serviço as chances de utilização das pessoas de pior condição social aumentavam se comparada aos que não possuíam vínculo ⁽⁴⁶⁾. Isto quer dizer que, em condições de igualdade de acesso, as pessoas mais pobres conseguiam superar as restrições para uso de Serviços impostas pela sua condição social.

Também foi identificado que a utilização dos Serviços de urgência estava significativamente associada à categoria sem vínculo com profissional médico. As

peças que identificaram a urgência como seu lugar habitual de atendimento consultavam menos do que aquelas que possuíam um Serviço de referência ^(36,45,47). Crianças com médico definido realizavam mais consultas preventivas e menos por doença ⁽³⁶⁾. O mesmo ocorreu com as mulheres que, ao terem um médico definido, realizavam mais exames preventivos ^(36,48).

Estudo realizado na Universidade de São Paulo evidenciou que existia perfil desfavorável aos hipertensos atendidos em situação de urgência no PS, quando comparados com aqueles atendidos no ambulatório da Universidade. Os pacientes atendidos no PS apresentaram diferença, em relação à maior pressão arterial, sendo constatada hipertensão de grau moderado e grave, menor renda salarial e maior consumo de bebidas alcoólicas. Os pacientes do PS mediram menos a pressão arterial e deixaram de tomar medicamentos. Desses pacientes, 85% não pertenciam à comunidade da Universidade de São Paulo e ao Butantã, sendo que tinham dificuldades no acesso a Serviços de saúde e referiram ter buscado as Unidades de Saúde apenas quando se sentiram mal, em oposição aos do ambulatório da Universidade ⁽⁴⁹⁾.

Outro estudo realizado em São Paulo, no município de Francisco Morato, indicou que, antes da instalação das Unidades de Saúde da Família, 26,6% dos pacientes com diabetes e/ou hipertensão não tinham acesso a Serviços de saúde, 53% se deslocavam para Unidades ou hospitais de outros Municípios e 31,9% recebiam atendimento em programas de atenção básica local. O acesso à medicação também foi analisado, sendo que 57,8% dos usuários não receberam todo o medicamento no Serviço de Saúde e 63,9% deles tiveram gasto mensal com compra de medicamentos. Também foi detectado que 25% das anamneses eram incompletas e 43,7% dos exames físicos, insatisfatórios, o que poderia levar à dificuldade de adesão ao tratamento prescrito com agudização da doença e aumento das taxas de morbi-mortalidade ⁽⁵⁰⁾.

Estudos que incluíram fatores ambientais, disponibilidade do serviço e acessibilidade geográfica, demonstraram que a utilização se reduzia à medida que aumentava a distância entre as pessoas que demandavam atendimento e os Serviços de saúde. A proximidade pode ser avaliada, tanto no contexto das distâncias geográficas, quanto nas relações estabelecidas.

Estudo sobre a resolutividade dos problemas de saúde em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária, orientada sob os moldes dos Cuidados Primários em

Saúde, demonstrou que havia uma enorme insatisfação por parte da clientela da Unidade quanto à resolução de seus problemas de saúde, às formas de acesso e ao acolhimento dos usuários. Foi identificado que a procura pelos Serviços não ocorria apenas pelo desejo ou pela esperança do atendimento; também se fundamentava em avaliação de experiências vividas pelo paciente, vizinhos ou familiares, que acabavam determinando qual o Serviço que deveria ser acessado. Essa escolha ocorria independentemente de encaminhamentos feitos pelos profissionais ou pelos próprios Serviços de saúde ⁽⁵¹⁾.

Completando a ideia da procura por atendimento pelo usuário foi identificado que a escolha do Serviço de Saúde era fortemente influenciada pela forma como o usuário era recebido pela equipe de profissionais. A confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe, eram fatores marcantes na sua tomada de decisão ^(2,43,52).

Outro estudo que tratou sobre o acolhimento e o vínculo em uma Unidade de Saúde da Família, cujo modelo de assistência era o da vigilância da saúde, mostrou que mesmo para a população adscrita, havia dificuldade no acesso, no acolhimento e na formação de vínculo. Na Unidade ainda não havia uma responsabilização dos trabalhadores para com os usuários, as ações de saúde não proporcionavam a sua autonomia, principalmente as realizadas pela enfermagem, bem como o Serviço não estava organizado para acolher a demanda excedente ou para o que não correspondesse ao cardápio de ações oferecidas ⁽³⁾.

No município de Camaquã, Rio Grande do Sul, foi identificado que 82,7% dos usuários residentes escolheram como local para primeiro atendimento em saúde, a UBS, independentemente do problema apresentado no momento, enquanto apenas 17,3% procuraram o Hospital Geral ou PS, diretamente. Esse percentual foi maior nos Municípios vizinhos, em que 93,8% dos usuários tiveram a atenção básica como primeira escolha ⁽⁵³⁾.

Uma das explicações para tal fato pode ser a distância percorrida pelo usuário dos Municípios vizinhos e do Interior de Camaquã até o serviço de média complexidade, sendo mais interessante consultar uma UBS, do que o Hospital ou PS. Também não pode ser esquecido que a hierarquização do Sistema proposta no modelo piramidal exige o encaminhamento formal do médico da UBS para acesso aos demais níveis do Sistema. Essa dinâmica de organização, quando não é resolutiva, apenas burocratiza o atendimento e as relações.

Mas nem sempre o usuário tem sua demanda acolhida pelos profissionais ou Serviços no qual possui vínculo. Já foi identificado que existe uma distorção no fluxo de usuários com demandas menos urgentes, na rede de Serviços, com sobrecarga de atendimento naqueles de maior complexidade tecnológica, como por exemplo, nas Unidades de Pronto atendimento e hospitalares de urgência. Esse fenômeno foi chamado de demanda não urgente, indevida, inadequada ou ainda, falsa demanda aos Serviços de urgência ^(10,13-14,18,21-22).

Apesar da insistência de profissionais e gestores de que a atenção básica é o local ideal para o atendimento do usuário com demandas urgentes de baixa complexidade tecnológica, isso não tem acontecido com a frequência esperada. Nessas situações, os pacientes não conseguem acesso ao atendimento imediato, sendo encaminhados para Serviços de urgência, sem que haja comunicação prévia entre os Serviços envolvidos. O atendimento prestado na UBS de pouco servia para o acesso direto a outros pontos do Sistema, cabendo ao usuário a prerrogativa de buscar sozinho pelo atendimento, o que deveria ser uma garantia do Sistema como um todo ⁽¹⁾.

O perfil da “falsa demanda” (grifo do autor) atendida pela Unidade de pronto atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá, Paraná, seguia o mesmo padrão daquela atendida nas Unidades de atenção básica, sendo 43% dos atendimentos para crianças de 0 – 12 anos; 42,6%, para doenças do aparelho respiratório, 25%, patologias infecciosas e 8%, patologias osteomusculares, totalizando 75% dos casos atendidos no pronto atendimento. Desses, 81,4% foram encaminhados para suas residências, após terem sido atendidos na urgência ⁽⁵⁴⁾. Significa dizer que esses usuários poderiam ter sido acolhidos pela rede básica se para lá tivessem dirigido sua demanda ou se os serviços estivessem organizados e estruturados para tal.

A sobrecarga dos serviços de urgência ocasionada por demandas ambulatoriais é um problema comum a todos os hospitais do País. No Rio de Janeiro, nos hospitais estudados, a maior parte dos atendimentos era prestada nas situações caracterizadas como não-urgentes que, na lógica do SUS, poderiam ser atendidas pelas UBS e pelos Ambulatórios especializados ⁽⁵⁵⁾.

Estudo realizado nas portas de entrada da urgência do Município de Marília, São Paulo, conclui que a urgência funciona como um termômetro do Sistema de Saúde local, pois é nessa porta que se constata a falência e o sucateamento da

Área da Saúde, assim como a não-acessibilidade universal, a não-equidade, a miséria e a agudização da desassistência da população que utiliza o SUS, com prejuízo para aqueles que mais necessitam de cuidados ⁽⁵⁶⁾.

Conforme o explicitado, as dificuldades no acesso e na resolução de demandas não ocorrem somente nas Unidades de Atenção Básica; mesmo os hospitais impõem ao usuário inúmeras restrições. Ao usuário são impostos bloqueios, desde a sua chegada ao setor de urgência, de forma que é obrigado a passar por um funil até conseguir, ou não, o atendimento pretendido ^(32,57). Os não-acessos podem ser constatados pelas desistências que são ocasionadas pela demora, pela restrição do número de atendimentos imposta aos usuários, pela limitação de recursos humanos e materiais, pelo acolhimento inadequado proporcionado pelos profissionais da saúde e pela falta de vínculo com os Serviços, ocasionado pela baixa resolutividade das ações.

O fenômeno da superlotação dos Serviços hospitalares de urgência relacionados às demandas não urgentes não ocorre só no Brasil. Estudos na França ^(17,18,58), Turquia ⁽²¹⁾, Colômbia ⁽¹³⁾, Cuba ⁽¹⁴⁾, Estados Unidos ⁽²²⁾ e Canadá ⁽⁵⁹⁾ apontaram evidências de que os Serviços de urgência são a principal referência para a população com demandas consideradas não urgentes. Por apresentarem maior complexidade tecnológica e estarem abertos nas 24 horas do dia, são mais atrativos do que as Unidades de atenção básica. A angústia sentida pelos pacientes, opinião de familiares e vizinhos, proximidade geográfica, medicalização da atenção e falta de vínculo com um profissional são motivos de procura das Unidades de urgência.

O SAMU 15, de Paris, França, no período de 10 anos, atendeu a um número significativo de chamados que poderiam ser caracterizados como missões de bom samaritano. Foi identificado que as pessoas que imigravam, as que estavam expostas às situações de violência, ao medo e à insegurança e as que não dispunham de um médico de família ou pessoa que pudesse dispensar um conselho, ensinamento ou cuidado, desenvolviam sintomas pouco claros, do ponto de vista médico. Estas questões não resolvidas aumentavam o consumo de Serviços de saúde, especialmente os da urgência ⁽¹⁷⁾. Esses serviços de urgência eram frequentemente considerados como um tipo de supermercado para exames complementares. Foram destacados como motivos de utilização das emergências: para se informar do estado de saúde, (71%), para ser confortado, (50%), para

confiar em alguém, (30%). Também é importante destacar as questões psicológicas por demanda de cuidados ⁽⁵⁸⁾.

Em Marseille, na França, foi identificado que 44,8% dos pacientes que buscaram um Serviço hospitalar de urgência tiveram demandas caracterizadas como não urgentes na triagem realizada pelas enfermeiras. Também buscaram espontaneamente o Serviço, 76,4%. Teve contato com um profissional da saúde anteriormente a visita, 17,6% e procuraram um departamento médico-legal, 5,9%. Os principais motivos para a utilização foram: uma resposta rápida para uma sintomatologia dolorosa, 55,3%; disponibilidade para exames de laboratório, investigações radiológicas e prescrição de medicamentos, 37,6%; por dificuldade no agendamento de uma consulta com um médico generalista, 22,3%. As enfermeiras, ao identificarem demandas não urgentes, ofereciam aos pacientes uma consulta em um ambulatório próximo ao hospital. Os resultados evidenciaram que os pacientes tendiam a aceitar a alternativa oferecida, desde que lhes fosse garantida a assistência em uma estrutura adequada e próxima do serviço de urgência, em horário compatível com a sua necessidade e que houvesse habilidade da equipe de saúde para tal prática ⁽¹⁸⁾.

Dos pacientes atendidos na Unidade de emergência do Hospital Clínico Militar de Haydarpasa, em Estambul, Turquia, 40%, nunca tinham procurado uma Unidade ambulatorial antes do serviço de urgência e, 35%, foram ao hospital acreditando que somente esse serviço manejaria seu caso com melhor propriedade. Dentre eles, 20% declararam que procuravam esse serviço para qualquer problema de saúde. A maioria dos pacientes disse que esse serviço manejava mais rápido e facilmente todos os problemas. Poucos pacientes, 4%, relataram problemas para agendamento de consulta; 1% teve necessidade de aguardar familiar, após o trabalho, para o transporte. Dos que apresentaram algum tipo de demanda urgente, 20%, foram hospitalizados. Os autores concluem que as visitas desnecessárias aos Serviços de urgência poderiam ser reduzidas por um incremento de ações culturais e educativas na comunidade, assim como uma expansão das Unidades de atenção primária, com incremento do número de horas em que elas estivessem disponíveis ao público ⁽²¹⁾.

O acesso e as oportunidades da atenção às urgências foram avaliados em 27 Serviços de urgência de Medellín, Colômbia, nos níveis primário, secundário e terciário. Dos pacientes que buscaram os Serviços de urgência, 10,6%, não foram admitidos, sendo que a principal causa para não admissão foi devida ao fato de a

consulta não ser considerada urgente, seguida daqueles que não pertenciam à rede na qual procuraram atendimento, 16%. A grande maioria dos pacientes, 89,4%, tinha sido admitida. Desses, 13,8% já haviam consultado um Serviço de urgência pela mesma causa, nas últimas 48 horas ⁽¹³⁾.

O estudo de Cuba em que foi avaliada a utilização dos Serviços de urgência demonstrou que havia uso irracional pela população, tanto no hospital quanto no Policlínico, o que gerava uma sobrecarga indevida de pacientes aos Serviços de urgência. Foi demonstrado que havia uma associação significativa entre a idade e horário de atendimento. Essa utilização se deu, principalmente, por jovens em horários escolares e laboral ⁽¹⁴⁾.

Com frequência existe uma divergência entre o que é percebido como urgência pelo usuário e seus familiares e o que é definido pelos profissionais, visto que, em vários estudos, as demandas que fogem das definições clássicas são consideradas como indevidas. A percepção da urgência é influenciada pelos aspectos culturais e sociais de cada pessoa ou região, assim como a necessidade de atenção imediata que depende, tanto do ponto de vista do paciente, quanto das estruturas assistenciais e a finalidade de cada Serviço.

Para os profissionais, está muito relacionada aos aspectos disciplinares e objetivos baseados nos critérios clássicos de gravidade biomédica. Para usuários, diz respeito à subjetividade, aos sentidos atribuídos para sinais e sintomas de algo que não vai bem.

Também cabe destacar que na maioria das Instituições o modelo hegemônico tem privilegiado as ações curativas, individuais, hospitalocêntricas, com intervenções medicalizantes. Esse aspecto foi destacado para reforçar a afirmação de que a percepção da urgência de usuários e profissionais traz consigo o modelo biomédico, construído ao longo do tempo como uma prática social. A mudança desse paradigma não ocorrerá unilateralmente, exige um esforço concentrado de vários atores sociais, com atuação em rede.

As transformações no modelo de atenção à saúde, no Brasil, têm evidenciado que apesar do investimento nas ações, em vários âmbitos, a esfera da atenção hospitalar ainda carrega a marca da resolutividade. O hospital continua sendo para a população e para os profissionais da Área, o local por excelência para a prestação das ações de saúde, tendo o médico como figura-chave na assistência ⁽⁶⁰⁾.

Os serviços hospitalares respondem por situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de situações que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade. A demanda espontânea de usuários aos serviços de urgência indica uma nítida e persistente preferência por formas de atendimento em pronto socorro e hospitais e que apesar de todo o incremento da rede ambulatorial e da expansão das Equipes de Saúde da Família, usuários mantêm a preferência por atendimentos nas Unidades de urgência.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), implantada em 2003, classifica e caracteriza todos os componentes do atendimento de urgência, sendo-lhes conferidas atribuições e responsabilidades e definidas as necessidades relacionadas a recursos humanos, físicos e organização assistencial a que cada nível deveria atender ⁽²³⁾.

O pressuposto fundamental dessa Política é de que a todos os pacientes seja garantido o atendimento nos Serviços, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada no Sistema, de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, mediante a implantação de redes de atendimento às urgências que se propõem a qualificar a assistência, articular os Serviços, definir fluxos de referência e contra-referência, qualificando a universalização do acesso, a equidade na distribuição de recursos e a integralidade do cuidado prestado aos usuários.

Os diferentes níveis de atenção devem se relacionar um com o outro, formando uma rede assistencial; assim, cada Serviço complementaria a ação de outro, por meio de mecanismos organizados e pactuados. Isso só ocorrerá se os Serviços se reconhecerem como parte integrante desse Sistema, atendendo adequadamente o paciente naquilo que corresponder à sua capacidade resolutive, responsabilizando-se pelo seu encaminhamento somente nos casos em que não for possível assumir o cuidado, por incapacidade de recursos tecnológicos.

Para que isso aconteça, é fundamental que haja investimento na sensibilização de gestores e na capacitação de profissionais da saúde para o atendimento da urgência, de forma que os Serviços possuam condições de infraestrutura física, de recursos materiais e de equipamentos para prestarem o primeiro atendimento ou a estabilização dos quadros de urgência, para, posteriormente, encaminhar o paciente para Unidades de maior complexidade e densidade tecnológica.

Assim, o SAMU tem sido utilizado como uma estratégia capaz de proporcionar acesso rápido e resolutivo dos usuários ao Sistema de Saúde, estabelecendo interface de interlocução entre diferentes serviços e Instituições. Embora a legislação seja avançada e possua elementos claros para a organização e hierarquização das urgências, com ampliação do acesso e melhora da qualidade do que é ofertado à população, a realidade tem mostrado que ainda é preciso construir e ampliar espaços de discussão, articulação e pactuação da rede de atendimento.

No atendimento prestado às vítimas decorrentes de acidentes de trânsito, constata-se que há fragilidade na interlocução do médico regulador (MR) com a rede assistencial, principalmente no nível hospitalar, visto que o médico dificilmente tem autoridade sobre os Serviços de saúde, necessitando negociar o encaminhamento dos pacientes vítimas de trauma ⁽²⁸⁾.

Estudo recente identificou que a regulação médica precisa aprimorar a relação com as portas da urgência, visto que, pelas dificuldades inerentes à falta de vagas e à superlotação, na maioria das vezes, acessam Serviços com maior complacência, nem sempre correspondendo a vocação do Serviço versus à gravidade dos casos ⁽³⁰⁾. Isso pode ocorrer tanto nos casos de menor gravidade que são encaminhados para hospitais terciários quanto às urgências graves que são trazidas ao pronto atendimento, justamente pela dificuldade em estabelecer autoridade sobre as Instituições.

Em outro estudo realizado em cinco Capitais de Regiões brasileiras, com altos índices de acidentes e violências, foram identificadas constantes dificuldades no acesso de pessoas atendidas pelo pré-hospitalar móvel, nos hospitais. Pacientes com quadros graves sequer eram recebidos nas Unidades de emergência, com a alegação de falta de especialistas, exigindo da equipe do pré-hospitalar móvel uma peregrinação pelos Serviços, na busca de atendimento. Em algumas cidades é relatada a desarticulação do pré-hospitalar móvel com o atendimento de urgência, o que traz prejuízos ao atendimento dos usuários ⁽⁶¹⁾.

A recepção nos Serviços enfrenta, em boa parte das vezes, reflexos da falta de retaguarda. Pacientes aguardando por atendimento durante horas, sentados em cadeiras, mal acomodados, em espaços superlotados, com a Unidade de urgência transformada em área de internação é bastante comum, com tempo de permanência de dia a meses ^(10,62).

As demandas aos Serviços de emergência chegam de forma desorganizada, rotineiramente não há classificação de necessidades, os atendimentos são feitos, na maioria das vezes, por ordem de chegada, sem qualquer avaliação prévia do caso e conforme o que é ofertado. Não é incomum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento, mesmo já estando no interior de um Serviço de urgência. Habitualmente as urgências sangrantes e ruidosas são mais facilmente priorizadas pelos profissionais ⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾. Foi identificado, também, que apesar de reconhecidas e priorizadas como urgências graves em uma etapa do processo de trabalho de um Hospital universitário do Interior do Rio Grande do Sul, pacientes, depois de estabilizados, tinham cuidados negligenciados na sala de observação. Esse descaso era justificado pela superlotação da Unidade de urgência, pela falta de leitos hospitalares e pela carência de recursos humanos ⁽¹⁰⁾.

Essa forma de organização da urgência acarreta prejuízos à saúde dos pacientes, agravamento dos casos e conseqüente aumento dos gastos em saúde.

Constata-se que há um descompasso entre o desenho tecnológico necessário para o atendimento e o cotidiano de trabalho das equipes nos diferentes componentes da urgência, sem contar o contexto pós-hospitalar, em que a atuação é insignificante, o que traz reflexos nas demandas por atendimento a domicílio.

Um sistema sem muros e sem barreiras de acesso nos diferentes níveis de atenção otimizaria recursos e possibilitaria cuidados adequados. Essa ideia foi defendida por Contandriopoulos e Hartz ⁽⁶³⁾, reconhecendo que esse ideário é difícil de ser executado.

Embora não exista Sistema perfeito, destaca-se o modelo de organização de uma Unidade de emergência hospitalar do Interior paulista, que adotou a mudança na organização do trabalho e da gestão das urgências, contribuindo para que a superlotação fosse equacionada, por meio da redução do número de consultas e da taxa de ocupação do hospital, com aumento da média de permanência, da complexidade dos casos atendidos e do custo médio das internações, transformando-se em um centro de referência nos atendimentos de elevada complexidade, assim como para a formação e capacitação de profissionais da urgência ⁽⁶⁴⁾.

O estrangulamento das portas de entrada da urgência pode ser explicado por dois fenômenos distintos: um deles é a superlotação das Unidades de urgência, causada por um problema de gestão de rede, mas que não repercute para dentro do

hospital, porque não interfere no número de internações; outra é a superlotação por insuficiência de leitos e má gestão/regulação dos leitos do hospital ⁽⁶⁵⁾.

Esse fato pode ser evidenciado em estudos como segue: em um Serviço hospitalar de urgência do Rio Grande do Sul, mais da metade dos usuários, menores de 65 anos, tiveram alta depois da consulta médica; dentre os idosos, 44% tiveram o mesmo encaminhamento. Os idosos tiveram maior percentual de internação, 18,6%, do que os mais jovens, que foi de 4,1%. Apesar disso, constatou-se que a maioria dos usuários foi atendido e encaminhado ao domicílio, o que caracterizou a menor gravidade dos eventos ⁽⁴⁵⁾.

Outro estudo realizado em hospital de grande porte de Porto Alegre evidenciou que 61% dos pacientes atendidos foram identificados em situações de urgência e 39%, eletivas. Dentre os pacientes atendidos, 73% foram encaminhados para especialistas, 10% ficaram em observação e 5%, foram internados ⁽¹¹⁾.

Comumente o caos vivenciado pelas Unidades de urgência é tratado como fenômeno único, com maior responsabilização à organização do trabalho na atenção básica e à desinformação/desconhecimento da população da hierarquia do Sistema.

Muitos estudos identificam a necessidade de uma expansão da responsabilidade e da estruturação das unidades de atenção básica para que esteja apta ao pronto atendimento das demandas de urgência, considerando que dessa forma haverá impacto na redução de atendimento inadequado às urgências hospitalares ^(6,11,45). Contrariando essa visão de que ocorrem aos serviços de urgência usuários que não conseguem acesso ou vínculo a um Serviço de saúde, em estudo realizado em Barcelona, Espanha, em que o acesso à atenção primária é universal, acessível e de qualidade, foi constatado que também havia procura excessiva pelas Unidades de urgência por pessoas com demandas consideradas não urgentes ou inapropriadas à sua finalidade. Concluem que a elaboração de um autodiagnóstico, pelo usuário, mediado pelo fator tempo determinam sua ação. O conhecimento da oferta de serviços, aliado às experiências prévias e situação vital da pessoa modula as demandas ⁽²⁰⁾.

À medida que as portas de urgência convivem com a rotina da superlotação, maiores são as dificuldades para o recebimento de usuários transportados pelo SAMU. A concepção de que o SAMU gera demandas, e, ao gerá-las, onera ainda mais os superlotados serviços de urgência são comuns entre os profissionais ^(66,30).

Esse estigma traz conflitos, que evidenciam de forma marcante, fragilidades nos fluxos e lacunas na organização da urgência.

Essas considerações remetem ao papel da regulação das urgências que é operacionalizada por meio das Centrais de regulação. As demandas de urgência são pontos de pressão por respostas rápidas e, para tanto, as Centrais deveriam ser capazes de receber as demandas, prestar atendimento, quando necessário, direcionando pacientes aos locais mais adequados para a continuidade do tratamento. Além disso, contribuem para a identificação de vazios de Serviços, lacunas assistenciais e apontam necessidade de usuários, construindo um Sistema mais justo.

Embora recente, a inserção do SAMU no cenário das urgências tem demonstrado que é um Serviço que ocupa uma posição de importância no atendimento de demandas da população, dos Serviços de saúde, assim como de outras Instituições ^(30,67).

O atendimento do SAMU se desenrola em uma cadeia de responsabilidades: telefonistas que acolhem o pedido de socorro e desencadeiam o acesso ao serviço de saúde; médicos que atendem demandas por telefone e tentam buscar a melhor resposta para cada solicitação; profissionais de enfermagem que assistem o paciente a partir de prescrições à distância; condutores de veículos que, além de dirigirem a ambulância, participam das intervenções de saúde; operadores de rádio que são decisivos para um deslocamento consequente ⁽³⁰⁾.

O atendimento feito pelo médico regulador na Central de regulação de urgência assume diferentes dimensões que dependem de responsabilidade de outros segmentos. As pactuações entre os serviços são o esteio para a regulação das urgências. No entanto, ainda está distante do preconizado: os acordos institucionais são frágeis, não resultam na organização dos fluxos, recaindo sobre o plantonista a decisão de acatar ou não o encaminhamento do paciente, cuja decisão nem sempre traduz os acordos estabelecidos ⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

Há um desgaste gerado cotidianamente, que atinge tanto a Central de regulação, quanto às equipes de atendimento. Essas equipes, quando mal recebidas nos Serviços de saúde, têm sua motivação comprometida ⁽³⁰⁾. Também foi identificado que, na maioria das vezes, são os profissionais que precisam resolver o recebimento dos pacientes nas portas da urgência, o que deveria estar articulado, do ponto de vista técnico e administrativo. Os confrontos existentes provocam mais

tensão no trabalho, fazendo com que os profissionais sintam-se pouco reconhecidos pelo que fazem ⁽⁵⁵⁾.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móveis acumulam funções de assistência e de leitura da realidade local, pois utilizam informações, em tempo real, que evidenciam as demandas da população, assim como as fragilidades do Sistema de Saúde. Como um dos componentes da urgência tem potencialidade para interligar ações e serviços em rede, além de servir de ferramenta de avaliação e desempenho do Sistema de Saúde da Cidade.

Como se acredita que o SAMU tem uma importante atuação na redução da morbimortalidade por agravos que requerem pronta atenção e que se constitui em observatório do Sistema de Saúde da Cidade foi elaborada a questão de pesquisa: **Como a organização do atendimento do SAMU define a sua utilização e regula o acesso de usuários com demandas clínicas aos cuidados no Sistema Municipal de Saúde?**

Nesse sentido, procurou-se compreender a utilização do SAMU pelos usuários com demandas clínicas e as condições de acesso, de forma a contribuir para qualificação do atendimento e planejamento do Sistema de Saúde, agregando novos aspectos para reflexão nos Serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Portanto, foi sintetizado o objeto do estudo na **análise das demandas clínicas a um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, dos motivos de utilização desse Serviço e a regulação do acesso de usuários aos cuidados no Sistema Municipal de Saúde.**

Com base no exposto e respondendo à questão norteadora, explicita-se a tese que sustenta este estudo: **Os usuários com demandas clínicas procuram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência como um meio rápido e eficaz de obter cuidados, independente da gravidade da demanda. A organização do atendimento no SAMU tem potencialidade para identificação das demandas clínicas, possibilitando interface com diferentes serviços de saúde e regulando o acesso de usuários ao Sistema de Saúde para aqueles que o utilizam.**

3 OBJETIVOS

- Analisar a utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pelos usuários com demandas clínicas, identificando suas características e os motivos de utilização do Serviço.
- Analisar o potencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para identificação das demandas clínicas e organização da rede de atenção.
- Analisar a regulação do acesso de usuários com demandas clínicas ao Sistema Municipal de Saúde a partir do atendimento prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se como estratégia de investigação a triangulação de métodos. Essa estratégia pode ser compreendida como sendo uma dinâmica de investigação que possibilita o uso de mais de uma técnica de coleta de dados, na mesma pesquisa, proporcionando maior efetividade dos resultados, do que se fosse usada apenas uma ⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

A triangulação resulta em um aumento da qualidade e quantidade dos dados utilizados, possibilitando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a visão de vários informantes ou pesquisadores e o emprego de várias técnicas de coleta de dados. Seu uso permite interação, crítica intersubjetiva e comparação ⁽⁷¹⁾.

Com a triangulação é possível acompanhar, avaliar ou compreender o desenrolar de uma proposta, projeto ou Serviço, subsidiando correção de rumos e a re-orientação de estratégias de ação, de forma a questionar limites, incluindo os atores sociais como sujeitos de avaliação. Em síntese, a triangulação de métodos exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa, de forma a apreender as dimensões quanti-qualitativas do objeto. Ela deve atender, tanto aos requisitos do método quantitativo, quanto qualitativo, garantindo a representatividade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, dando a magnitude, cobertura e eficiência de determinado assunto, projeto ou programa em estudo ⁽⁷¹⁾.

A abordagem qualitativa permitiu apreender a realidade e compreender os processos sociais que se manifestaram no cotidiano do trabalho desenvolvido pelas equipes do SAMU e que tiveram reflexos nos atendimentos prestados aos usuários que buscavam resolução de necessidades nesse Serviço. Essa abordagem favoreceu a observação e identificação de vários elementos, de forma simultânea, a fim de compreender e descrever o contexto onde os fenômenos se desenvolveram.

A abordagem quantitativa propiciou identificar as características das demandas, dos usuários atendidos, assim como aspectos referentes aos atendimentos das equipes e da participação dos Serviços como porta de entrada da urgência.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no SAMU de Porto Alegre, um Serviço Público Municipal de APH móvel, que realiza atendimentos em situações de urgência clínica, traumática, psiquiátrica e obstétrica, em via pública, Serviços de saúde ou domicílio (APH primário), além do transporte de pacientes que necessitam transferências interserviços de saúde (APH secundário).

Parte de sua estrutura está localizada junto ao Hospital de Pronto Socorro (HPS), onde se situam a Gerência do Serviço, a Central de Regulação de Urgência e unidades móveis de suporte básico e avançado de vida (ambulâncias). Compõem a estrutura do SAMU onze bases descentralizadas em diferentes Regiões da Cidade, onde estão instaladas 12 Unidades de Suporte Básico (USB) e 3 de Suporte Avançado (USA).

As Unidades de suporte básico estão localizadas nas Bases: HPS (2 unidades), Cavahada, Restinga, Bom Jesus, Lomba do Pinheiro, Centro Vida, Belém Novo, Navegantes, Cruzeiro do Sul e Partenon. As Unidades de suporte avançado se localizam nas Bases HPS, Cavahada e Hospital Cristo Redentor.

Cada Base possui uma infraestrutura mínima que acomoda as equipes. Dela fazem parte cozinha, banheiro, dormitório e local apropriado para estacionamento da ambulância. Os profissionais assumem o plantão na Base, o deslocamento da equipe é feito, por meio do sistema de rádio-comunicação, a partir da deliberação do médico regulador, na Central de regulação. Também fazem parte da frota, ambulâncias para substituição das que estão em manutenção preventiva ou corretiva.

Nas onze Bases estão distribuídas doze ambulâncias de suporte básico, três avançadas e um veículo leve, denominado de veículo rápido (VR), utilizado para deslocamento da equipe de suporte avançado à cena, nas situações em que se faz necessária a intervenção médica.

Cada Base tem sob sua responsabilidade uma determinada área de cobertura. Embora seja uma ferramenta administrativa que aglutina os bairros por proximidade, pela facilidade dos fluxos viários, propicia a organização e distribuição das equipes e das ambulâncias; apesar disso, não obedece a critérios rígidos de adscrição de clientela ou de regionalização, como, por exemplo, os utilizados na

atenção básica de saúde. Se assim fosse, desvirtuaria a combinação entre princípios de acesso, racionalidade de meios e garantia de atendimento imediato⁽³⁰⁾.

As equipes são compostas por 16 enfermeiros, 52 auxiliares/técnicos de enfermagem, 48 médicos reguladores/intervencionistas, 67 condutores, 16 Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Rádio-operadores (RO).

As unidades de suporte básico contam com condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem. Os técnicos e auxiliares de enfermagem desempenham as mesmas atribuições, não havendo diferenciação no desempenho assistencial. Os condutores, além de dirigir a ambulância, participam dos atendimentos, dentro dos limites de sua função, como suporte às equipes. Compõem as equipes de suporte avançado enfermeiras, médicos e condutores. Os médicos que atuam na assistência desempenham as funções, tanto de regulação, quanto de intervenção.

O Serviço ainda conta com equipe de coordenação e gestão, assim distribuída: uma médica como gerente do Serviço, uma responsável técnica médica, um assessor técnico, uma enfermeira responsável técnica pela enfermagem e uma enfermeira responsável pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP). A estrutura administrativa é formada por quatro profissionais de apoio administrativo.

As equipes trabalham em regime de plantões, cobrindo às 24 horas, nos dias da semana. A totalidade das equipes de enfermagem e condutores tem carga horária semanal de 40 horas e, a maioria dos médicos, de 30 horas. As equipes são distribuídas nos turnos diurnos e noturnos. Os telefonistas auxiliares de regulação são contratados por regime de terceirização.

A Central de regulação foi informatizada em junho de 2004. Todas as chamadas recebidas pelo número 192 são gravadas. O mesmo não acontece com as ligações originadas pela Central de regulação, por deficiência do sistema cuja gravação não foi prevista.

Todas as equipes desenvolvem ações sob as orientações do médico regulador, especialmente equipes de suporte básico. As condutas a serem tomadas, no momento do atendimento, dependem da comunicação entre a regulação e equipe em ação.

Em 2008, a Central de regulação do SAMU de Porto Alegre recebeu pelo número 192, 580.111 ligações telefônicas. Da totalidade, 35,8% foram trotes, 22% engano, 15,6% pedidos de informação ao TARM, 11,4% ligações incompletas, 1,8% ligações repetidas, 0,5% ligações fora do perímetro de Porto Alegre.

Resultaram em regulação médica 14% das demandas. Dessas, 33% foram avaliadas como não pertinentes ao serviço, 17,3% não possuíram dados suficientes para tomada de decisão, pelo médico regulador, e 49,7% foram consideradas pertinentes ao Serviço. Após essa avaliação, 82,1% das demandas foram consideradas, necessárias e possíveis de serem realizadas, imediatamente, por equipes de socorro. As demais demandas, 17,9%, aguardaram atendimento porque não havia meios para realizá-las. Dos atendimentos necessários, porém sem meios, 11,5% não receberam atendimento.

O APH realizado teve média diária de 110 atendimentos e mensal de 3.306, sendo que a média diária do APH primário foi 88 atendimentos, e a média mensal, 2.652.

4.3 COLETA DE DADOS

Previamente deu-se entrada em campo por meio de contatos realizados pelo grupo de pesquisa do projeto intitulado: Epidemiologia, territorialização e organização do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência de Porto Alegre, no qual este estudo está inserido.

Fez-se contato com a Coordenação do SAMU de Porto Alegre para apresentação da pesquisa e para organização da coleta de dados; contactou-se com as equipes nas reuniões do NEP e nas visitas ao Campo de Estudo. A coleta de dados foi feita pela pesquisadora, contando-se com a colaboração de uma bolsista de Iniciação Científica, que foi capacitada para a realização das entrevistas e das observações. Essa opção se deu por três aspectos: maior agilidade na coleta de dados, possibilidade de observação em diferentes locais e turnos de trabalho, ao mesmo tempo, e inclusão de um novo olhar ao objeto a ser investigado, podendo resultar no enriquecimento dos dados ⁽⁷⁰⁾.

A coleta se iniciou pela leitura dos dados produzidos pelo Sistema de informação do SAMU. Esta fase inicial originou um estudo preliminar sobre as características dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU, a participação da enfermagem no atendimento e a recepção desses pacientes nos Serviços de saúde. Esse estudo possibilitou identificar o volume de atendimento realizado pelas equipes de atendimento por Bases, definindo os critérios para a seleção da amostra dos atendimentos e dos locais para a coleta de dados.

Na etapa qualitativa foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: observação e entrevista semi-estruturada, iniciando-se pela observação de campo, seguida das entrevistas com os profissionais, que se deu após a familiarização das situações vivenciadas.

Na última etapa foi realizada a coleta dos dados secundários, obtidos nos registros da Central de regulação do SAMU, etapa quantitativa.

A seguir serão especificadas as etapas da coleta de dados:

4.3.1 Etapa Qualitativa - Observação

A observação, como instrumento de coleta de dados, visou à captação de uma variedade de situações ou fenômenos, bem como aproximar-se o mais possível da realidade dos atendimentos do SAMU. Foi utilizada para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos, de microrrealidades, objetivando a compreensão de sua lógica interna e específica, partindo da Central de regulação, do atendimento prestado pelas equipes e da regulação das portas de entrada da urgência.

As observações iniciaram na Central de regulação do SAMU. Após a identificação da dinâmica dos atendimentos, foram feitos os primeiros acompanhamentos dos mesmos, nas Bases que foram escolhidas, intencionalmente, em pontos estratégicos da Cidade, na Região Norte (Centro Vida), Leste (Bom Jesus), Central (HPS) e Sul (Cavanhada), conforme os dados do sistema de informações da Central de Regulação de Urgência do SAMU de Porto Alegre. Os atendimentos foram acompanhados, desde a saída da Base, na cena da ocorrência e nas portas de entrada do usuário no Sistema de Saúde, local definido, pelo médico regulador, para desfecho desse processo.

As equipes foram acompanhadas em três turnos de atendimento: manhã, tarde e noite. As observações iniciaram no mês de setembro de 2008 e terminaram em março de 2009. Nas Bases das Regiões Central e Sul, também, foram observados atendimentos das equipes de suporte avançado, em Unidade de suporte avançado e veículo rápido.

Junto ao NEP foi organizada uma planilha com o nome dos profissionais plantonistas das equipes de suporte básico e avançado das Bases selecionadas para a observação, de forma que se pudesse organizar um cronograma que

contemplasse diferentes locais e equipes. Os profissionais foram contatados previamente pelo NEP e comunicados da presença das pesquisadoras no campo. Em nenhum momento houve a presença de duas pesquisadoras na mesma Base. A recepção dos profissionais foi positiva, havendo interesse pelo estudo. A cada dia de observação era comunicado à equipe o dia em que se daria o retorno à Base.

A observação seguiu um roteiro (Apêndice A) que foi registrado em diário de campo, onde foram feitas anotações das situações de atendimento, das conversas ocorridas e a progressão da pesquisa. Esse instrumento serviu de ferramenta de coleta e, ao mesmo tempo, de interpretação e análise, o que contribuiu para o processo de investigação ⁽⁷²⁾. Além dos registros metodológicos e analíticos, também foram feitos registros teóricos, no diário de campo, quando foram identificadas situações já descritas na literatura ⁽⁷⁰⁾.

A duração da fase de observações esteve orientada pelo princípio da saturação. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas. É usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Nesse caso, as informações coletadas, com certo número de sujeitos ou situações, passam a apresentar repetições em seu conteúdo. Entende-se que poucos acréscimos significativos possam aparecer em vista dos objetivos da pesquisa, assim a pesquisadora decide encerrar a sua amostragem ⁽⁷³⁾.

Os horários das observações foram distribuídos, nos dias da semana e nos turnos de trabalho, não sendo realizadas no turno da madrugada (da meia noite às 6h). Houve 32 turnos de observação, totalizando 133 horas. Cada turno correspondeu a um período, em que foram descritos e analisados os atendimentos e os diálogos com usuários e profissionais. O tempo mínimo foi de 1h30min e o máximo de 13h20min. A seleção de situações para observação do atendimento em face se deu de forma intencional, durante os turnos, sendo que nas Bases compostas por uma equipe, foi decidido acompanhá-las nas diferentes demandas de socorro, não apenas nas demandas clínicas. Esta decisão foi tomada para que não houvesse desperdício de oportunidades de atendimento, visto que no trajeto de retorno à Base poderiam surgir novas solicitações de atendimento. As observações foram codificadas e apresentadas neste texto como **OBS**.

Os registros das observações foram digitados, logo depois de cada coleta, o que permitiu a inclusão de detalhes dos fatos descritos. Os arquivos, contendo as

observações, foram transportados para o *software* ATLASTI.6.

4.3.2 Etapa Qualitativa – Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista semi-estruturada foi utilizada com a finalidade de conhecer a perspectiva dos profissionais quanto ao trabalho que realizavam no SAMU e a sua compreensão das demandas e motivos de utilização, fazendo o contraponto com os dados obtidos por meio das observações. A entrevista é um dos caminhos para se chegar às realidades múltiplas, procurando refletir sobre as muitas visões de um mesmo cenário ^(70,74).

O número de entrevistas foi definido pelo critério de saturação quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentaram ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estavam sendo coletados ⁽⁷³⁾.

As entrevistas com os profissionais seguiram um roteiro previamente definido (Apêndice B), com questões abertas e fechadas sobre o atendimento das situações de urgência. Foram realizadas no turno de trabalho de cada profissional, previamente contatado. A seleção foi feita de forma intencional, considerando-se que os profissionais tivessem participado de situações de atendimento, nos períodos observados.

Os profissionais foram convidados para responder à entrevista, a partir da possibilidade de participarem durante seu período de plantão, nos intervalos em que as equipes não estivessem em atendimento. Essa decisão levou em conta evitar a sobrecarga dos profissionais, caso viessem, para a entrevista, fora do seu horário de trabalho. A maioria foi entrevistada durante os períodos reservados para observação, em que a equipe estava na Base, aguardando uma possível chamada para atendimento.

Em quatro situações foi necessário que se comparecesse especialmente para fazer a entrevista, devido ao intenso movimento, no dia da observação.

Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, as entrevistas foram gravadas por meio digital e transcritas na íntegra. A duração das entrevistas foi estabelecida pela participação dos profissionais, havendo o cuidado e a preocupação de não interromper suas atividades, haja vista que se tratava de um

serviço de urgência. Não houve dificuldade para que as entrevistas fossem realizadas, sendo que, ao iniciá-las, foram oferecidas informações sobre sua finalidade e sobre o estudo.

As entrevistas também foram transcritas e identificadas neste texto com a letra **E**, seguidas da função exercida pelo profissional entrevistado. Foram codificadas da seguinte forma: **EC** para condutores, **ETE** para auxiliares/técnicos de enfermagem, **EE** para enfermeiros, **EM** para médicos, **ETARM** para telefonistas Auxiliares de Regulação Médica. Foram entrevistados 5 condutores, 5 enfermeiros, 7 auxiliares/técnicos de enfermagem, 6 médicos e 2 TARMs, totalizando 25 participantes.

O roteiro da entrevista foi testado, inicialmente, com três profissionais; a partir daí decidiu-se modificar uma das perguntas devido à dificuldade de compreensão pelos participantes e à necessidade de explicações para obter resposta. Após ajustes na forma de elaboração da pergunta foram retomadas as entrevistas com os demais profissionais. Os dados obtidos nas três entrevistas foram aproveitados na íntegra.

4.3.3 Etapa Quantitativa - Banco de dados

Para a coleta quantitativa se utilizaram dados de fonte secundária que foram coletados por meio de registros do sistema de informações do SAMU, referentes às solicitações clínicas classificadas pelos MR e atendidas, no período de oito dias consecutivos, por três meses. Os períodos estabelecidos foram de 8 a 15 de outubro, de 19 a 26 de novembro e de 1 a 7 dezembro de 2008, totalizando 779 atendimentos. Este número representou um erro amostral de 3,5 pontos percentuais, com 95% de confiança, para uma variabilidade máxima da proporção.

Essa coleta de dados no sistema de informações ocorreu com o auxílio da enfermeira do NEP, em junho de 2009. Foram impressas todas as fichas de regulação que originaram atendimentos clínicos, nas semanas escolhidas e posteriormente digitados em planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007*, após o que foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0 for *Windows*.

Também foram utilizadas, individualmente, informações contidas nos Boletins de Atendimento da regulação médica de forma a explicitar as histórias dos usuários

e as condutas realizadas pelas equipes. Esses dados foram apresentados no relatório final contendo o código **BA**, seguido da data do atendimento.

Neste estudo adotou-se a classificação da Central de regulação quanto à natureza dos agravos: clínicos, traumáticos, obstétricos e psiquiátricos. No SAMU os eventos não são classificados quanto à intencionalidade, por isso os agravos classificados como intoxicações exógenas foram inseridos nos agravos clínico/digestivos, não seguindo a classificação Internacional de causas externas.

Optou-se por estudar os agravos de natureza clínica, retirando da amostra os classificados pela regulação como obstétricos e psiquiátricos. A não inclusão desses eventos se deveu às especificidades dessa clientela e das portas de entrada em serviços especializados, o que justificaria aprofundamento nas Áreas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Aos profissionais foi fornecido e por eles assinado, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). Na pesquisa foi garantida a privacidade dos participantes, por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações, seguindo-se orientações da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁷⁵⁾.

O estudo não ofereceu risco aos participantes, que não foram identificados pelo nome, nem às Bases nas quais pertenciam. Ao se fazer referência às categorias profissionais, foi utilizado o sexo masculino. Os profissionais de enfermagem, de nível médio, foram denominados de técnicos de enfermagem, independentemente se eram auxiliares ou técnicos. Os nomes das Instituições foram omitidos de forma a não serem identificadas no texto, sendo denominados como Hospital A, B, C... e assim sucessivamente, por ordem cronológica, até Hospital U. As Unidades de Pronto Atendimento foram identificadas: UPA1, UPA2, UPA3, UPA4 e UPA5.

Ficou claro que os profissionais poderiam se recusar a participar e/ou desistir, em qualquer momento do estudo. Foi garantida a devolução do estudo aos profissionais e ao gestor municipal, mediante apresentação dos resultados.

Os registros em diário de campo, de transcrição das entrevistas e os boletins de atendimento serão guardados por cinco anos, até serem destruídos.

O projeto da tese foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, recebendo aprovação, conforme o Parecer CEP nº258/2008 (Anexo A).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

4.5.1 Qualitativos

Os dados qualitativos foram analisados pela abordagem dialética, com os dados empíricos contemplados em suas particularidades, historicidade e contexto social ⁽⁷⁶⁾. Ao se utilizar a análise qualitativa não se tem a preocupação com a generalização dos dados obtidos, mas com sua compreensão abrangente e profunda. As fases para a realização da análise qualitativa foram: ordenação dos dados, classificação e análise final. Na fase de ordenação foram feitas as transcrições e releitura das entrevistas e dos dados do diário de campo, com utilização dos códigos para identificação dos participantes. Após, partiu-se para a classificação dos dados, por meio de leitura flutuante, para identificar ideias centrais e aspectos relevantes. Todo o material foi codificado conforme já explicitado anteriormente. Na análise final, procurou-se articular o material empírico e o referencial teórico, visando à identificação do conteúdo, subjacente ao que era manifestado.

Para a operacionalização da análise foi utilizado o *software* Atlasti.6 que é uma ferramenta para análise qualitativa, de grande volume de dados de texto, gráfico, áudio e vídeo. Fornece instrumentos para gerenciar, extrair, comparar, explorar e agregar fragmentos significantes de grandes volumes de dados de forma criativa, flexível e sistemática ⁽⁷⁷⁾.

Esse *software* possibilita que os dados sejam introduzidos após a transcrição. Cada documento recebe a denominação de *Primary Document* (PD). Cada PD tem um número que indica o documento inserido, seja uma entrevista ou observação. Sendo assim, os PDs receberam uma sequência numérica de PD1 a PD57. Na apresentação final dos resultados, as citações de entrevistas e observações receberam a codificação do PD, seguida da categoria profissional ou da observação, da seguinte forma: de **PD1 a PD24 e PD57** são documentos de entrevistas e de **PD25 a PD56** são relatos de observações.

4.5.2 Quantitativos

Os resultados da pesquisa foram analisados por meio da utilização de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Na etapa descritiva foram usadas tabelas de frequências e medidas descritivas como média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo. Na etapa inferencial foram usados os testes estatísticos qui-quadrado: associações entre variáveis categóricas, e ANOVA e Tukey para diferenças de médias de variáveis quantitativas. O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0.

As variáveis estudadas foram: solicitante (usuário, Serviço, Instituição), tipo de agravo (cardiovascular, diabete, respiratório, neurológico, etc), gravidade (severa, média, pequena, indeterminada, morte), sexo (feminino, masculino), tipologia do agravo (crônico, agudo, não definido), presença de condição crônica (crônico, mau estado geral, pessoas em situação de rua), faixa etária (crianças menores de 6 anos, escolares e pré-adolescentes, adolescentes, jovem adulto, adulto, idoso, maiores de 80 anos), turno do atendimento (manhã, tarde, noite, madrugada), equipes (USB, USA, VR), tempo-resposta (16-29-minutos, 30-59 minutos, 60-89minutos, 90-119minutos, 120-176minutos, 177-196minutos) vínculo com profissional ou instituição (sim, não, não registrado), presença de comorbidades (sim, não, não registrado), uso de medicação (sim, não, não registrado), condutas realizadas pelas equipes de suporte básico e avançado (apoio medicalizado, acesso venoso, avaliação do paciente, hidratação por acesso venoso, imobilização, medicação, nebulização, orientação, oxigenioterapia, protocolo trombólise, ressuscitação cardiopulmonar avançada, recusa atendimento, transporte, cânula de Guedel) e destino (usuário fica na cena, hospital, UPA, não registrado, UBS).

4.5.3 Apresentação dos resultados

Para a apresentação dos resultados, foi feito o cruzamento das análises qualitativas e quantitativas, conforme o apresentado no Quadro 1, obtendo-se uma triangulação dos resultados obtidos nas diferentes técnicas de coleta de dados.

Quadro 1 - Sistematização da análise por núcleo temático, categorias e variáveis.

Núcleo 1	Categorias	Variáveis
Utilização do SAMU pelos usuários com demandas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - MOTIVOS DE UTILIZAÇÃO (clínico biológico, social, econômico, emocional, inventado, bom samaritano, pressão social, falta de informação, organização da atenção, credibilidade, conforto/comodidade, acesso à internação). - DEMANDAS DE ATENDIMENTO (neurológicas, cardiológicas, desmaio, hipoglicemia, pessoas em situação de rua, paciente não está no local, contumaz, respiratória, confusa, mau estado geral, etilismo). - DEMANDAS NÃO PERTINENTE 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de agravo - Gravidade - Sexo - Tipologia do agravo - Presença de condição crônica - Faixa etária - Vínculo - Comorbidades - Uso de medicação - Turno do atendimento
Núcleo 2	Categorias	Variáveis
Organização do atendimento ao usuário com demandas clínicas e o acesso ao Sistema Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do atendimento - Central de regulação - Desafios - Habilidade - Dificuldades - Regulação local - Transporte medicalizado - Participação dos serviços - Relação com as portas de entrada - Relação entre as equipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitante - Equipe - Gravidade - Tempo-resposta - Procedimentos - Destino

A partir do estabelecimento das principais categorias obtidas pelo método qualitativo, esses resultados foram aproximados às análises quantitativas e foram organizados e apresentados em dois núcleos principais, descritos no próximo capítulo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em dois núcleos principais: **utilização do SAMU pelos usuários com demandas clínicas**, compreendendo as características e os motivos de utilização do serviço, em quatro dimensões: características dos usuários, clínico-biológica, econômica e social e organização da atenção às urgências. No segundo núcleo foi abordada a **organização do atendimento ao usuário com demandas clínicas e o acesso aos cuidados no Sistema Municipal de Saúde**, analisando as possibilidades de acesso a partir das demandas à Central de regulação, do atendimento prestado pelas equipes e da regulação das portas de entrada da urgência e a participação dos serviços.

5.1 UTILIZAÇÃO DO SAMU PELOS USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS

Os determinantes da utilização dos serviços podem ser descritos como aqueles relacionados às demandas de saúde de cada pessoa que precisa de cuidados (morbidade, gravidade, urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, região, renda, educação, cultura, religião, psíquicas), às características dos profissionais prestadores de serviços (idade, sexo, tempo de graduação, especialidade, experiência profissional, tipo de prática e forma de pagamento), à organização do serviço (recursos disponíveis, características da oferta, disponibilidade de leitos hospitalares, ambulatoriais, remuneração, acesso geográfico e social), à política (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro saúde, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A natureza de cada serviço (ambulatorial, hospitalar e pós-hospitalar) e a proposta assistencial (curativa, preventiva ou de reabilitação) é influenciada pelos determinantes de uso de serviços de saúde, variando conforme a sua tipologia ⁽³³⁾.

As demandas ao SAMU foram motivadas por questões de falta de dinheiro, abandono, necessidade de transporte, pela morbidade dos agravos clínico-biológicos, pela insegurança do solicitante ao prestar o atendimento, aos aspectos relacionados à organização da atenção às urgências, assim como por aqueles que dizem respeito ao conforto, comodidade e necessidade de uma informação.

A utilização do SAMU foi discutida a partir de quatro dimensões, quais sejam: características dos usuários, clínico-biológicas, econômica e social e organização da atenção às urgências.

5.1.1 Características dos usuários

Nesta dimensão foram analisadas as características dos usuários que demandaram cuidados no SAMU, levando em consideração a origem do chamado, a idade, sexo, gravidade e turno da solicitação.

Das 779 demandas clínicas atendidas pelo SAMU, 742 (95,3%) foram provenientes da população. As demais foram originadas pelos Serviços de saúde, 33 (4,2%), por Instituições de permanência de idosos, 6 (0,8%), pela Brigada Militar^b, 5 (0,6%), por Escolas, 2 (0,3%), pela Penitenciária, 1 (0,1%) e pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, 1(0,1%).

A média de idade dos usuários foi de 53 anos (dp=21), sendo que a idade variou entre menores de 1 ano e 103 anos.

Na Tabela 1, verifica-se que a faixa etária de 41 - 60 anos foi a que concentrou maior frequência de atendimentos, 268 (34,4%). Isso indica que essa população economicamente ativa tem sido precocemente atingida por agravos que exijam pronta atenção.

Tabela 1 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo as faixas de idade, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Faixas de idade	n	%	% válido	% acumulado
0 a 6 anos	27	3,5	3,5	3,5
7 a 14 anos	12	1,5	1,5	5,0
15 a 20 anos	23	3,0	3,0	8,0
21 a 40 anos	153	19,7	19,7	27,5
41 a 60 anos	268	34,4	34,4	62,0
61 a 79 anos	206	26,5	26,5	88,4
80 anos ou mais	90	11,6	11,6	100,0
Total	779	100,0		

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

^b Brigada Militar: nome utilizado, no Estado do Rio Grande do Sul, para designar a Polícia Militar.

Também se identificou, nessa tabela, que o percentual de atendimentos aumentava, concomitantemente com a idade em anos nas faixas etárias de 21 - 60 anos, havendo queda na utilização na faixa etária de 61 - 79 anos, 206 (26,5%), diminuindo novamente para os maiores de 80 anos, 90 (11,6%). Dentre os de 0 - 14 anos, identificou-se que os menores de seis anos utilizaram mais o SAMU, 27 (3,5%), do que os de 7 - 14 anos, 12 (1,5%).

Em estudo realizado em Cuba em uma unidade de urgência foi identificado que 55,9% da população que frequentava o Serviço eram do grupo etário entre 15 a 59 anos, seguido dos de 60 anos ou mais ⁽⁷⁸⁾. Se for comparada a utilização do SAMU nas mesmas faixas etárias adotadas pelos autores constata-se que os percentuais são semelhantes, sendo que no SAMU de Porto Alegre foi de 57,1%.

Em Olinda, Pernambuco⁽²⁵⁾, e Ribeirão Preto, São Paulo⁽²⁴⁾, foram encontradas semelhanças na utilização do SAMU, por faixas etárias. Os dois serviços tiveram predomínio nas faixas de 20 - 39 anos. No primeiro, 23,2% e, no segundo, 26,6%. Para as faixas etárias de 40 - 59 anos, Olinda teve 20,5%, dos atendimentos e Ribeirão Preto ficou em 19,5%. Em Porto Alegre a semelhança se deu apenas na faixa etária de 21 - 40 anos, com 153 atendimentos (19,7%).

Com relação à gravidade das situações que se apresenta nos componentes da urgência, o Ministério da Saúde (MS) no Manual Técnico de Regulações Médicas de Urgência ⁽⁷⁹⁾ propõe classificar as urgências em quatro níveis, com a finalidade de organizar o atendimento inicial e justificar o aumento do grau de urgência de um caso. No nível 1, estão as demandas de prioridade absoluta em que há risco de morte imediata e/ou risco de perda funcional grave. No nível 2, existe prioridade moderada e compreendem os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente imediato, mas em poucas horas. No nível 3, os pacientes necessitam de avaliação médica, porém não existe risco de vida ou perda de funções, podendo aguardar várias horas pelo atendimento e no nível 4, as urgências tem prioridade mínima.

Semelhante ao MS, a Central de regulação do SAMU de Porto Alegre, utiliza a seguinte classificação: ilesa, pequena, média, severa, morte e indeterminada.

Neste estudo utilizou-se a mesma classificação feita pela Central de regulação quanto à gravidade das demandas, que é estabelecida, pelo médico regulador, após a avaliação das equipes na cena.

Fazendo uma correlação da classificação do MS com a do SAMU de Porto Alegre, a categoria gravidade ilesa corresponde ao nível 4. Nesses casos os usuários são encontrados em boas condições, sem necessidade de cuidados pela equipe, conforme identificado nas descrições:

30 anos, feminina, solicitante afirmou que a paciente encontrava-se desacordada, mas respirava normalmente. No local, a USB encontrou a paciente deambulando, sem queixas. PA 120x70 mmHg, FC 82bcm, FR 20mm, Saturação O2 98%, HGT 102 mg/dl, Glasgow 15. Agravo: Neuro/outros. Ficou no local. Gravidade ilesa (BA, 5/12/08).

As de gravidade pequena corresponderam ao nível 3. Nesse nível não existe risco de vida ou perda de funções, sendo que o usuário precisa da avaliação de um profissional, podendo aguardar várias horas pelo atendimento. A seguir são exemplificadas algumas situações classificadas pela Central de regulação, na gravidade pequena.

Masculino, 72 anos, o solicitante pediu socorro porque o usuário estava passando mal, na avaliação local a equipe de suporte básico comunicou que o usuário teve, no passado AVC, era acamado/sequelado, estava sonolento, respondia estímulos verbais e dolorosos, tinha mieloma, usando Talidomida. TA 90x70 mmHg, FC 88 bcm, FR 23mrm, Saturação O2 97%, HGT 117 mg/dl. Ficou no domicílio. Agravo: Acamado/sequelado. Gravidade pequena. (BA, 08/10/2008).Agravo

Nas urgências de gravidade média, nível 2, a prioridade é moderada. Os usuários necessitam de atendimento médico, não necessariamente imediato, mas em poucas horas, conforme as situações explicitadas a seguir:

Masculino, 81 anos, afásico, acordado, hemiparesia direita, desvio da comissura labial, história prévia de depressão, usa Sertralina. TA 130x90 mmHg, FC 90 bcm, Saturação O2 93%, HGT 147 mg/dl. Agravo: Neuro/AVC. Foi avaliado e transportado para o Hospital C. Gravidade média (BA, 15/10/2008)

As urgências de gravidade severa, nível 1, são aquelas em que há risco de morte imediata e/ou risco de perda funcional grave. A seguir são exemplificadas algumas situações de prioridade absoluta em que foi necessário atendimento de uma equipe de suporte avançado.

60 anos, feminina, ao chamado referia cianose perioral e dificuldade respiratória. Enviada USA. No local a paciente foi encontrada em Parada Cardio Respiratória (PCR) por tempo indeterminado estava em assistolia. Foi realizado manobras de ressuscitação avançada, Em 15min de reanimação. FC 120bcm, pulso radial presente. Agravo: Cardio/PCR.

Destino: transportada para o Hospital A, sala de pacientes graves. Gravidade severa (BA, 21/11/08).

O SAMU ainda classifica os atendimentos como sendo de gravidade indeterminada e morte. Na gravidade indeterminada, o MR, mesmo depois do atendimento primário realizado pelas equipes, não tem clareza da gravidade da situação e por isso não determina o seu nível.

42 anos, masculino, palidez, sudorese, tontura. HIV positivo, drogadição prévia, tabagista, hipertenso, prótese de quadril direito. Paciente do Dr. M. TA 80x40 mmHg, FC 84 bcm, Saturação O2 100%, HGT 231 mg/dl, Glasgow 15. Agravo: Síncope/desmaio. Feito contato com Dr. A. Destino não registrado no boletim de atendimento. Gravidade intermediária (BA, 07/12/08).

As demandas classificadas como morte foram aquelas em que a equipe, no local da ocorrência, encontrou o paciente em óbito ou realizou manobras de reanimação, básica e/ou avançada, sem êxito.

59anos, feminina, ao chamado solicitante afirmava que a paciente estava cuspiendo sangue, com perda de consciência. Enviada USA. No local identificou-se que a paciente era hipertensa, cardiopata, história de depressão e úlcera péptica. Anticoagulada. Foi encontrada em óbito, com sangramento antigo na boca e nariz. O solicitante afirmou que a última hora viva foi às 9h. Constatado óbito. Gravidade: morte (BA, 3/12/08).

Embora nem sempre seja possível enquadrar os eventos nas respectivas definições de gravidade, os médicos reguladores procuram fazer uma correlação da necessidade da pessoa, com a gravidade da situação, o agravo correspondente, mediando o tempo necessário ao atendimento da urgência. Para essa correlação nem sempre são utilizados os mesmos critérios de avaliação, podendo haver divergência entre os MR.

Conforme os dados da Tabela 2, as demandas foram identificadas, majoritariamente, por agravos de gravidade média e pequena, 696 atendimentos (89%), sendo que as urgências de média gravidade corresponderam a 407 (52,2%) e as de pequena 287 (36,8%). A gravidade severa correspondeu a 29 (3,7%). As situações caracterizadas na gravidade ilesa representaram 9 atendimentos (1,2%). Os atendimentos ainda foram classificados como sendo de gravidade indeterminada e morte. Na indeterminada, 18 casos (2,3%) e na classificada como morte, foram 29 (3,7%).

Tabela 2 Distribuição de frequências e percentuais de atendimentos prestados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo a gravidade comprovada, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		Frequência	Percentual	% Válido	% Acumulado
Gravidade	Média	407	52,2	52,2	52,2
	Pequena	287	36,8	36,8	89,1
	Morte	29	3,7	3,7	92,8
	Severa	29	3,7	3,7	96,5
	Indeterminada	18	2,3	2,3	98,8
	Ilesa	9	1,2	1,2	100,0
	Total	779	100,0	100,0	

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Constata-se que os eventos de gravidade severa são em menor quantidade no pré-hospitalar móvel. Este cenário é semelhante ao encontrado na França, em que os chamados feitos ao SAMU apresentam uma progressão constante, mas as reais urgências de saúde representam uma minoria dos casos ⁽¹⁷⁾. Na Suécia, as missões de ambulâncias no pré-hospitalar envolvendo pacientes com disfunção vital importante é de 10% a 20% dos atendimentos ⁽⁸⁰⁾.

Em hospital de grande porte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, embora não tenha sido citada a gravidade dos casos, 10% dos pacientes que foram atendidos na Unidade de urgência ocuparam leitos de observação e 5% foram internados ⁽¹¹⁾. Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, 18,6% dos idosos atendidos no Pronto Socorro do Hospital tiveram internação, ao passo que para os mais jovens, foi de apenas 4,1% ⁽⁴⁵⁾.

Isso significa que um percentual menor de pacientes que são atendidos nas Unidades de urgência precisa de cuidados de maior complexidade tecnológica. Muitos usuários se beneficiam com avaliação médica e realização de exames complementares, sendo logo depois devolvidos ao domicílio para tratamento continuado, com profissional de ambulatório.

Uma investigação sobre a epidemiologia da solicitação de exames complementares em consultas médicas evidenciou que dentre os locais que geram exames, as Unidades de urgência são as que tiveram a maior proporção, atribuída

ao fato dos exames serem produzidos no próprio local, na ocasião do atendimento. Os tipos de exames mais frequentes, nas requisições, foram os recomendados para diagnóstico e/ou acompanhamento de indivíduos portadores de diabetes e/ou hipertensão, além de hemograma ⁽⁸¹⁾. A visão da Unidade de urgência como um supermercado de solicitação de exames ⁽⁵⁸⁾ foi atribuída, não só pela necessidade do profissional médico, pela população, mas à disponibilidade, proximidade e facilidade em obter recursos tecnológicos, em curto prazo.

Na Tabela 3 são analisadas as variáveis faixas de idade e gravidade das demandas atendidas pelo SAMU de Porto Alegre:

Tabela 3 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo faixas etárias e gravidade das demandas, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Faixas de Idade	Gravidade comprovada												Total	
	lleso		pequena		média		severa		morte		indeterminada			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 anos	0	,0	10	37,0	13	48,1	1	3,7	2	7,4	1	3,7	27	100,0
7 a 14 anos	0	,0	7	58,3	3	25,0	0	,0	0	,0	2	16,7	12	100,0
15 a 20 anos	2	8,7	14	60,9	6	26,1	0	,0	0	,0	1	4,3	23	100,0
21 a 40 anos	3	2,0	69	45,1	77	50,3	1	,7	1	,7	2	1,3	153	100,0
41 a 60 anos	1	,4	86	32,2	155	58,1	9	3,4	10	3,7	6	2,2	268	100,0
61 a 79 anos	3	1,5	65	31,6	116	56,3	9	4,4	8	3,9	5	2,4	206	100,0
80 anos ou mais	0	,0	35	38,9	37	41,1	9	10,0	8	8,9	1	1,1	90	100,0
Total	9	1,2	286	36,8	407	52,3	29	3,7	29	3,7	18	2,3	779	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

O teste qui-quadrado não pode ser usado em função das frequências esperadas menores do que 5 em 52% das células da tabela.

Identificou-se que na faixa 0 - 6 anos, 13 demandas (48,1%), foram de gravidade média. Na faixa de 7 - 14 anos e de 15 - 20 anos, a maioria se concentrou na gravidade pequena, sendo 7 demandas (58,3%) e 14 demandas (60,9%) respectivamente. Nas faixas de idade de 7 - 20 anos não houve demandas de gravidade severa e morte.

Para os adultos jovens, na faixa de 21 - 40 anos, a maior parte das demandas foi de gravidade média, 77 atendimentos (50,3%), o que também ocorreu para os adultos nas faixas de 41 - 60 anos, 155 atendimentos (58,3%), entre os idosos na

faixa de 61 – 79 anos, 116 atendimentos (56,3%), assim como para os idosos acima de 80 anos, 37 atendimentos (41,1%).

Dentre os usuários de 80 anos ou mais, os eventos de gravidade severa e morte foram em maior percentual do que nas demais faixas etárias, com 10% e 8,9%, respectivamente. Nas faixas de 61 – 79 anos, essas demandas corresponderam a 4,4% e 3,9%, o que significou, proporcionalmente, em torno da metade das solicitações dos idosos acima de 80 anos. Nas faixas de 41 - 60 anos, foram de 3,4% e 3,7%. Entre as crianças de 0 – 6 anos os eventos severos e morte foram em menor número, 1 e 2 atendimentos, porém proporcionalmente são importantes: 3,7% e 7,4% dos atendimentos da faixa etária, respectivamente.

Nas faixas etárias de 0 - 20 anos e de idosos acima de 80 anos a utilização do SAMU de Porto Alegre foi menor do que nas demais faixas etárias. Entretanto, a gravidade das demandas atendidas foi proporcionalmente maior nas faixas etárias de 0 - 6 anos do que nas de 7 -14 anos e 15 -20 anos. Também foi possível identificar que a gravidade aumentava a partir de 21 anos e que os eventos severos estiveram mais presentes dentre usuários maiores de 80 anos.

O idoso além de consumir mais serviços de saúde, de uma forma geral, tem internações hospitalares mais frequentes e prolongadas se comparadas a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos ⁽⁸²⁾.

Além disso, há que se levar em conta que nem sempre o idoso tem apoio de familiares que lhe permita seguir adequadamente o tratamento. Com frequência é dependente para ir às consultas, seguir uma dieta alimentar, adquirir medicamentos e na supervisão da administração, nos dias e horários prescritos ⁽⁴⁷⁾.

A utilização do SAMU, conforme a variável sexo, mostrou que 417 (53,5%) usuários eram do sexo masculino. Embora tenha havido percentual maior de homens que utilizaram o serviço do que mulheres, essa diferença não é significativa ($p = 0,053$).

A distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU conforme as variáveis faixas de idade e sexo mostrou que na maioria das faixas etárias os homens utilizaram, proporcionalmente, mais o SAMU do que as mulheres, com exceção nas faixas de 7 - 20 anos que a utilização é semelhante e na de maiores de 80 anos, que as

mulheres se sobressaíram, conforme os dados da Tabela 4. Na faixa de 15 a 20 anos as mulheres utilizaram mais o SAMU.

Tabela 4 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo faixas etárias e sexo, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Faixas de Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
0 a 6 anos	17	63,0	10	37,0	27	100,0
7 a 14 anos	6	50,0	6	50,0	12	100,0
15 a 20 anos	11	47,8	12	52,2	23	100,0
21 a 40 anos	86	56,2	67	43,8	153	100,0
41 a 60 anos	149	55,4	119	44,6	268	100,0
61 a 79 anos	119	57,8	87	42,2	206	100,0
80 anos ou mais	30	33,3	60	66,7	90	100,0
Total	417	53,6	361	46,4	779	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Teste estatístico: qui-quadrado= 18,4 p= 0,005

O percentual de mulheres que utilizaram o serviço, na faixa etária acima de 80 anos, foi o dobro do percentual de homens na mesma faixa etária. A maior utilização dessas mulheres idosas pode ser explicada pela longevidade feminina.

Apesar de neste estudo a utilização de homens e mulheres ter sido a mesma, estudos norte-americanos revelaram que os homens sofriam mais doenças crônicas fatais e referiam mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração, devido a problemas crônicos de saúde ⁽⁸³⁻⁸⁴⁾. As mulheres, por sua vez, apresentavam mais frequentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias e doenças crônicas não fatais ⁽⁸⁴⁾. De um modo geral, apresentavam baixa letalidade, apesar de serem, em muitos casos, incapacitantes e produzirem vários sintomas, gerando grande volume de demanda aos Serviços de saúde ⁽⁸⁵⁾. Outra dimensão citada na explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres refere-se aos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde ⁽⁸³⁾.

No Brasil, os indicadores de saúde evidenciam que existe diferença na condição de saúde entre os sexos, sendo maior a mortalidade masculina em praticamente todas as faixas de idades e para quase a totalidade de causas, sendo que as esperanças de vida ao nascer são sempre menores entre os homens. Essas diferenças, que eram de aproximadamente cinco anos, nas décadas anteriores a 1980, elevaram-se nas décadas seguintes, sendo que, em 2001, as mulheres tinham sobrevivência de oito anos, em relação à esperança de vida masculina, 73 e 65 anos, respectivamente ⁽⁸⁶⁾.

A maior proporção de homens do que de mulheres, nas faixas etárias de 21 - 79 anos, pode indicar que os homens têm necessitado de cuidados que exijam pronta atenção, demandando o SAMU para obter acesso rápido e eficaz às tecnologias em saúde, o que acontece em menor proporção com as mulheres que, conforme o descrito na literatura possui maior vínculo com profissionais, utilizam mais os serviços por motivos preventivos do que por doença e tem maior percepção de sinais e sintomas.

Estudos de vários autores comprovam que as mulheres utilizam mais os Serviços de saúde, de forma continuada, do que os homens ^(42,45,81,85). Este fato tem sido atribuído à maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais físicos e às habilidades e conhecimentos que adquire em decorrência de seu papel de cuidadora. O fato de as mulheres demandarem e utilizarem mais os Serviços de saúde fazem com que seu conhecimento e a familiaridade com a terminologia médica sejam ampliados, propiciando que os significados de sinais e sintomas indicativos de doenças sejam mais precocemente reconhecidos. Também foi apontado que as mulheres tendem a relatar as morbidades que apresentam com mais facilidade, consomem mais medicamento, se submetem a mais exames, avaliando pior o seu estado de saúde. Os homens têm dificuldade em procurar ajuda e cuidados médicos, pois foram criados para assistir e prover ^(38,87).

Foi apontado que existe uma maior procura de parte dos homens pelos Serviços de urgência e farmácias para resolução de problemas de saúde. A utilização desses serviços tem relação com a objetividade das respostas às demandas, agilidade do atendimento e com a facilidade de expor problemas ⁽⁸⁷⁾. Outro estudo que teve por base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, mostrou que o consumo de Serviços de saúde era maior entre os homens até os 14 anos e que esta relação se invertia com o aumento da idade. Esta

utilização pode estar associada ao fato de as mães acompanharem seus filhos nos atendimentos de saúde. Também evidenciou que as mulheres utilizavam mais os serviços por questões preventivas e os homens, por motivo de doença ⁽⁸⁵⁾.

Por sua vez, as mulheres são mais aderentes aos tratamentos do que os homens ^(47,88). A maior presença feminina nos programas parece ser resultado de uma característica de gênero, acrescida das mudanças pelas quais as mulheres têm passado nas últimas décadas que lhes deu maior autonomia, mas também lhes trouxe uma maior incidência de doenças crônicas ⁽⁴⁷⁾. Também é atribuída a elas uma maior percepção das doenças, maior tendência ao autocuidado e maior procura por assistência médica, o que aumentaria a probabilidade de diagnóstico de doenças do que no caso dos homens ⁽⁸⁸⁾.

Apesar de as mulheres serem mais frequentes nos Serviços de saúde, são os homens que padecem mais de condições severas e crônicas de saúde, assim como morrem mais do que as mulheres pelas mesmas causas ^(85,87,89). Para os autores, as diferenças na morbimortalidade de homens e mulheres podem estar socialmente determinadas pelos costumes, hábitos e estilo de vida, assim como pelos comportamentos sociais, urbanização e nível socioeconômico. Sendo assim, os fatores comportamentais mais do que os biológicos podem propiciar maior frequência de agravos ou mesmo de letalidade, em um sexo ou no outro.

Quando foram analisados na literatura os motivos da ausência de homens nos Serviços de saúde foi evidenciado que se devia a três fatores: ao modelo hegemônico de masculinidade (viril, invulnerável e forte) que os impedia de realizar cuidados preventivos, medo da descoberta de uma doença grave e a visão de que os Serviços de saúde eram espaços feminilizados ⁽⁹⁰⁾. No imaginário social, o homem é visto como ser invulnerável. Isso contribui para que os homens se cuidem menos e se exponham mais; desta forma, acabam se tornando mais vulneráveis.

Além dos aspectos analisados ainda contribui para a baixa procura masculina nas Unidades ambulatoriais o fato de que elas estão abertas, em sua maioria, no horário diurno, o que dificultaria a procura por aqueles que trabalham.

A seguir é apresentada a distribuição dos usuários atendidos, segundo o sexo e a gravidade dos eventos.

Tabela 5 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o sexo e a gravidade comprovada, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Gravidade Comprovada	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Média	217	52,0	190	52,5	407	52,2
Pequena	149	35,7	138	38,1	287	36,8
Severa	19	4,6	10	2,8	29	3,7
Morte	19	4,6	10	2,8	29	3,7
Indeterminada	9	2,2	9	2,5	18	2,3
Ilesa	4	1,0	5	1,4	9	1,2
Total	417	100,0	362	100,0	779	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Teste estatístico: qui-quadrado= 4,0 p= 0,543

Embora tenha havido nos homens mais eventos de gravidade severa e morte do que nas mulheres, de acordo com o Teste Qui-quadrado, não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e gravidade comprovada ($p = 0,543$), conforme dados da Tabela 5.

Na Tabela 6 é mostrada a distribuição dos usuários atendidos conforme o turno da demanda e o sexo. Definiu-se como do turno da manhã as solicitações realizadas entre 6h e 12h59min, do turno da tarde àquelas realizadas entre 13h e 18h59min, do turno da noite entre 19h e 23h59min e da madrugada, entre 24h e 5h59min.

Tabela 6 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o turno da demanda e sexo, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Turno da demanda	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Manhã	142	50,0	141	50,0	283	100,0
Tarde	137	58,3	98	41,7	235	100,0
Noite	78	51,3	74	48,7	152	100,0
Madrugada	61	56,0	48	44,0	109	100,0
Total	417	53,6	361	46,4	779	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Teste estatístico: qui-quadrado= 4,1 p= 0,249

Embora não exista uma associação estatisticamente significativa entre o turno de utilização do SAMU e o sexo dos usuários verificou-se que, proporcionalmente, os homens utilizaram mais esse Serviço do que as mulheres em todos os turnos, sendo que tinham o mesmo percentual que elas apenas no turno da manhã. O maior percentual de utilização masculino ocorreu nos turnos da tarde e madrugada, enquanto o das mulheres foi no turno da manhã.

A maioria das demandas ocorreu no turno diurno, 518 (66,5%), sendo que no turno da manhã foram atendidas 282 (36,2%), no turno tarde, 236 (30,3%), à noite, 152 (19,5%) e de madrugada, 109 (14%).

Na tabela 7 é mostrada a utilização do SAMU segundo a gravidade das demandas e o turno do chamado. As demandas de gravidade média e pequena foram atendidas com maior frequência no turno da manhã, enquanto demandas de gravidade indeterminada, severa e morte se concentraram no turno da tarde. As demandas caracterizadas como de gravidade ileso ficaram distribuídas de forma semelhante entre os turnos.

Tabela 7 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo a gravidade da demanda e o turno do chamado, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Gravidade comprovada	Turno do chamado									
	Manhã		Tarde		Noite		Madrugada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ileso	3	33,3	3	33,3	2	22,2	1	11,1	9	100,0
indeterminada	6	33,3	9	50,0	1	5,6	2	11,1	18	100,0
média	158	38,8	102	25,1	83	20,4	64	15,7	407	100,0
morte	6	20,7	13	44,8	7	24,1	3	10,3	29	100,0
pequena	105	36,6	96	33,4	53	18,5	33	11,5	287	100,0
severa	4	13,8	13	44,8	6	20,7	6	20,7	29	100,0
Total	282	36,2	236	30,3	152	19,5	109	14,0	778	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

O teste qui-quadrado não pode ser usado em função das frequências esperadas menores do que 5 em 33% das células da tabela.

Diferentemente de Porto Alegre, em Ribeirão Preto, São Paulo, o turno de maior solicitação e despacho de ambulâncias foi o da noite (18h – 24h), com 26,6% do envio de recursos, seguido pelo turno da manhã, 19,5%, à tarde, 17,9%, e de madrugada, 11,6%. O pico de demandas se concentrou no horário das 18h-19h ⁽²⁴⁾.

Em Salvador, Bahia, os atendimentos de urgência realizados em um dos seis maiores hospitais da cidade, ocorreram com maior frequência no período das 8h às 22h59min (86,2%). O pico de atendimento no turno da manhã foi entre às 8h e às 11h59min (30%), no turno da tarde, entre às 14h e às 15h59min (11,7%) e turno noite, entre às 19h e às 20h59min (10,8%) ⁽⁹¹⁾.

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, estudo realizado com indivíduos de idades entre 15 e 100 anos, (média = 44 anos; dp = 20 anos), o horário de maior volume de consultas na Unidade de urgência foi das 19 - 20 horas, estando associado à menor idade e ao sexo feminino. Foi atribuída a maior procura no turno da noite à ampla rede de atenção básica, disponível nos dias úteis, principalmente nos turnos diurnos, diminuindo, assim, a demanda à emergência. Também ressaltaram que não havia longas esperas pelos serviços da Unidade, em média 15 minutos ⁽⁴⁵⁾.

No estudo realizado em Cuba, na Unidade de emergência hospitalar e no Policlínico, foi constatado que a maior demanda se concentrava no horário laboral, associada à utilização de público jovem e às mulheres. Foi evidenciado que este resultado coincidia com o funcionamento dos consultórios de médicos de família, o que levou os autores ao questionamento se as demandas eram, na sua totalidade, verdadeiras urgências, visto que o usuário podia esperar, por 24h ou 48h, pela avaliação de um médico de família ⁽¹⁴⁾.

A procura pelo atendimento é feita majoritariamente pela população que busca no SAMU uma possibilidade de resolução de necessidades imediatas, o que evidencia seu caráter de pronto atendimento de demandas, disponível nas 24h. A faixa etária em que houve maior concentração de atendimentos foi de 21 - 60 anos, sendo que o percentual aumentou concomitantemente com a idade em anos, diminuindo nas faixas etárias de 0 - 20 anos e de idosos acima de 80 anos. Entretanto, a gravidade das demandas atendidas foi maior nas faixas etárias de 0 - 6 anos do que nas de 7 -14 anos e 15 -20 anos. Também foi possível identificar que a gravidade aumentava a partir de 21 anos e que os eventos severos estiveram mais presentes dentre usuários maiores de 80 anos.

5.1.2 Dimensão Clínico-biológica

Nesta dimensão foram analisados os atendimentos conforme o tipo de agravo, grau de urgência/estado de saúde, presença de comorbidade, vínculo com profissional/serviço e uso de tratamento continuado.

O atendimento no SAMU de Porto Alegre se inicia quando o solicitante é atendido por um TARM que identifica o tipo de socorro solicitado, colhe dados de identificação e localização da pessoa a ser socorrida e transfere a ligação ao médico regulador de urgência.

O TARM atendeu ao telefone e disse: “SAMU 192” [...], ele perguntou o que estava acontecendo, o nome do usuário e do solicitante, idade do usuário, qual a queixa e o endereço. Após registrar esses dados na tela do computador ele disse: não desligue o telefone, o senhor vai falar com o médico (PD37:OBS).

O médico regulador além de avaliar e ordenar por ordem de prioridade as demandas que chegam ao serviço faz a gestão da atenção às urgências na Cidade, orienta tecnicamente todos os profissionais do SAMU e das Instituições parceiras. O processo de regulação se inicia quando o TARM encaminha a ligação telefônica para um dos médicos reguladores.

O atendimento clínico começa pelo solicitante que é quem está vendo o paciente, depois passa pelo regulador, depois vai à equipe do SAMU e, se o problema puder ser resolvido no local, o paciente fica no local e daí é essa a rede que fica envolvida, ou se necessitar avaliação secundária, ele vai ir pro ambiente hospitalar ou pra um pronto atendimento, de acordo com a gravidade (PD10:EM).

Esse ato começa por um interrogatório médico estabelecido com o usuário/solicitante, por meio de um diálogo rápido e específico, que tenha condições de avaliar os sinais e sintomas, os antecedentes médicos, o contexto da situação e as necessidades do paciente.

Esse questionamento é feito de forma a estabelecer uma hipótese diagnóstica, assim como o prognóstico do caso ⁽⁹²⁾.

É a partir da regulação médica que o socorro se desencadeia, bem como a interlocução, por telemedicina, com as equipes descentralizadas e com os Serviços de saúde.

Se pelas informações ao telefone a gente nota que é um caso leve ou moderado a gente envia uma equipe básica, composta pelo técnico e condutor e se for um caso mais grave, como uma parada ou um Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou algo assim, aí vai uma equipe avançada com o médico junto (PD11: EM).

A gente faz essa triagem digamos assim. [...] Tipo numa hipoglicemia, normalmente a gente já tem uma ideia, porque os familiares sabem que é diabético. Paciente inconsciente, diabético então provável que seja hipoglicemia, está ventilando, às vezes tem respiração igual, mas normalmente é assim que funciona. Aí a equipe chegando ao local nos dá o retorno, confirmando hipoglicemia, ou uma situação que precisa ser medicada. Eles entram no rádio, a gente orienta um tipo de medicação. Hipoglicemia, glicose (PD13:EM).

A regulação é responsável por receber o usuário que demanda o SAMU, sendo capaz de colocá-lo no Sistema de Saúde ⁽³⁰⁾, se necessário. Para isso, é preciso definir o grau de urgência de cada solicitação.

É considerado em situação de urgência o usuário que, pelas características do seu agravo, corre risco de morte, complicações ou agravamento de seu estado em curto ou médio espaço de tempo, precisando de tratamento de urgência em qualquer das modalidades de atendimento clínico. Também são consideradas as situações em que usuários, pela intensidade de seus sintomas, sejam físicos, sociais ou psicológicos, necessitam de uma intervenção pré-hospitalar móvel.

Foram classificadas na dimensão clínico-biológica as demandas que, após serem avaliadas pela regulação médica, necessitaram de intervenção de um profissional ou Serviço de urgência.

Foi possível constatar que dentre todos os tipos de agravos atendidos, os agravos neurológicos, 188 (24,1%), foram os mais prevalentes, seguidos dos cardiológicos, 150 (19,3%), respiratórios, 116 (14,9%), metabólicos, 75 (9,6%), síncope 54 (6,9%), digestivos, 51 (6,5%), infecciosos, 43 (5,5%), neoplasias 13 (1,7%), tontura 13 (1,7%), intoxicação exógena 12 (1,5%), reumatológicos 10 (1,3%), entre outros 54 (7%), conforme os dados evidenciados na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8 Distribuição dos atendimentos prestados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o agravo clínico confirmado, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		Frequência	%	% válido	% Acumulado
Válidos	Neurológicos	188	24,1	24,1	24,1
	Cardiológicos	150	19,3	19,3	43,4
	Respiratórios	116	14,9	14,9	58,3
	Metabólicos	75	9,6	9,6	67,9
	Síncope	54	6,9	6,9	74,8
	Digestivos	51	6,5	6,5	81,4
	Infecciosos	43	5,5	5,5	86,9
	Outros	40	5,1	5,1	92,0
	Neoplasias	13	1,7	1,7	93,7
	Tonturas	13	1,7	1,7	95,4
	intoxicações exógenas	12	1,5	1,5	96,9
	Reumatológicos	10	1,3	1,3	98,2
	Acamados	6	,8	,8	99,0
	Mortes	3	,4	,4	99,4
	Nefrológicos	3	,4	,4	99,7
	Ginecológicos	2	,3	,3	100,0
	Total	779	100,0	100,0	

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Isoladamente, o agravo mais atendido foi convulsão, com 116 (14,9%) dos atendimentos, seguindo-se de: desmaio, 55 (7,1%), hipoglicemia, 54 (6,9%), angina, 44 (5,6%), asma, 34 (5,6%), acidente vascular cerebral, 34 (4,4%), crise hipertensiva, 30 (3,9%), dispnéia, 30 (3,9%), acamado/sequelado, 29 (3,7%), parada cardiorespiratória (PCR), 24 (3,1%), AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), 21 (2,7%), dor abdominal, 18 (2,3%), pneumonia, 13 (1,7%), vertigem, 13 (1,7%), cefaléia, 12 (1,5%), diabetes, 9 (1,2%), ortopedia/dor, 8 (1,0%) e outros agravos com percentual menor que 1%.

Esses agravos também foram os mais citados pelos profissionais do SAMU quando foram questionados sobre as principais demandas ao Serviço:

[...] o mais comum são queixas neurológicas, tipo convulsão em via pública, convulsão em casa, paciente desmaiado, síncope, mas também é bastante comum queixas respiratórias, falta de ar, também cardíacas, é palpitações, dor no peito, são as mais comuns (PD11:EM).

[...] é falta de ar, síncope, desmaio, acho que é mais isso... Desmaiou e não sabe o porquê (PD5:EC)

[...] hipoglicemia, crise convulsiva e dor torácica de várias origens que a gente não sabe se realmente é infarto. E também o AVC. A gente tem uma demanda bem grande pra problemas circulatórios (PD9:EE).

Maior índice de atendimento no SAMU é síncope. Pessoas que passam mal, que sente ruim na rua, mal súbito. [...] São pessoas hipertensas, pessoas cardíacas, com n problemas que estão bem belas na rua e se sentem ruim e chamam socorro. Vão ao orelhão, 192, liga para cá (PD19:ETE).

O que mais chamam é convulsão, fora as pessoas com dor no peito (PD16:ETARM).

Estes achados coincidiram com os já identificados no SAMU de Porto Alegre, quando os agravos neurológicos correspondiam, 21,2%, em 2007 ⁽⁹³⁾. Em 1999, já havia sido identificado que os agravos neurológicos (39%), cardiovasculares (15,7%) e respiratórios (11,8%) eram os mais atendidos pelo SAMU ⁽⁹⁴⁾. Verificou-se que, ao longo de 10 anos, não houve mudança significativa nos perfis de morbidade no pré-hospitalar móvel, ainda que houvesse diminuição dos agravos neurológicos.

Diferentemente de Porto Alegre, em Ribeirão Preto, São Paulo, foram os distúrbios gastrointestinais que lideraram, com 13,2% dentre as afecções atendidas, seguido dos cardiovasculares, 11,8% e dos respiratórios, 9,56% ⁽²⁴⁾. Em Olinda, Pernambuco, as doenças do aparelho cardiovascular estavam em primeiro lugar dentre as afecções clínicas atendidas, 23,1% ⁽²⁵⁾.

Pode-se supor que características loco-regionais da organização do atendimento, nas diferentes especialidades médicas e as demandas da população, que utiliza os serviços, interfiram no perfil de atendimento. As lacunas na oferta nas cidades ou regiões trazem como consequência o aumento de demandas aos Serviços.

As equipes de atendimento quando entram em ação, coletam informações sobre o usuário para a avaliação inicial. Com base nisso, o MR confirma ou descarta o diagnóstico presumido na regulação. Nesse momento confirma os dados de

identificação do usuário e registra no sistema de informações da Central de regulação as informações coletadas na cena.

A presença de comorbidade e os tratamentos que estão sendo realizados são dados coletados na cena, pelas equipes. Essas informações auxiliam a Central de regulação na confirmação do diagnóstico presumido ao telefone.

77 anos, masculino, estava caído ao solo, no banheiro da casa, despido. Devido agitação psicomotora foi contido pelo filho para que não se machucasse. A esposa informava que desde o turno da manhã apresentava comportamento incomum. Era diabético e hipertenso. Possuía vínculo com Serviços de saúde (Centro de Saúde e Hospital C), estava usando a medicação de rotina. Devido à grande agitação psicomotora foi autorizada, pelo MR, sedação com Haldol e Fenergan para que fosse possível avaliação e cuidados. TA 160x80 mmHg, FC75bcm, FR 20mrm, Saturação O2 97%, HGT 21mg/dl, Glasgow 14. Foi medicado com glicose hipertônica. HGT 196 mg/dl, Glasgow 13. Realizada limpeza nas lesões traumáticas dos braços e mãos. Depois de estabilizado foi transportado para o Hospital A, sala pacientes graves, devido à sedação. Gravidade: média (PD56:OBS).

No local o usuário estava sozinho, duas mulheres nos trouxeram um maço de boletins de atendimento do SAMU e da emergência do Hospital B utilizado pelo paciente. Ele tinha enfisema e estava bastante disfuncionado, também referia dor muito forte no pescoço. Vagarosamente, o condutor o levou, caminhando, até a ambulância onde foi avaliado pelo TE. A equipe buscou, nos boletins de atendimento e nas receitas, as medicações e internações do passado. Havia sido internado em 31 de janeiro e tido alta em 6 de fevereiro, daquele ano. Também era atendido em uma Unidade de Saúde da Família do Bairro e usava, com frequência, atendimentos de urgência. Não havia receitas da Unidade de saúde dentre o maço que nos forneceram. Todas eram do Hospital B. Fazia uso de nebulização com Atrovent e Berotec, mas não tinha nebulizado naquele dia. O TE fez nebulização e ausculta pulmonar. Durante o atendimento a equipe se comunicou de forma tranquila com o paciente. Ele disse que tinham vindo muito rápido! TE: O Sr. achou? A equipe disse que bom, não é? Quando ficou estabilizado o TE se comunicou com a Central de regulação e explicou o caso. O médico perguntou as doses da nebulização, se estava sibilando, perguntou quantos litros administraram o O2 e informou que tivessem atenção porque o paciente podia ser retentor. Depois de estabilizado o TE deu as referências dos Serviços de urgência que ele utilizava [...] Foi transportado para a UPA2. Gravidade: média (PD33:OBS).

A identificação de vínculo com um profissional e/ou Serviço de Saúde auxilia na definição das portas de entrada do paciente, visto que o nome do médico pode abrir as portas para o atendimento nos hospitais. O vínculo com profissional ou serviço de saúde foi definido como sendo a denominação, pelo usuário ou familiar, do local ou profissional de saúde na qual faz tratamento para o agravo que demandou o SAMU.

Essa informação foi encontrada em 194 registros de atendimento (24,9%), conforme os dados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 Distribuição dos atendimentos realizados pelo SAMU de Porto Alegre (RS), conforme a procura aos serviços de saúde, vínculo com profissional/serviço e presença de co-morbidade, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Vínculo com profissional ou serviço	Sim	194	24,9	90,2	90,2
	Não	21	2,7	9,8	100,0
	Total	215	27,6	100,0	
	Não registrado	564	72,4		
Tratamentos de saúde	Sim	345	44,3	85,8	85,8
	Não	57	7,3	14,2	100,0
	Total	402	51,6	100,0	
	Não registrado	377	48,4		
Presença de Comorbidade	Sim	407	52,2	95,1	95,1
	Não	21	2,7	4,9	100,0
	Total	428	54,9	100,0	
	Não registrado	351	45,1		

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

A presença de tratamentos de saúde foi registrada em 402 boletins de atendimento (51,6%). O registro de que os usuários faziam tratamento de saúde foi encontrado em 345 (44,3%). Negaram tratamento 57 (7,3%), nos demais boletins não foi encontrado esse registro.

A presença de comorbidade foi registrada em 407 boletins de atendimento (52,2%) e negada em 21 (2,7%).

A utilização de um serviço de saúde, anterior à demanda ao SAMU, foi encontrada em 289 registros (37,1%). Dentre esses registros 132 usuários tinham buscado atendimento em um hospital (60,5%), 36 tinham utilizado previamente o SAMU (16,5%), 22 utilizaram uma Unidade de atenção básica (10%), 16 procuraram um médico (7,3%), 6 uma UPA (2,7%), 1 usou o Ambulatório da Penitenciária

(0,4%), 3 usaram o Centro Clínico do convênio (1,3%) e 2 tiveram atendimento em Saúde Mental (0,8%).

Também foi avaliado o número de dias transcorridos entre a utilização de um Serviço de Saúde e a demanda feita ao SAMU, conforme explicitado a seguir:

Tabela 10 Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o número de dias transcorrido entre a utilização de um serviço de saúde e o atendimento prestado pelo SAMU, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Número de dias	Frequência	Percentual	% válido	% Acumulado
No mesmo dia	39	5,0	29,8	29,8
1	22	2,8	16,8	46,7
2 – 7	21	2,7	16,0	62,6
8 -15	15	2,0	11,5	74,0
16 -30	12	1,5	9,2	83,2
35-60	7	0,9	5,3	88,5
90	6	0,8	4,6	93,1
150 – 365	6	0,8	4,6	97,7
728 – 1825	3	0,3	2,3	100,0
Total	131	16,8	100,0	
Não procurou serviço de saúde	43	5,5		
Não registrado	605	83,2		
Total	779	100,0		

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

O tempo transcorrido entre o uso do serviço e a procura pelo SAMU para o atendimento do mesmo agravo se deu da seguinte forma entre os registros válidos: 39 utilizaram o SAMU no mesmo dia (29,8%), 22 no dia anterior (16,8%), 21 de 2 - 7 dias (16%), 15 nos últimos 15 dias (11,5%), 12 de 16 - 30 dias (9,2%), 7 de 35 - 60 dias (5,3%), 6 havia 3 meses (4,6%), 6 de 5 - 12 meses (4,6%), 3 havia mais de um ano (2,3%), totalizando 131 usuários (16,8%).

Identifica-se que 74% dos atendimentos foram realizados até 15 dias após a utilização de um serviço de saúde. Isso significa que as demandas por saúde quando não obtêm a resolutividade necessária retornam aos serviços de saúde, especialmente às portas da urgência, dentre elas o SAMU.

Não procuraram Serviço de Saúde, anteriormente a demanda ao SAMU, 43 usuários (5,5%), não foi registrada essa informação na Central de regulação, em 605

atendimentos (83,2%). A ausência de registro das variáveis pela Central de regulação, em um número expressivo de fichas de atendimento, prejudicou a avaliação da totalidade.

Apesar disso, pode-se dizer que, 52,2% dos usuários atendidos possuíam presença de comorbidade, 44,3% faziam algum tratamento de saúde e 16,8% tinham procurado um serviço de saúde para a demanda pelo qual tinha solicitado o atendimento do SAMU. Isso indica a presença de episódios agudos de condições crônicas, conforme o explicitado a seguir:

72 anos, referia dor ardida no peito e nas costas, sentiu cansaço e fraqueza ao sair de casa. Era cardiopata e hipertensa. Fazia uso de Propranolol e Hidroclorotiazida, tendo parado a administração do medicamento, por orientação médica, devido cefaléia. Informa vínculo com o ambulatório de dois hospitais por meio do Dr. Z e tinha convênio de saúde. Teve internações prévias pela mesma queixa. Foram avaliados os sinais vitais TA 200x120 mmHg, FC 150bcm. Foi atendida por uma USB no domicílio e removida para o pronto atendimento do Hospital E, setor de convênios. Gravidade: média (PD31: OBS)

O chamado foi feito de um restaurante vegetariano, na chegada da equipe, o TE verificou os sinais vitais e o condutor preencheu o boletim de atendimento. O usuário estava em estado pós-ictal, tinha apresentado episódio de convulsão tônico-clônica. O solicitante disse que ele fazia uso de 4 comprimidos de Carbamazepina por dia, não havia tomado a medicação, estava confuso, não sabia a idade e nem o ano na qual estamos. TA 130/90 mmHg, FC 127bcm, FR 18mrm, Saturação O2 99%, HGT 172mg/dl. Disse que fazia acompanhamento no ambulatório do Hospital C (PD46:OBS).

Feminina, 37 anos, demanda o SAMU por dispnéia, com disfunção respiratória importante, crise há 3 dias, piora hoje, presença de sibilos. Na avaliação local da equipe TA 120/80 mmHg, FC 126bcm, FR 40mrm, Saturação O2 53%. Apresentou melhora significativa da Saturação após nebulização com 10 gotas de Berotec, 30 gotas de Atrovent e oxigenioterapia. Foi transportada para UPA4. Agravo: Respiratório/Asma. Gravidade: média (BA, 21/11/2008). Em 26/01/2009 foi atendida novamente, com crise de asma, sibilando e tiragem intercostal. Foi avaliada e transportada para a UPA4. Agravo: Respiratório/Asma. Gravidade: média (BA, 26/01/2009).

Masculino, 60 anos, diabetes e hipertensão, desvio da comissura labial, parestesia no membro superior e convulsão. Acompanhado para tratamento no Hospital R. A equipe de suporte básico recebeu apoio da equipe de suporte avançado para atendimento da situação. TA 240/160 mmHg, FC 97bcm, FR 24mrm, Saturação O2 97%. Após 10 minutos da medicação TA 180/90 mmHg. Foi transportado para o hospital C. Agravo: Neuro/AVC. Gravidade média (BA, 20/11/2008).

Masculino, 51 anos, HIV positivo, passando mal havia vários dias, queixa de desmaio e falta de ar. Na avaliação local acamado, com dispnéia e anorexia, diagnóstico de HIV, sem tratamento, presença de vômitos e diarreia. Tosse produtiva, ausculta pulmonar sem problemas. TA 120/90 mmHg, FC 86bcm, FR 18mrm, Saturação O2 97%, HGT 85mg/dl, Glasgow

14. *Recebeu avaliação da equipe de suporte básico e foi transportado para UPA1. Agravo: Respiratório/outros. Gravidade média (BA, 10/10/2008).*

A informação do vínculo com profissional ou Serviço e a presença de comorbidade era requisito fundamental para a avaliação e o desencadeamento do trabalho das equipes. Dependente da gravidade do evento, esta informação era crucial para determinar o desfecho do caso e a porta de entrada que seria buscada pelo médico regulador. Sendo assim, era sempre questionada ao usuário ou solicitante, no momento do atendimento, e repassada ao MR, por rádio-comunicação. Entretanto, esse registro nem sempre ficou gravado no banco de dados do SAMU, o que gerou um alto percentual de ausência de registros.

A partir das informações contidas nos boletins de atendimento, os agravos clínicos foram agrupados, da seguinte forma: agravos agudos, agravos crônicos e não definidos.

Os agravos agudos se constituíram nas situações de aparecimento súbito, em que o usuário negou doença ou condição crônica associada ao agravo pelo qual demandou atendimento, representando 122 (15,7%). As situações mais frequentes foram os episódios de síncope 54 (6,9%).

Chamam por Síncope, desmaio, ou dá uma pré-síncope, cai a pressão, quando está muito calor, atende bastante. É enviada a ambulância que ao chegar, às vezes, já passou o mal estar, deram água, abanaram, ou botaram com as pernas para cima, uma queda de pressão... (PD1:EC)

Saímos da Base às 9h2min, motivo do atendimento era síncope. À chegada da equipe, o doente já não estava desmaiado, estava sentado no hall de entrada do prédio onde foi vender seguro. Ele estava acompanhado de funcionários do edifício. O senhor levantou com auxílio da equipe e foi conduzido à ambulância. O TE perguntou se ele tinha percebido que havia evacuado nas calças, ele disse que não. O TE verificou os sinais vitais e fez questionamento sobre a história prévia. O usuário negou a presença de patologias e disse que não precisava de atendimento, dizendo que nem sabia que haviam chamado o SAMU. O paciente assinou o boletim de atendimento e não foi removido para Serviço de Saúde. Retornou-se à central de regulação às 9h55min (PD28:OBS).

Escutei o médico dizer “Dona Maria, está respirando? Aguarde atendimento.”, desligou o telefone e encaminhou a demanda para uma das Bases: “mulher, 21 anos, episódio de síncope, ainda desacordada” [...] (PD41:OBS).

Nos episódios de menor gravidade, manobras simples davam resolução rápida aos casos. Em muitas situações as equipes davam aporte de informação ao

usuário/solicitante do que deveria ser feito, assegurando que a situação não era grave.

Ainda se podia identificar que as motivações para esses chamados podiam estar relacionadas à insegurança ou desconhecimento do solicitante sobre a conduta a ser adotada.

Convulsão, em via pública, que as pessoas têm pouca informação do que fazer, então gera uma comoção social muito grande, as pessoas querem segurar a língua do paciente para ele não morder a língua, então o SAMU chegando ali e orientando e fazendo o cuidado para que o paciente não se machuque é importante (PD11:EM).

Muitas (pessoas) têm medo, têm carro, têm convênio, têm até médico em casa, mas têm medo, então nos solicitam (PD22:ETE).

O MR questionou sobre os motivos da solicitação de atendimento, orientou o usuário para não fazer uso de Lorazepan por um dia, e voltar a utilizá-lo, em menor quantidade, no outro dia. Orientou, também, o usuário, a buscar serviço ambulatorial, se necessário (PD36: OBS).

O contato imediato com um profissional de saúde possibilita um compartilhamento de responsabilidades frente ao desconhecimento do que pode e/ou deve ser feito em situações de urgência.

As pessoas procuram os Serviços de urgência mesmo quando desconfiam que o caso não seja urgência, por diferentes motivos, dentre estes, medo da piora da doença, certeza do atendimento e a densidade tecnológica ofertada na urgência⁽⁹⁵⁾.

Nas situações de maior gravidade a ansiedade do usuário/solicitante pode estar relacionada à percepção do estado de saúde da pessoa sob seus cuidados. O desconhecimento do que pode Suporte Básico à Vida (SBV) estar ocorrendo com o doente, assim como das manobras de piora a percepção da urgência, que nem sempre significa risco de morte para o usuário.

As manobras de SBV são etapas do atendimento à vítima que podem ser iniciadas em ambiente pré-hospitalar e que, se realizadas corretamente, aumentam a sobrevivência e diminuem sequelas aos doentes.

Essas manobras podem ser realizadas por qualquer pessoa capacitada para tal, desde que se sinta apta. Estudo realizado em São Paulo revelou que 85% das pessoas entrevistadas, apesar de terem recebido alguma orientação formal para atuação em situações de urgência, não se sentiam aptos a socorrer vítimas em qualquer situação⁽⁹⁶⁾. Sabiam verificar a presença de movimentos respiratórios, 75%

dos entrevistados; não sabiam como realizar manobras que facilitassem a respiração, mais de 80%; conheciam a técnica de respiração boca a boca, 10% e sabiam posicionar a vítima para realizar manobras de compressão torácica externa, 14,4% ⁽⁹⁷⁾, o que corrobora o que foi descrito sobre a insegurança ao prestar atendimento.

Nas situações em que não foi possível correlacionar sinais e sintomas referidos pelo usuário à doença de base para definir se o agravo era agudo ou crônico e também, nas situações em que não houve registro suficiente para tal correlação, adotou-se o critério de agravo não definido. Foram identificados nesta situação 122 (15,6%) atendimentos.

79 anos, síncope em via pública. Na regulação local (USA), pálida, sinais vitais estáveis, rítmicas, TA 120 x60 mmHg, FC 115 bpm, FR 18 a 20, Saturação 92% ar ambiente, HGT 217mg/dl, Glasgow 15. A paciente estava a caminho da consulta psiquiátrica, quando passou mal. Gravidade pequena, MR orienta retornar à base. (PD45:OBS)

70 anos, dificuldade para falar, sangramento ativo, síncope em via pública. No local ninguém conhecia o usuário. Apresentava hematoma na cabeça e ferimento corto-contuso na face, descompensado. O MR decidiu levá-lo ao Hospital A (PD39:OBS).

61 anos, masculino, desmaiado, enviada uma USA. No local foi encontrado em PCR. Realizadas manobras de ressuscitação e medicação. Agravo: Cardio/PCR. Destino: Transportado ao hospital A. Gravidade Severa (BA, 01/12/08).

Os agravos não definidos estavam associados às situações em que não era possível a interlocução com um familiar para a coleta da história prévia dos pacientes.

Constatou-se que a maioria dos atendimentos realizados, 535 (68,7%), estava relacionada à condição crônica, que neste estudo, foi considerada como sendo toda situação em que usuários apresentaram exacerbação de sinais e sintomas (episódios agudos) e história compatível com condição ou doença de longa duração.

Foram determinadas três situações para a cronicidade dos agravos: por presença de episódio agudo vinculado à condição crônica, mau estado geral consequente à condição crônica, pessoas em situação de rua, por tempo prolongado.

Foram caracterizadas como episódio agudo vinculado à condição crônica, 449 situações (57,6%). São exemplos dessas situações episódios de hipoglicemia, crise

de asma, epilepsia, crise hipertensiva, alcoolismo, entre outras. A seguir são apresentadas algumas dessas situações:

Saímos da Base para atender episódio de hipoglicemia. No local encontramos uma mulher de 70 anos, sentada no sofá da sala. Os netos adolescentes disseram que ela não tinha se alimentado, eram 11h da manhã. Quando a avó foi levada ao banheiro para fazer a higiene e urinar, viram que ela estava muito fraca, com tremores e afrouxando as pernas. Ficaram bastante assustados e por isso chamaram o SAMU. Depois de coletarem a história da paciente que era diabética, hipertensa, com Alzheimer, usando medicações para as patologias. Ela estava pálida, sudorética, com perda da força nos braços, não conversava. Os socorristas verificaram os sinais vitais e o HGT que estava 56 mg/dl. Administram 40 ml de glicose hipertônica, por acesso venoso. Ela foi se recuperando com facilidade. Como havia confusão mental associada à doença neurológica tiveram mais dificuldade na avaliação da coerência, mas os netos disseram que aquele era o seu normal. A equipe conversou com a família avisando que ela estava bem, explicando os motivos da hipoglicemia. Disseram que era muito tarde para que ela ainda não tivesse sido alimentada. Também orientaram que deveria ser alimentada com brevidade porque a glicose que recebeu é rapidamente consumida pelo organismo e se não fosse alimentada em um curto espaço de tempo ficaria hipoglicêmica novamente (PD32:OBS).

Masculino, 40 anos, deitado no leito, com os olhos fechados, parecia desmaiado. O filho e um irmão acompanharam o atendimento. Os dois homens tinham hálito etílico. Havia história de convulsão na infância, 3 a 4 internações no Hospital I e Hospital B, por questões neurológicas. Não possuía receitas ou notas destas internações. Disseram que trabalharam até tarde e ao retornar havia passado mal, ficando deitado desde então. Sinais vitais e neurológicos preservados. O TE investiga se ele teve internação psiquiátrica no passado. Durante nossa conversa o paciente abriu os olhos e sentou na cama. O TE questionou o paciente e ele respondeu com a voz bem enrolada: deixa eu ver, não me lembro... o que eu fiz? O irmão perguntou onde estavam as receitas e ele disse: calma deixa eu pensar... Tá bem eu bebi, mas estou bem... O TE falou com o paciente e aos poucos ele foi falando, com coerência apesar da letargia. Ficou no local com orientação aos familiares por decisão do MR (P55: OBS).

As condições crônicas predisõem os indivíduos a fases de exacerbação e remissão de sinais e sintomas, ocasionados pelo tempo prolongado ou indeterminado na suas vidas ⁽⁹⁸⁾. Isso não significa que estejam sempre doentes, mas que necessitam de cuidados da família, de um profissional ou serviço de forma continuada.

A presença de problemas crônicos de saúde tem se constituído em um dos determinantes proximais mais fortes para a procura e utilização de Serviços de saúde, visto que as pessoas com esses problemas precisam de avaliação de sua condição com maior frequência do que a população em geral ^(38,40).

A garantia do diagnóstico e de atendimento por profissionais qualificados pode evitar e retardar a progressão de complicações, além de promover maior adesão ao tratamento. Sendo assim, a participação do paciente no seu tratamento é eficaz para o controle da doença e a prevenção de suas complicações⁽⁵⁰⁾.

A prevalência de doenças crônicas, no Brasil, segundo PNAD-2003, mostrou que a presença de pelo menos uma doença crônica aumentava com a idade, a partir dos 20 anos, assim como a necessidade de internação, em 2,97 vezes e o uso de Serviços de saúde em 3,39 vezes. Também aumentava o risco de estar acamado, em 4,11 vezes, e de apresentar restrição de atividades, em 3,82 vezes⁽³⁸⁾.

Embora envelhecer não signifique diretamente adoecer e estar dependente, sem dúvida indica uma maior fragilidade e vulnerabilidade que aumenta conforme a idade cronológica dos indivíduos é mais avançada. Isto quer dizer que as mesmas pessoas terão necessidades de saúde diferenciadas e poderão utilizar mais ou menos Serviços de saúde, conforme avança a idade em anos. Apesar disso, as Instituições de saúde ainda não estão organizadas e preparadas para prestar assistência sistematizada e continuada a todas as pessoas que necessitam desses cuidados.

A finalidade do tratamento das condições crônicas é reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas acometidas. O acompanhamento regular por um profissional da saúde reside não somente em conter a extensão dos danos físicos, mas, também, no impacto social e psicológico que provocam⁽⁹⁹⁾.

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular⁽¹⁰⁰⁾. Sendo assim, o vínculo com um profissional ou serviço pode diminuir a necessidade de utilização de serviços de urgência nas situações de menor gravidade, visto que o paciente estará mais habilitado a reconhecer sinais e sintomas de algo que não vai bem e terá condições de buscar recursos com os profissionais que tiver vínculo.

Mas nem sempre o acesso a um serviço garante o vínculo com profissionais e adesão aos tratamentos propostos. Uma revisão crítica da literatura acerca da adesão evidenciou que a maioria dos fatores contribuintes para tal tem sido conferida ao paciente. Apesar disso, os profissionais tendem a abordar essa questão sob o ponto de vista epidemiológico, ignorando as expectativas do paciente. Dessa forma deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos

comportamentos que diferem das suas prescrições, distanciando-se da compreensão do contexto da pessoa ⁽⁹⁹⁾.

As causas da adesão aos tratamentos dizem respeito a vários aspectos que vão desde os relacionados ao acesso, às formas de obtenção e ao custo dos medicamentos, presença de efeitos colaterais, dificuldades na administração de horários, esquecimento, formas de administração da droga, desconhecimento da doença e/ou de sua gravidade e as crenças relacionadas ao uso de medicamentos, além dos cuidados com a saúde ⁽⁴⁷⁾.

Como nem sempre o Sistema de Saúde provê condições adequadas para o cuidado dos pacientes crônicos, a procura pelas Unidades de urgência se torna um “atendimento regular” semelhante ao atendimento ambulatorial ⁽⁴⁹⁾. Além disso, ainda estão associadas às questões relacionadas às necessidades específicas de cada pessoa, autopercepção aumentada de sintomas, ninguém ou nenhum lugar para recorrer na presença de uma necessidade sentida como urgente e por conveniência do usuário ⁽²²⁾.

Entende-se que a dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde, de vínculo com profissionais/serviços e a baixa adesão aos tratamentos propostos, assim como a organização da atenção que não foi desenhada para tratar, sistematicamente, usuários com doenças de longa duração, faz com que procurem nas Unidades de urgência o atendimento que não conseguem obter de forma rápida e eficaz nas Unidades Básicas e Especializadas de Saúde. O atendimento pontual dos episódios agudos, das condições crônicas, traz com o passar do tempo, incapacidades e sequelas irreversíveis aos doentes, o que conseqüentemente aumenta a necessidade de recursos na saúde.

A piora do estado de saúde daqueles pacientes em mau estado geral era ocasionada por agravamento/sequelas impostas pela doença ou pela condição social desfavorável, como pode ser identificado nas situações descritas a seguir.

Paciente HIV positivo, 32 anos, mau estado geral, incontinência, cadavérico, pele ressecada, Glasgow 12. Tosse produtiva e com escarro purulento, com tuberculose. Usando antiretrovirais. Tratava-se no Hospital U e Hospital B. FC 120 bcm, FR 30 mrm, Tax 35,8°C, Saturação O2 98%, HGT 136 mg/dl. MR perguntou à equipe se tinha condições de acesso venoso. Avisaram que seria difícil. Pediu que familiar localizasse notas de alta dos Hospitais. Informaram que a mãe estava procurando, sem êxito. Só encontrou boletins de atendimento. MR disse que servia. Pediu que preparassem para o transporte, enquanto fazia contato com o Hospital B. MR pediu ligação para o TARM. MR falou com sala amarela e relatou o caso. Disse: 35kg, desidratado. O médico do hospital aceitou o caso sem discussão. MR deu

retorno à equipe, pelo rádio, informando o deslocamento para o Hospital (PD39:OBS).

Masculino, 32 anos, HIV positivo e doença pulmonar, com alteração do sensório. Usuário sem tratamento regular para AIDS. Tinha sido atendido um dia antes pelo SAMU e removido ao Hospital B, sendo liberado no mesmo dia. Não se alimentava. TA 80x40 mmHg, FC 80 bcm, FR 18 mrm, Tax 36°C, HGT 108 mg/ dl, Glasgow 15. Recebeu hidratação por acesso endovenoso. Foi removido novamente para o Hospital B, por insistência do MR. Agravo: Infecto/AIDS. Gravidade Média (BA, 10/10/08).

Os pacientes em mau estado geral, 69 (8,9%), estavam, em sua maioria, acamados, não recebiam tratamento regular, situação de abandono social ou em fase terminal, sem vínculo com equipe de saúde. Ficou evidenciado que para essa população carente de assistência, as Instituições sociais e de saúde pouco conseguiam prestar cuidados, ficando a margem de tudo.

Apesar de proporcionar os primeiros cuidados aos que conseguem acesso, foi evidenciado que o atendimento pontual prestado pelo SAMU e pelas Unidades de urgência responde, momentaneamente, às demandas do usuário. A obtenção do acesso em um Serviço de Saúde não tem garantido ao usuário a continuidade da atenção, nas diferentes modalidades de atendimento, ficando o usuário solto no Sistema de Saúde, sem alternativa retorna à urgência.

Em menor percentual, foram encontrados os que estavam em situação de rua, 17 atendimentos (2,2%). Os usuários nesta condição necessitaram de avaliação de um profissional, em Serviço de Saúde, após o atendimento prestado pelo SAMU.

Masculino, 50 anos, história de convulsão. Morador de rua em pós-hictal, apresentava-se confuso e desorientado. TA 140x90 mmHg, FC 116 bcm, FR 22 mrm, HGT 135mg/ dl, Saturação O2 95%, Glasgow 14. Transportado para o Hospital A. Agravo: Neuro/convulsão. Gravidade Média (BA, 09/10/08).

Masculino, 50 anos, solicitante informou que tinha um senhor caído na rua que não conseguia caminhar por dor nas pernas. Já havia ligado para a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), sem retorno. No local foi identificado morador de rua, em estado de indigência, apresentando fraqueza generalizada. Transportado para o Hospital A. Agravo: Síncope/desmaio. Gravidade Média (BA, 25/11/08).

Mesmo que não resultasse em uma internação hospitalar, houve a necessidade de investigação da situação, por vezes, uso de medicação, na casa, em uma UPA ou hospital.

Muitos dos problemas enfrentados pelos usuários com condições crônicas têm relação com o seu contexto de vida e de saúde, com as características das

patologias, com condições sociais e econômicas, com a vulnerabilidade social e aspectos relacionados à organização do Sistema de Saúde. Semelhante ao que ocorre nas situações de usuários em mau estado geral, usuários em condição de rua têm recebido cuidados nas Unidades de urgência, mas logo em seguida são colocados na rua novamente, sem que haja uma responsabilização por essa população. Se não existir apoio para mudança nas condições de miserabilidade, o paciente retorna às Unidades de urgência.

Historicamente os problemas agudos, especialmente algumas doenças infecciosas, constituíram a principal preocupação dos Sistemas de Saúde. Sendo assim, foram organizados em torno de um modelo de tratamento de casos súbitos e episódicos, com ênfase nas ações curativas, individuais, em componentes isolados da atenção, tendo como base uma expectativa de cura das doenças.

Contraditoriamente a esse modelo de organização, as condições crônicas exigem um contato regular e extenso durante o tratamento da pessoa. Para que haja uma transformação favorável no tratamento é primordial fomentar o intercâmbio de informações e formar um consenso e um comprometimento entre os envolvidos no cuidado. O tratamento das condições crônicas requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes atores, cenários e os prestadores através do tempo.

Uma linha de atendimento direto com a equipe das Unidades de saúde possibilitaria orientações imediatas em situações de urgência, por meio de contatos telefônicos, com a equipe ou mesmo por orientação para condutas nas situações de urgência. Esta possibilidade de reorganização do atendimento aumentaria os recursos oferecidos aos usuários que estivessem em situação crítica de saúde e com necessidade de atendimento imediato ⁽¹⁰¹⁾.

Muitas das complicações apresentadas pelos doentes crônicos atendidos pelo SAMU poderiam ser acompanhadas nas Unidades ambulatoriais onde esses usuários mantêm vínculo, mas esse contato não tem garantido a continuidade do atendimento nas situações de urgência.

Serviços integrados representam melhores condições de saúde, menor desperdício e uma experiência menos frustrante para o usuário que precisa auxílio e apoio da Área da Saúde, de outras Instituições e de recursos da comunidade.

As modificações nos perfis epidemiológicos e a longevidade da população têm se tornado um desafio trilhado pelos profissionais, gestores, Instituições e a população que precisa agilidade em busca de soluções para tamanho problema.

5.1.3 Dimensão Econômica e social

Nesta dimensão é analisada a procura e a utilização do SAMU nos aspectos relativos às questões econômicas e sociais da população, que não dispõe de recursos próprios, para deslocamento aos Serviços e Instituições sociais e de saúde para tratamento, além do abandono e do rechaço social.

Aliada a dimensão clínico-biológica, as demandas ao SAMU têm uma forte relação com as questões sociais e econômicas da população que mais o utiliza. Essas demandas estão associadas à falta de dinheiro para o deslocamento a um Serviço de saúde, à dificuldade de acesso aos recursos da comunidade, às situações de abandono e às lacunas Institucionais ao transporte social.

Chamam para ajudar, para levar ao hospital, tem muita demanda de pacientes que querem orientações, principalmente remoções para hospitais, transportes para os hospitais, uma das grandes negativas (PD12: EM).

Casos sociais que não sabem o que fazer, chama o SAMU. Exemplo: bêbados, moradores de rua, lares de idosos, sem médico (PD39:OBS).

Chamam também a gente só pra ajudar a tirar do apartamento, até do carro particular porque a pessoa é de difícil manuseio, ou é obesa ou caminha com dificuldade. O SAMU, às vezes, vai colocar no carro. Aí o pessoal vai com meios próprios com o paciente e a gente volta pra Base (PD23:ETE).

A necessidade de um transporte para deslocamento aos Serviços de saúde, avaliação de quadros agudos sem gravidade ou ainda, remoção de paciente acamado/sequelado, sem condições de fazê-lo por meios próprios são demandas frequentes ao SAMU.

Chamam por situações crônicas de pacientes acamados, tais como piora progressiva do quadro, pacientes terminais, SAMU como transporte simples para consultas, reposição de sondas (PD15:EM).

Masculino, 77 anos, residente em asilo, solicitante referia que a glicemia estava superior a 500mg/dl, tinha dificuldade para respirar, estava ofegante e TA 90x60 mmHg, apresentava fratura de membro inferior, havia meses. Ao exame sem patologia prévia, fazia tratamento com antibióticos, apresentou dois episódios de hiperglicemia, sonolento, apresentava lesão ulcerada no pé esquerdo. TA 160x80 mmHg, FC 112 bpm, FR 32 mrm,

Saturação O2 85%, HGT 139mg/dl. Recebeu oxigenioterapia e foi removido para o Hospital A. Agravado: Metabólica/outros. Gravidade média (BA, 25/11/2008).

Masculino, 43 anos, usuário de drogas, gemente, não falava, tinha febre, situação social precária. Ao exame, dispnéia e tosse produtiva, soropositivo. TA 110x80 mmHg, FC 103 bpm, FR 32 mrm, Tax 37,4°C, Saturação O2 89%. Recebeu oxigenioterapia e foi removido para a UPA1. Agravado: Infecto/AIDS. Gravidade média (BA, 25/11/2008).

Nessas situações o usuário necessita de intervenção mediata de um profissional/serviço, mas as solicitações, muitas vezes, não se enquadram nos critérios clássicos da urgência. Identificou-se, que a pertinência dada à demanda era condicionada pela condição social do usuário, pela contextualização da situação, e pela subjetividade do médico regulador na tomada de decisão no envio do recurso.

A maioria não tem recurso financeiro (PD22:ETE)

[...] a questão de não ter dinheiro pra se deslocar. Então as pessoas chamam o SAMU pra resolver esse problema e não pela urgência (PD57:EE).

Chega ao local e constata: "Mas eu não tenho dinheiro para pegar ônibus, taxi" (PD7:EE).

Na maioria das vezes, o que motiva o paciente a ligar para o SAMU é ele não ter condições financeiras ou próprias, condução própria para poder ir para o hospital, isso é o que a gente percebe (PD11:EM).

Geralmente é falta de dinheiro e a falta de informação, também, muita gente liga e diz "Ah, mas eu não tenho dinheiro para levar minha mãe de taxi" (PD17:ETARM).

O contexto de moradia influencia a auto-avaliação de saúde, para além do efeito dos fatores individuais. Piores condições sócioeconômicas do ambiente, também, afetam negativamente a saúde, com maior necessidade de utilização de Serviços de saúde, inclusive os de urgência.

Áreas mais carentes, com mais pobreza ou menos riqueza, com maior desigualdade de renda, aumentam a prevalência de auto-avaliação de saúde para pior ⁽¹⁰²⁾. Identificou-se que os profissionais recebem demandas para casos em que o usuário já tenha esgotado as suas possibilidades de conseguir o deslocamento por meio dos recursos da comunidade; então aciona o SAMU com a esperança de obter o recurso.

Não tem dinheiro pra ir ao médico, pediu pro vizinho e o vizinho já não quis ir porque de certo já está cheio de ir 3 ou 4 vezes pra mesma pessoa. Aí o SAMU vai lá (PD3:EC)

“Não tenho dinheiro,” ou “Não tenho tempo.,” geralmente o problema é dinheiro, não têm dinheiro para deslocar. Então às vezes tem que procurar um amigo ou um familiar, ou mesmo o dinheiro próprio, quando não é caso de mandar a equipe (PD12:EM).

Como a maioria das demandas é estritamente social, corre o risco de não ser atendida. Para isso, os usuários criam estratégias para obter acesso.

A procura pelo transporte vai prolongando o tempo de espera no domicílio, o que, em algumas situações, piora o estado de saúde do doente.

A maioria dos casos é social que a pessoa não tem condições financeiras de transportar o seu paciente para um atendimento quando o paciente está em condições de ser levado e ele vai ficando em casa, até agravar e daí chamam o SAMU (PD10:EM).

A questão do dinheiro, propriamente, eu acho que é bem complicado porque não existe um serviço social realmente. “Ah, minha vizinha está há três dias, quatro dias de cama e tal...” e, às vezes, as pessoas não têm realmente como remover essa pessoa e chamam o SAMU. Claro que se o SAMU fosse atender todos esses casos não teria para o cara que foi atropelado, ou que tem uma parada (PD16:ETARM).

Por exemplo, trabalho de parto, eu não sou da área da saúde, eu não questiono as opções dos médicos, mas trabalho de parto é uma coisa que normalmente é tida como não necessário. A paciente tem como se planejar, tem tempo para se planejar, né? Tem nove meses para se planejar. Como ela vai fazer isso, geralmente o processo do trabalho de parto é uma coisa mais lenta. Normalmente as pessoas chamam o SAMU e eu acho que durante os nove meses eles falam “Ah, quando tiver na hora, chama o SAMU.” Mas dentro disso há situações e situações, se alguém liga 7 ou 8 horas da noite lá de uma ilha “Porque minha mulher está em trabalho de parto!” é uma situação diferente. É uma situação que eu acredito que não seria do SAMU. Como eu vi os médicos comentando conosco outro dia, bom, nas ilhas há essa hora já não tem mais ônibus, o cara não tem carro, bom, às 7horas quando o cara liga não é uma urgência para o SAMU, mas às 2h (da madrugada) vai ser (PD16:ETARM).

A população demanda o SAMU para transporte nas mais variadas situações, mesmo naquelas em que não há gravidade ou que o envio do serviço móvel pode ser discutível. Sabedores de que não é urgente, o médico regulador, por vezes, aceita a demanda porque reconhece como legítima a necessidade do transporte e da carência de recursos das famílias para o deslocamento por meios próprios ou pelos recursos do Estado.

Essa necessidade também foi evidenciada no Rio de Janeiro quando chegavam à Central de regulação dos bombeiros demandas que eram atendidas,

mas que os casos não tinham relação com a função declarada do Serviço; seus veículos serviam para o transporte de muitos usuários que enfrentavam dificuldades financeiras para o deslocamento ⁽⁵⁶⁾.

Historicamente, os serviços de ambulâncias têm sido vistos como responsáveis pelo transporte de pessoas doentes para os hospitais, a concepção de ambulâncias equipadas com recursos tecnológicos avançados e capazes de estabilizar o paciente, na cena, é recente ⁽⁸⁰⁾. Sendo assim, é vista, pela população, como um veículo que transporta paciente, de um lugar para outro.

Na memória de muitos brasileiros que viveram nas décadas de 50 e 60, o SAMU relembra o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), que se dispunha a prestar assistência médica no domicílio do paciente. Do ponto de vista histórico, guardando as devidas proporções, essa atividade pode ser considerada como um embrião do APH móvel, no Brasil.

A visão dos serviços pré-hospitalares móveis como parte integrante da atenção ao paciente, ainda precisa ser construída no imaginário social dos profissionais e dos usuários, como um serviço de maior resolutividade e capacidade tecnológica, capaz de iniciar ou complementar as ações de outros serviços de saúde.

Outra questão não menos importante é a dificuldade na remoção do paciente acamado/sequelado que fica confinado ao leito e que as famílias têm imensa dificuldade no deslocamento e no apoio Institucional.

Uma familiar solicitava atendimento para uma senhora de 96 anos, com dificuldade de locomoção, que possuía uma úlcera venosa com sangramento. A solicitante informava que já havia buscado auxílio em uma Unidade de saúde onde foi orientada a buscar atendimento no hospital, mas não tinha como chegar até esse local. O MR orientou a solicitante para buscar atendimento, por meios próprios, dizendo que o SAMU atendia somente tiro, parada cardíaca, facada, não fazia apenas transporte. O MR registrou a orientação dada no sistema e encerrou o chamado (PD51:OBS).

A baixa renda da população. Normalmente é isso. E às vezes realmente essa dificuldade que tem de mobilizar com a pessoa. Não tem o transporte social, a paciente é acamada e eles não têm como pegar a paciente e colocar dentro do carro, ou têm medo, ou têm dificuldade. Às vezes a paciente está no quarto andar, mas sem elevador, precisa carregar. Isso é uma das coisas que acontece muito aqui (PD13:EM).

“Meu familiar está doente, está com uma queixa e dor abdominal” Já pedem, ligam para chamar e querem que a gente leve o transporte para o hospital (PD12:EM).

A procura por atendimento se efetua pela incapacidade do usuário/solicitante conseguir resolução da demanda por conta própria. As demandas são mais fortemente influenciadas pela vulnerabilidade social do usuário, do que pelos sinais clínicos de gravidade, sendo assim acionam o SAMU em busca de apoio e resolutividade das necessidades.

A mudança de paradigma do cuidado institucional para o domicílio tem devolvido, cada vez mais precocemente, doentes crônicos com dependência, aos cuidados da família. A manutenção do doente em casa tem sido uma estratégia importante para mantê-lo estimulado pela vida, em um ambiente acolhedor junto aos familiares, possibilitando uma diminuição das dificuldades e dos limites impostos pela dependência.

Além dos aspectos citados, a utilização do domicílio como espaço de cuidado busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção. Porém, somente transferir o cuidado do hospital para o domicílio, sem mudar o modelo hegemônico que o caracteriza, não resolve essa situação porque apenas muda o local de atendimento ⁽¹⁰³⁾, com sobrecarga das famílias nesse processo.

O bem-estar do doente no domicílio depende da retaguarda familiar e social que dispõe. Sem esse apoio têm sido obrigados a criar estratégias de enfrentamento da tarefa de cuidar com o apoio informal da própria família, vizinhos e, algumas vezes, da comunidade.

Nas situações de desestabilização das condições vitais ou nas situações de remoção do doente para cuidados fora do domicílio, identifica-se que as famílias não têm tido apoio formal adequado, sendo que o SAMU é um recurso potente para tal.

Análises de custo confirmam que os programas de internação domiciliar têm uma relação custo/benefício positiva em comparação à internação hospitalar; contudo essas análises não contemplam os custos gerados para as famílias que precisam estruturar suas vidas em conformidade com os recursos próprios e da comunidade ⁽¹⁰⁴⁾.

Sendo assim, o cuidado domiciliar tem se tornado um desafio para os cuidadores e os Serviços de saúde, pois exige, dos primeiros, uma dedicação total, dia e noite ⁽¹⁰⁵⁾ e dos Serviços de saúde um redesenho das ações e uma visão para além dos serviços ofertados.

O deslocamento em caso de atendimento nos Serviços de saúde é difícil para a maioria das famílias, devido às barreiras arquitetônicas da moradia, das condições

de saúde do acamado, bem como pelos aspectos financeiros envolvidos na contratação de um transporte privado. Algumas UBS dispõem de transporte programado, mas que sem dúvidas não suporta todas as demandas do território, visto que a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre não dispõe de transporte público para as necessidades de remoções sociais de toda a população.

Também tem sido apontado que o apoio informal recebido por grupos da comunidade, embora não seja regular e constante, é voltado para questões emocionais e financeiras ⁽¹⁰⁶⁾.

O transporte do paciente acamado/sequelado é visto pelos profissionais do SAMU como não pertinentes à sua finalidade; sendo assim tem menor prioridade na hierarquia dos agravos e é realizado, muito mais, por uma questão de solidariedade às famílias. Quando questionado a um dos médicos reguladores quais são as principais demandas ele respondeu:

Coisas de maior gravidade realmente e situações clínicas que acontecem em via pública. Isso também é o que mais chamam. Em termos do que realmente é significativo: crise convulsiva é uma coisa que nos chamam muito, hipoglicemia e bem mais do que a gente tem idéia de que poderia ocorrer, hipoglicemia é uma coisa que acontece muito. Depois entra edema agudo de pulmão, infartos, isso que realmente mais pesa, assim tem mais coisa. Sim, isso não contando com os outros pacientes que são os acamados/sequelados que a gente atende mais por uma, digamos assim o peso social (PD13:EM).

Muitos chamados eram para transporte de usuários com dificuldade de locomoção para realização de exames e procedimentos em hospitais. Os médicos explicavam que o SAMU atendia somente casos de risco de vida e se o usuário necessitasse de transporte, a Unidade de Saúde mais próxima deveria ser acionada para que solicitassem o transporte programado (PD37:OBS).

Os resultados encontrados neste estudo confirmam os identificados por outros autores quando afirmam que uma das principais dificuldades vivenciadas pelas famílias no cuidado domiciliar é a falta de disponibilidade de transporte para os Serviços de saúde ⁽¹⁰⁷⁻¹⁰⁸⁾.

Apesar da dificuldade de alguns profissionais em incluir as demandas sociais no rol dos atendimentos do SAMU, constata-se que a visão da finalidade do serviço, que seria a de salvar vidas, vai se ampliando para além das alterações clínico-biológicas e emocionais do usuário, incorporando também uma visão social. Os profissionais pressionados pelas demandas adequam a sua prática e o seu discurso a uma nova realidade concreta que bate à porta do serviço, cotidianamente.

Essa visão, porém, ainda não é a prevalente, mas faz refletir sobre os conflitos existentes no ambiente do trabalho, tanto entre os profissionais como entre os usuários, e entre os profissionais e usuários devido provavelmente à realidade que se impõe nessas portas ⁽⁵²⁾.

Não eram apenas os profissionais de saúde que realizavam atos de solidariedade. Muitos solicitantes acionaram o SAMU porque se apiedam das condições de miserabilidade e abandono da população de rua.

Muitas vezes a pessoa que pede quando chega lá no local nem é a pessoa que está lá. Às vezes era alguém com celular que está passando e pediu ajuda pra uma pessoa que estava ali na rua passando mal (PD10:EM).

O MR atendeu, questionou sobre os motivos da solicitação de atendimento. Orientou a informante a sacudir a pessoa que supostamente estava passando mal. O médico disse que o SAMU não prestava atendimento a pessoas alcoolizadas e que a informante deveria sacudir a pessoa para verificar se ela estava necessitando de atendimento. O MR falou que sem informações sobre o estado da pessoa não poderia mandar atendimento. O MR orientou a informante a ligar para uma Instituição que trabalhasse com moradores de rua. A informante ficou com medo da reação do usuário e optou por não tocar nele (PD36:OBS1)

Alguns solicitantes não se aproximam da pessoa para a qual pediram ajuda, apenas ligam para o SAMU, solicitando a remoção. A presença de alguém caído ao solo, sem teto, dormindo na rua, nos dias quentes, no frio intenso, nos dias chuvosos do inverno é motivadora dessas demandas. Os profissionais reconhecem que as condições de miserabilidade dessa população de rua causam piedade na população. O SAMU tem sido pressionado a retirar esses usuários da rua e transportar para um serviço de saúde, conforme os relatos que seguem:

A nossa população ela é muito pobre, então ligam muito por causas sociais, moradores de rua que estão na rua há muito tempo, as pessoas ligam querendo que a gente vá lá remover a pessoa. Problema é estritamente social e a gente tem que contornar isso, então é um desafio. Na maioria das vezes não tem nenhum suporte da Prefeitura para fazer esse serviço (PD11:EM).

Eu acho que a maioria desses embriagados é morador de rua, então é uma pessoa que realmente precisa de ajuda, mas não de uma emergência. Precisava de uma ajuda de um serviço social, encaminhar pessoas, recolher pessoas... Nós temos um serviço que recolhe essas pessoas, mas o trabalho é devagar (PD1:EC)

Outras são pessoas da rua que caem na rua e nem querem atendimento, mas as pessoas que estão em volta, na confusão chamam a ambulância, a gente chega, aborda o paciente "Ah, eu nem queria o atendimento." Aí naquela confusão quando vê alguém chamou e a gente chega (PD22:ETE).

A visão social do solicitante e do profissional de saúde que se apieda da condição de outro ser humano foi chamada de ação solidária ou de bom samaritano⁽¹⁷⁾, na França.

A compaixão é um sofrimento que mobiliza para a ação social e política, a piedade, por sua vez, tem um fim em si mesmo ⁽¹⁰⁹⁾. A autora revela que a mobilização pela compaixão é importante para que os profissionais pensem nos impasses da solidariedade e do cuidado com a vida nos serviços de saúde. Por outro lado, a piedade não propicia identificação com o outro, nem conseqüente mobilização para a ação.

A representação social de profissionais de UPA, em Belo Horizonte, é de que o SAMU é o serviço que transporta “casos-graves” que demandam rapidez no atendimento, mas também os “etilistas” (grifos da autora). Tal argumento vem a ser uma crítica vigente ao tipo de paciente que o SAMU traz para as Unidades. Os etilistas têm sido transportados pelo SAMU e essa demanda tem causado estranhamento e dificuldade na compreensão desse tipo de atendimento, pelos profissionais ⁽¹¹⁰⁾.

Os desfavorecidos permanecem à margem das dimensões institucionais (educação, saúde, trabalho), beneficiando-se muito pouco delas. As fragilidades sociais os deixam expostos, sem reconhecimento institucional na esfera da proteção social, que só identifica o sofrimento social quando se faz presente por meio da doença ⁽¹⁰⁹⁾.

Apesar de não considerar pertinente à missão do serviço, casos estritamente sociais, por vezes, são atendidos pelas equipes. O entendimento de que, no momento, não há Instituição preparada para receber pessoas desabrigadas ou que necessitem de cuidados e transporte social faz com que o SAMU ocupe um espaço vazio na organização desse atendimento, respondendo afirmativamente a essas demandas.

Existe uma indefinição de quem deveria realizar esse tipo de solicitação, se Brigada Militar ou SAMU, conforme o evidenciado a seguir:

Para a Brigada Militar tem uma questão de segurança pública, para o SAMU eles ligam para n (muitos) motivos, ligam porque têm um mendigo dormindo na rua na frente na loja. Que é diferente do que eu falei no início que o cara passou de carro e viu o cara deitado e achou que estava passando mal (PD16:ETARM).

A gente vê aí pela rua... antigamente chamavam a Brigada, e a Brigada fazia isso aí. Agora a Brigada já está bem mais orientada e já pedem pra chamar o SAMU (PD3:EC).

Observei (pesquisadora) o MR regular um chamado de uma pessoa que estava deitada no meio da rua, assistindo a regulação me pareceu que, depois de algum tempo, a solicitante dizia que a pessoa além de deitada estava nua e um pouco agressiva, então o MR pediu para o TARM chamar a Brigada Militar (PD28:OBS).

A família solicitava remoção de um óbito. Disse que a Brigada Militar orientou que chamassem o SAMU. MR avisou que não faziam esse tipo de atendimento, que o SAMU salvava vidas e não faziam remoção de corpo. O MR afirmou que eles tinham ligado corretamente para a Brigada e que eram eles que deveriam ir até o local e depois avisariam os órgãos competentes para a remoção. Ele ainda avisou ao familiar que dissesse para a Brigada que tinham falado com o SAMU. Ao desligar disse: A Brigada é fogo! Tudo é com SAMU! (PD42:OBS).

Brigada Militar e SAMU consideram as situações como sendo não condizentes à finalidade de seus serviços. Apesar disso, essa agenda parece não mobilizar profissionais e gestores para a discussão de uma política pública capaz de agregar ações em diferentes âmbitos, na qual o SAMU estaria inserido.

Questões relativas ao abandono e ao rechaço social também foram identificadas. A presença de pessoa alcoolizada ou em situação de rua, na porta de uma residência ou estabelecimento comercial, é vista como indesejável para muitos moradores ou comerciantes.

A qualificação do grau de urgência está associada a dois grupos de fatores, sendo um médico/técnico e outro, social. O fator médico é analisado a partir de critérios de gravidade e de tratamento, com graus de complexidade diferentes, visto que determinadas patologias evoluem rapidamente para estados graves. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo, que, quanto menor, exige maior urgência. Para que o evento seja qualificado como urgente será necessário que seu tempo de resolução seja curto e que não permita a marcação de uma consulta ou espera em uma fila. O aspecto social diz respeito à definição sociológica da urgência, quando trata da noção de prioridade ou de conflito de *status* social de uma urgência em relação à outra. O fator ponderação social (peso social) é, muitas vezes, negligenciado e refutado pelos profissionais, mas é muito poderoso, visto que, em situações de gravidade nula, os profissionais podem ter que caracterizá-la como urgência, devido ao tumulto social que a envolve ⁽¹¹¹⁾.

Nessas situações o SAMU é pressionado a remover a pessoa do local, mesmo que em poucas horas, depois do atendimento, ela seja encontrada nas

mesmas condições desfavoráveis de antes. Assim como nas situações de usuários acamados/sequelados, o SAMU tem sido pressionado socialmente para o atendimento.

Um popular chama o SAMU, o médico tria, às vezes não teve a dúvida, tem certeza, ou às vezes o médico acha que não precisa, mas a pressão do usuário para tirar aquela pessoa dali, é tal a pressão que ele nega uma vez, nega duas e é obrigado a mandar. Vem um diz uma coisa, vem outro diz outra. Agora ele está dispnéico. Aquele primeiro disse não sei quê, o segundo... o terceiro já disse que estava com dispnéia, dispnéia é um caso sério, o cara pode ter uma crise asmática, sei lá eu, então realmente tem que mandar (PD1:EC).

Tem uma situação que os médicos dizem que muitas pessoas já ligaram para o SAMU, é um morador de rua que aparentemente não está bem, mas ninguém se dispõe a chegar perto e para dar dados suficientes para caracterizar o atendimento como pertinente. O MR atendeu a um desses chamados para essa pessoa e, mesmo sem dados, optou por enviar atendimento. Quando a equipe chegou ao local o usuário estava em mau estado geral, saturando a 89%, esse usuário foi encaminhado para o UPA1 (PD30:OBS).

Agora já ligaram para a gente e “tem um mendigo aqui deitado na frente da minha loja e eu quero abrir a minha loja! E o cara tem que sair daqui” Então que vá o serviço de urgência que poderia estar atendendo a minha mãe atropelada para tirar esse mendigo que só está dormindo (PD16:ETARM).

[...] pessoas moradoras de rua ou pessoas utilizadas que estão em frente a comércio, que o dono do comércio não quer que fique ali pra não estragar a fachada da loja, nos chamam. E são pacientes crônicos que na verdade tem uma lacuna, a gente tem que estar com a urgência, a gente serve pra atender urgência, e tem uma lacuna porque esses pacientes crônicos, os estilistas, moradores de rua que não tem aonde ficar, que acabam até adoecendo pela situação social deles, não tem quem atenda. Então acaba o SAMU atendendo. Usam o serviço de forma inadequada que ainda tem uma lacuna a ser atendida pela prefeitura, que é o atendimento a esses casos crônicos (PD9:EE).

Foi um chamado por síncope em via pública, usuária inconsciente, 40 anos, respirando com dificuldade. O médico conversou com o RO e decidiram enviar uma USA. Mais tarde, o médico, na regulação local se comunicou com o regulador e disse que a paciente foi encontrada, na rua, alcoolizada, abraçada numa garrafa de cachaça. Comunicou que estava levando para UPA1 para receber atendimento, somente para não ficar na rua (PD39:OBS).

Na abordagem de situações envolvendo pessoas com estilos de vida considerados não saudáveis, como no caso do alcoolismo, verificou-se quase um consenso, de que o álcool é um fator social negativo e que por isso há um rechaço maior, tanto para a oferta de recursos quanto para a prestação da assistência.

A gente rasga a cidade com sirene e tudo o mais. Chega lá não é nada

disso, é um cara alcoolizado que realmente precisa de atendimento, mas não é uma emergência (PD1:EC).

O etilismo é tratado como... não é bem desprezo, mas a gente não gosta muito de fazer, de prestar esse atendimento. Mesmo a gente sabendo que o etilismo é uma doença, mas quando vai se atender é o que o menos a gente prefere atender é o etilizado (PD2:EC).

O SAMU hoje está fazendo remoções, porque... não sei, [...] tipo um bonito liga lá no centro porque tem um bêbado... um etilizado, porque nós não podemos falar a palavra 'bêbado'. Até isso... que eu aprendi: tem que ser etilizado. Tá na frente da loja do bacana e não deixa as pessoas entrarem. O SAMU vai lá e remove (PD3:EC).

O condutor disse que decidiu sair da Base Central porque atendiam muitos casos sociais. Eram moradores de rua e alcoolistas que sabiam o nome e o endereço de cor. Ele inclusive citou o nome de um paciente que faleceu a mais de um ano e ele ainda sabia o nome e endereço completo (PD31:OBS).

Apoiados na concepção de que a finalidade do SAMU é de salvar vidas, os casos sociais relativos aos usuários em situação de rua e/ou alcoolizados têm hierarquia inferior no momento do socorro.

No local avistamos uma pessoa deitada na calçada abraçada nas muletas. Não parecia desmaiado e sim dormindo na rua. Logo veio um homem que parecia um pouco alcoolizado e disse que tinha chamado porque ele estava caído. O homem era conhecido de todos que passavam. O socorrista tocou no homem e o acordou. Ele estava alcoolizado, não queria ser atendido. A equipe o ajudou a ficar sentado na calçada, o homem respondeu as perguntas do técnico de enfermagem, os sinais vitais estavam estáveis. Ele apenas queria dormir. Quando descemos da ambulância eu (pesquisadora) e o TE fomos até o usuário e o condutor veio logo atrás com a maca. Ao verem que não era caso de remoção, a maca foi logo guardada na ambulância. O paciente estava consciente de que tinha bebido muito e que estava bem, por isso não precisava de atendimento, só queria dormir. Olhei (pesquisadora) para a equipe e eles estavam me esperando próximos da ambulância, prontos para irmos embora (PD35:OBS).

A equipe diz, não verbalizam, mas quando a gente chega, "ah enfermeira, viu que a gente foi juntar". Porque os etilistas, os moradores de rua, a gente conhece. Eles já são velhos conhecidos do SAMU. "Ah, vamos buscar de novo, né". Talvez falte pra eles um pouquinho mais de noção que não adianta. Enquanto essas lacunas não forem supridas, vai ser do SAMU e vamos trazer bêbado pra hospital, sim, e vamos tratar aquela pessoa com dignidade (PD9:EE).

O paciente não foi localizado e ninguém sabia informar sobre o caso. O RO ligou para o solicitante novamente. A equipe achava que era trote. No local foi encontrado um morador de rua. O TE avisou, por radio, que não havia nada com o paciente. Tinha encontrado apenas uma deformidade da perna, que parecia antiga. O paciente referia dor quando era tentado toque no local da deformidade da perna, mas não tinha lesão aberta. O TE achava que era golpe para ser removido da rua. O MR disse que deviam remover para ser investigado. A equipe acatou a decisão e deslocou para o Hospital A. MR disse que o TE não devia estar querendo sujar a ambulância com morador

de rua. Mais tarde o TE veio até a sala de regulação e relatou o caso, dizendo que a ambulância estava uma pocilga e que o paciente veio se urinando pelo corredor do hospital. Referiu que o paciente estava completamente drogado (PD39:OBS).

Até o Hospital A! A sala clínica odeia o SAMU. Odeia porque daqui a pouco a gente chega lá com um morador de rua que convulsionou e está em abstinência, são pessoas mal apresentadas assim, eu diria então eles têm certa antipatia. Em primeiro lugar nós somos colegas, e como nós trazemos um grande volume de pacientes nós não somos bem-vindos (PD21:ETE).

Os sentimentos negativos e os estereótipos influenciam as decisões e o acesso aos cuidados no SAMU. Essas representações foram identificadas em estudo realizado no Rio de Janeiro, com profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao usuário com demandas urgentes; eles priorizavam aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais. Ademais, compartilhavam preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de usuários alcoólatras, drogados e psiquiátricos ⁽⁵⁶⁾.

Essa mesma rejeição foi identificada em uma UPA, de Belo Horizonte, quando o SAMU foi representado como um Serviço que transportava pessoas etilizadas, esse elemento era visto com estranheza e contrariedade, sendo que sua expectativa era de que o SAMU trouxesse ao serviço pacientes em situação de urgência ⁽¹¹⁰⁾.

Acadêmicos de um curso de Administração Hospitalar quando foram instigados a definir critérios sociais para a seleção de pessoas necessitadas de atendimento de emergência, frente a escassos recursos, definiram quase por consenso que o álcool era um fator social negativo. O mesmo não ocorreu com o fumo, que não teve o mesmo índice de valorização negativa ⁽¹¹²⁾.

Outro estudo realizado com acadêmicos de Medicina evidenciou que os futuros médicos, discutindo casos fictícios na alocação de escassos recursos de um hospital apoiaram, majoritariamente, que os recursos não fossem destinados às pessoas que apresentassem estilos de vida não saudáveis. Sendo assim, não foram priorizados os casos que envolviam alcoolistas e pessoas com comportamentos antissociais, relativos à violência, em que a vítima sempre era priorizada, no atendimento, em relação a seu agressor ⁽¹¹³⁾.

Apesar de indesejada, as demandas sociais ganham cada vez mais espaço nas Unidades de urgência. Apesar disso os profissionais e os serviços ainda não estão preparados para atendê-las, visto que os critérios adotados para a oferta de

serviços à população apontam para a objetividade médico-científica, com definições de gravidade e da necessidade de recursos tecnológicos de urgência, ficando os casos sociais em hierarquia inferior.

Os casos sociais que não obtêm resolução retornam à situação inicial, sendo que, em um futuro próximo, serão novamente sujeitos de demanda. Em menor escala, no SAMU, são utilizados os critérios sociais para definição da pertinência das demandas, que podem levar em conta a idade e o sexo do usuário, a expectativa de vida, assim como as condições socioeconômicas, o mérito, a responsabilidade social e o estilo de vida do usuário.

Aspectos relativos à urgência sentida pela população, também, fazem parte das demandas ao SAMU, de tal forma que as situações atendidas ultrapassam os aspectos disciplinares e objetivos da urgência clássica, tão bem definida pela maioria dos profissionais da saúde. Também se evidenciou que as percepções da urgência são heterogêneas, tanto para os profissionais, quanto para os usuários. Ora convergem, ora divergem dependentes do contexto e das relações de solidariedade entre os sujeitos.

Lacunas na organização da assistência, nas Áreas da Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, fazem com que o SAMU seja pressionado a responder de forma afirmativa, para os casos que não são delineados à sua finalidade. Dessa forma, aponta-se a necessidade de se ampliarem discussões e aproximarem Instituições para que sejam criados projetos de atendimento às pessoas com dependência física e social, de forma a minimizar as lacunas, diminuindo os conflitos ora existentes e aproximando diferentes recursos potentes de uso pela população. Entende-se que o SAMU é capaz de prestar um atendimento dirigido e integrado, de forma a integrar esses projetos, formando uma rede de cuidados. Essas articulações permitiriam novas relações técnicas e sociais e a reorganização dos processos de trabalho, na lógica do trabalho em rede.

5.1.4 Dimensão da organização da atenção às urgências

A demanda espontânea de usuários, com situações urgentes, aos serviços de saúde vem indicando, historicamente, uma nítida e persistente preferência pelas Unidades de pronto atendimento e emergências de hospitais, sendo que as

Unidades de Atenção Básica e Especializadas têm tido pouca participação. Esse fato já foi bem documentado por vários autores que estudaram os serviços de urgência ao longo da última década ^(1,6,10,62,65).

Esses estudos mostraram que ainda existem dificuldades na operacionalização da PNAU que se traduz na concentração de recursos tecnológicos em centros urbanos, na descentralização tênue da assistência e na ordenação incipiente dos fluxos. Também foi constatado que há predomínio do modelo tradicional de organização da assistência, de forma que as urgências são atendidas, na maioria das vezes, nas emergências dos hospitais, culminando com superlotação, longos períodos de espera, tanto para consultas, exames e cirurgias, quanto para internação.

Apesar da ampla expansão da rede ambulatorial básica, do processo de reorientação do desenho assistencial com fortalecimento dessa atenção, usuários do SUS ainda peregrinam em busca de assistência em saúde, em especial na presença de condições crônicas.

Têm muitos pacientes que têm a dificuldade de conseguir a consulta no posto, então não tem o... O endócrino não orienta direito, ou ela... A gente aceita uma hipoglicemia hoje, na semana que vem a mesma coisa. Por quê? Nesse meio período ela não conseguiu consultar pra fazer o ajuste da medicação, pra ver se ela não está com alguma outra coisa que está causando essa hipoglicemia. Mesma coisa na crise hipertensiva. Situações em que eles não conseguem ajustar. Outras vezes é a falta de medicação né, principalmente (PD13:EM).

Paciente 86 anos, neoplasia de bexiga, diabética, hipoglicêmica. Fez 40 mil de glicose hipertônica, melhora do quadro, conversando com a família sobre o prognóstico. TA 80x50 mmHg, FC 63 bcm, FR 20mrm, Saturação O2 90%. Foi decidido que ficaria em casa com alteração da medicação e tentativa de organizar melhor a medicação. Agravo: Metabólica/hipoglicemia. Conduta avaliação, medicação e orientação. Gravidade média. Destino: fica no local. (BA, 14/10/08). No dia seguinte o SAMU foi acionado novamente devido novo episódio de hipoglicemia. TA 110x70 mmHg, FC 88 bcm, FR 24mrm, HGT 31mg/dl, Saturação O2 94%, Glasgow 15. Após avaliação da equipe local fica no domicílio, com orientações. Gravidade média. Destino: fica no local. (BA, 15/10/08). Após 6 dias do último atendimento recebido pelo SAMU, a paciente necessitou de novo atendimento. Foi encontrada gemente, em mau estado geral, acamada, não se alimentava desde o dia anterior. TA 110x60 mmHg, FC126 bcm, FR 24mrm, Temperatura axilar 37,8° C, HGT 175 mg/dl, Saturação O2 94%. Gravidade média. Destino: transporte para Hospital B. Tempo do atendimento 108min (chamado 765761, 21/11/08; 16h32). Quinze dias após ter sido levada para o hospital retornou o chamado. A queixa era de dor e falta de ar. Ao exame encontrava-se emagrecida, reagindo aos estímulos, presença de secreção nas vias aéreas. Foi avaliada pela equipe local e decidiu-se por levá-la novamente ao Hospital B, na qual era atendida pela equipe da dor. Gravidade média. Destino: Hospital B. (BA06/12/08).

Essa é a grande lacuna que existe. O SAMU é um troço meio estanque. Vai lá, atende, remove pra uma porta de urgência que não vai ser onde ele vai dar continuidade no tratamento e acabou ali. Não fazem um laço, que eu acho fundamental. Tu conseguir dar o encaminhamento mais efetivo, né. Não ser só aquela porta de emergência. Fazer contato com o posto de saúde mais próximo, explicar o que aconteceu, o que está acontecendo. Explicar que a gente vai atender duas, três, quatro vezes por semana a mesma coisa, por exemplo, a hipoglicemia. A pessoa não está seguindo uma dieta, ou está usando a insulina de forma errada. Então isso aí deveria ter o contato com o posto de saúde, pra saber que alguém vai fazer, pra que haja um acompanhamento. Senão fica uma coisa de vai e volta, vai e volta... Não se resolve (PD57: EE).

Características do usuário, das patologias, do contexto social e da acessibilidade aos recursos do Sistema de Saúde foram identificadas neste estudo.

Sabe-se que, no Brasil, o acesso para o atendimento de uma queixa aguda, na atenção básica, é feito pelo agendamento de uma consulta médica. Para isso é preciso enfrentar filas, na madrugada, incorrendo ao risco de não obter o agendamento da consulta para o dia. Muitas Unidades divulgam, antecipadamente, o número de consultas disponíveis, indicando ao usuário a oferta, muito antes do serviço abrir as portas. Nas situações súbitas, necessidades imediatas, que precisam de avaliação, nem sempre há a disponibilidade de um profissional para o atendimento, conforme o explicitado no que segue:

53 anos, deficiente mental, emagrecida, não tinha condições de ser transportada por meios próprios, solicitante disse que todos trabalhavam e não podiam levar à unidade saúde e a unidade não ia ao domicílio. O MR perguntou se a solicitante estava na casa da paciente, ela disse que não, só estava ajudando (visitadora). O MR pediu que uma pessoa fosse ao local e ligasse para o SAMU, dando maiores informações das condições da paciente e acrescentou: já deveriam ter levado a paciente ao médico há 2 semanas. O MR a instruiu que o correto era que chamasse a Unidade de Saúde. A pessoa disse que não era possível porque eles não vinham na casa. O MR insistiu que uma pessoa fosse até a Unidade e depois ligasse ao SAMU dizendo o que resolveram. Eu (pesquisadora) perguntei do que se tratava o MR me disse que parecia ser um caso social, que já havia decidido enviar o recurso, mas gostaria que um familiar se responsabilizasse pelo caso e que se esgotassem todas as tratativas locais. Ele disse: não come, vomita, hoje caiu. Se não mandar uma equipe ela vai acabar piorando (PD44:OBS).

O objetivo seria atender a urgência clínica. Mas no dia a dia a gente vê que a maioria dos casos que a gente atende não é uma urgência. Às vezes as equipes ficam chateadas, bravas que “pô, não é uma urgência”. E aí entra a questão social. Como a pessoa não tem acesso e ah, a gente pode dizer assim ‘ah, mas tem um monte de posto de saúde’, mas muitas vezes elas não têm condição de se deslocar. A pessoa não caminha, é um sequelado de AVC... Que precisaria de uma visita domiciliar. E essa visita domiciliar não existe. Não existe! Hoje a gente tem que reconhecer isso aí. E aí quem faz essa visita domiciliar é o SAMU. Ou então até a questão de não ter

dinheiro pra se deslocar. Então as pessoas chamam o SAMU pra resolver esses problemas e não pela urgência (PD57:EE)

Há dificuldade por parte das Unidades de atenção básica em assumir a responsabilidade pelos pacientes incapacitados de seu território, de forma que ficam sem apoio nas situações agudas de baixa densidade tecnológica. Muitas vezes, essa necessidade de cuidados é vista pelas Unidades como uma situação de urgência, que não faz parte do seu rol de competências. Nestes casos o SAMU é acionado como um recurso potente de acesso e resolutividade, mas que não garante continuidade do atendimento iniciado na urgência.

Essa indefinição de responsabilidades e competências ocorre, também, nas demais situações agudas de pequena e média gravidade. Essa lacuna no atendimento acarreta prejuízo assistencial ao usuário que precisa justificar a sua necessidade para receber o atendimento em um serviço de saúde, o que em algumas situações se torna um nó crítico.

Não há delimitação objetiva entre o que deve ser atendido pela UBS e pelo SAMU, assim como não há integração entre os serviços. O paciente com manifestações clínicas agudas na atenção básica é motivo de muito conflito entre os profissionais, pois a UBS está voltada para a promoção e prevenção de saúde, com espaço limitado para o atendimento do paciente agudo. O SAMU, por sua vez, volta-se para grandes urgências, minimizando as demandas de profissionais da atenção básica, que não esgotam seus recursos antes de acionarem o SAMU ⁽¹¹⁴⁾.

Existe uma lacuna entre a identificação da necessidade pelo usuário/familiar, a obtenção dos cuidados e a continuidade dos mesmos. Os dois primeiros dizem respeito aos fatores determinantes do acesso e da utilização de serviços, o terceiro se refere mais à oferta de serviços e a condução dos usuários no Sistema de Saúde, do que aos aspectos individuais do solicitante.

O seguimento de saúde de muitos desses usuários fica comprometido, à medida que não conseguem vaga nas UBS. A facilidade de obter acesso nas Unidades de urgência faz com que o usuário procure nelas a resolução de seus problemas de saúde. Com isso, há fragilidade nos princípios de longitudinalidade e continuidade da atenção em saúde ofertada ⁽¹¹⁵⁾.

É impossível conscientizar a população de que não deve procurar os serviços de urgência se o caso não for realmente grave, quando se oferecem poucas alternativas de atenção à saúde. Por outro lado, é o usuário quem define o que usar

e onde usar, com base nas suas experiências, conhecimento da oferta de serviços, condição vital e contexto social em que vive.

Quando se trata de Ambulatório Especializado a chance de atendimento imediato é quase nula, visto que o acesso é burocratizado e esporádico, agendado para o prazo de, no mínimo quinze dias, desde o dia em que o usuário solicitou a consulta. Para algumas especialidades é possível esperar meses ou anos pela primeira consulta, sendo que as subsequentes, quando garantidas, são agendadas como intervalos longos de tempo. Em outras situações o agendamento fica por conta e risco do usuário, mesmo na atenção básica.

Ao entrar no apartamento encontramos uma senhora idosa, 89 anos, desacordada, sentada em uma poltrona. A filha disse que teve diarreia desde sábado, alimentou-se pouco e pela manhã teve episódio de hipoglicemia, sendo atendida pelo SAMU. Recebeu glicose hipertônica e que ficou bem. Alimentou-se pouco depois disso. A filha ficou em dúvida se deveria dar o hipoglicemiante. Comunicou-se com o SAMU e foi orientada de que deveria receber a alimentação. À tarde teve outro episódio de hipoglicemia. Recebeu novamente glicose hipertônica, rapidamente obteve lucidez e ficou conversando com a equipe. O TE fez perguntas sobre acompanhamento médico. Não fazia acompanhamento com clínico ou endócrino. Teve câncer de mama, fez quimioterapia e estava sendo acompanhada pelo mastologista no ambulatório do Hospital C. Não tinha convênio, atendida pelo SUS. Desconhecia a UBS a que pertencia. Ela era moradora do bairro Menino Deus. O TE desconhecendo a hierarquia do sistema disse que ela deveria parar com o hipoglicemiante e que procurasse um clínico ou endócrino o mais breve possível. Orientou a família a procurar o hospital com a qual ela tinha vínculo e marcar um clínico ou endocrinologista. Que só deveria tomar a medicação depois de passar por uma avaliação médica (PD29:OBS).

A orientação fornecida pelo técnico de enfermagem não está equivocada, demonstra o interesse pela resolução do problema, mas sem dúvida evidencia o desconhecimento dos fluxos do Sistema, com entrada pela atenção básica e da demora no agendamento da primeira consulta. Nesse caso o usuário fica solto, sem que seja possível uma solução ágil para a continuidade do cuidado recebido na urgência.

Paciente 37 anos apresentava crise de asma, com disfunção respiratória havia 3 dias. Piora das condições respiratórias naquele dia. No atendimento da equipe local foi avaliada com disfunção severa, sibilos. TA 120x80 mmHg, FC 80 bpm, FR 126mm, Saturação O2 53%. Foi nebulizada, recebeu O2, foi transportada com Saturação de O2 96%. Foi transportada para UPA4. Agravo: Respiratória/Asma. Gravidade média. (BA, 21/11/08). Após esse atendimento a paciente recebeu cuidados do SAMU por mais 7 vezes, no período de 9 meses.

Sem opção de atendimento o usuário torna a chamar pelo SAMU. No período estudado foi possível identificar que 31 atendimentos (4%) foram para usuários que demandaram o SAMU, mais de uma vez. Alguns usuários são reconhecidos pelos profissionais, que identificam e relatam suas histórias de sofrimento.

Paciente diabética, HIV positiva, 29 anos, apresentando hipoglicemia, teve várias internações no hospital. Última internação há 4 dias, por motivo de aborto. Era usuária contumaz do SAMU. Não se alimentava direito e fazia episódios de hipoglicemia. Quando chegamos ao local, a mãe veio nos receber e disse que já havia cancelado o chamado porque a filha já estava se recuperando. Ela disse: eu dei um pouco de papa para ela e consegui fazer com que ela comesse. O pessoal me ensinou que eu oferecesse comida para ela quando o açúcar caí. Ela mostrou o aparelhinho de HGT com o valor muito baixo. Ela se tratava de forma sistemática com infectologia no Hospital B. Perguntei (pesquisadora) se ela se tratava em UBS do Bairro e elas disseram que não, só no Hospital. Quando voltávamos o condutor disse que já conhecia a paciente e que da outra vez que veio atendê-la estava alcoolizada, apesar de ter negado desta vez. Voltamos comentando que esta paciente deveria ter alguém que assumisse o caso, que monitorasse sua alimentação, a insulina, visto que as condições sociais eram precárias. O TE disse: no SAMU fazemos apenas o atendimento pontual, mas ela precisa de mais atenção. Á noite quando encontrei com o condutor do plantão noturno e contávamos o atendimento ele disse: eu sei quem ela é [...]. Nós vamos com alguma frequência na casa dela. Ela faz muitas hipoglicemias. Ela não come suficientemente à noite e aplica insulina. Com frequência a mãe acorda com ela hipoglicêmica. Nós chegamos lá e ela é encontrada sudorética e desacordada. É um sufoco achar uma veia para fazer a glicose. Na última vez nós usamos quase tudo o que tínhamos, sem sucesso. No final o colega conseguiu, com scalp 25, uma veia no dedo. Ele contou alguns detalhes da situação da paciente que conferia com a história que havíamos coletado à tarde (PD55:OBS).

Às 20h15 fomos chamados para avaliação de um senhor com história de convulsão. O condutor conhecia muito bem o território e nos levou direto ao local. Na casa a TE disse que já conhecia o usuário, 63 anos, etilista, diagnóstico de hepatite B, HIV positivo, epilético. A filha contou que o pai se tratava no Hospital B, na infectologia por causa da AIDS e que consultava na UBS do Bairro, com o clínico, mas tinha muita dificuldade em agendar o neurologista. Já foram, várias vezes, à UBS, sem êxito. Hoje ela saiu de casa e ele ficou sozinho. Quando voltou estava machucado, com a boca cortada, com edema e hematoma nos lábios. Ela imaginava que ele tivesse convulsionado e se ferido na queda. Ela trouxe uma pasta com muitos boletins de atendimento do SAMU e do hospital. A filha nos contou a trajetória do pai, desde que veio morar com ela. Foi abandonada por ele na infância. Disse que morava sozinho em outro bairro da Cidade, passava alcoolizado e era cuidado por um parente que decidiu que ela era a filha e deveria cuidar dele. Disse que deixou de trabalhar para cuidá-lo. Ela tem feito uma peregrinação para conseguir medicação e consulta com neurologista. Foi atendido pelo SAMU havia 2 semanas e recebeu anticonvulsivante. De lá, até hoje, não tinha tido mais convulsões, mas ainda não havia conseguido a consulta e nem a reavaliação do medicamento. Usava Antiretrovirais e Acido Valpróico, 3 vezes ao dia. Após a internação foi acompanhado pelo programa de atendimento domiciliar do hospital, que após a alta delegou os cuidados do paciente para a UBS do bairro e que, até aquele momento não tinha assumido o paciente. A filha tem ido à UBS seguidamente para checar se a consulta foi agendada. Ela não sabia o que deveria ser feito para conseguí-la. Além dos cuidados

recebidos pelo SAMU a solicitante recebeu orientação de buscar o Conselho Municipal de Saúde do município, certificada da documentação das internações e dos atendimentos do SAMU (PD32:OBS).

A usuária havia sido atendida quatro vezes, no período de 10 meses, pelo SAMU. Todos os episódios foram por hipoglicemia, com aplicação endovenosa de glicose hipertônica, sendo que após os atendimentos a paciente permaneceu no domicílio, com orientações. O usuário recebeu atendimento, nove vezes, no período de 12 meses, pelas equipes de suporte básico. Todos os episódios tinham sido por convulsão; na maioria dos atendimentos recebeu medicação, oxigênio e transporte para o Hospital B, por duas vezes, os episódios foram de gravidade severa.

Estes relatos de situações confirmam a constatação de que os episódios agudos, quando tratados exclusivamente na urgência, pioram o estado de saúde do paciente e aumentam o consumo de recursos da saúde, o que já havia sido discutido anteriormente. Apesar de terem claro que o melhor para o doente não é o atendimento pontual realizado nas Unidades de urgência, a responsabilidade pela saúde dos usuários atendidos fica a cargo deles próprios e/ou familiar. Não há comunicação entre os serviços, nem o compromisso com a mudança da realidade de saúde dos usuários. A comunicação entre os serviços ampliaria o acesso e possibilitaria ao usuário uma atenção sistematizada na Unidade de saúde e não apenas pontualmente na urgência.

A fragmentação existente entre os diferentes serviços está diretamente relacionada à organização do modelo de atenção à saúde, focado em estruturas separadas com predomínio das de maior tecnologia mecânica, herança da ciência clássica, que trouxe como resultado o excesso de pessoas nas portas de atendimento de urgência ⁽¹¹⁸⁾.

O caminho para superar o modelo atual de atenção, nos serviços de urgência, é sistêmico e deverá ter como foco central o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho ⁽¹¹⁹⁾. Para os autores, para que se aprofunde o conceito de qualidade nos serviços de urgência é preciso que se diminua a distância entre a baixa produção científica sobre o tema, no Brasil, se comparada à enorme importância que esses serviços representam para a população.

Quando foi avaliada a utilização do SAMU pelas Unidades de atenção básica, identificou-se que 22 demandas foram advindas de Unidades de Saúde (4,7%), sendo 9 Unidades de Saúde da Família (1,2%), 9 UBS (1,2%), 2 Centros de Saúde (0,3%), 1 UPA (0,1%) e 1 Hospital (0,1%). Esses dados foram ilustrados a seguir:

O chamado era de uma agência transfusional de um hospital. Era uma pessoa que foi doar sangue e teve convulsão. Os médicos do local chamaram o SAMU. Como estavam, sem meios, o MR deu as instruções para o socorro até a chegada da equipe. Os médicos comentaram sobre a dificuldade de coletar as informações, mesmo nas situações em que a interlocução era feita entre colegas médicos. RO acionou uma das USB e pediu ao MR que passasse o caso para a equipe. No local, o TE se comunicou com a regulação pedindo permissão para administrar Diazepan a pedido dos médicos na cena. A medicação foi autorizada pelo MR. Mais tarde a equipe básica se comunicava com a CR dando o relato da regulação local (PD25:OBS7).

40 anos, feminina, a demanda era do Ambulatório clínico de um Centro de Saúde que solicitava o SAMU porque a paciente apresentou episódio de convulsão com difícil manejo. Já haviam administrado 1 ampola e ½ de Diazepan. Sinais vitais estáveis. Foi transportada para ao hospital, com oxigênio nasal e acesso venoso realizado pela unidade de saúde. Agravo: Neuro/convulsão. Gravidade: média (BA, 02/12/2008).

A Unidade Básica de Saúde ligou pedindo transporte de paciente com DPOC, disfuncionado grave. Disse que já tinham autorização para sala vermelha do hospital. O MR enviou uma USA. Na Central de regulação acharam estranho que fosse solicitado para sala vermelha e não amarela, mas não interferiram porque já tinham a garantia do leito. Um dos MR disse: 17h09min não esqueçam que está no horário do fechamento das Unidades, sugerindo que era hora de encaminhar os casos que não poderiam ser resolvidos num curto prazo. Mais tarde o médico da USA informou, via rádio, que o paciente foi entubado para ser transportado com mais segurança (PD39:OBS)

Apesar de o SAMU acreditar que as Unidades de Saúde não estão capacitadas para atender os casos que lhe chegam, as solicitações foram devidamente recebidas e priorizadas pela Central de regulação como se fossem um pedido de socorro do domicílio ou via pública, APH primário. São consideradas nessa situação as demandas oriundas de Unidades de Saúde que não possuam a hierarquia técnica requerida pelo caso, mesmo que o paciente já tenha recebido um primeiro atendimento de urgência, no local.

O volume de demandas ao SAMU advindas das Unidades de atenção básica é pequeno, se comparado ao percentual recebido da população, 95,3%. Por outro lado, as demandas de Ambulatórios especializados são inexpressivas. Isso porque a organização desses serviços oferece barreiras ao acesso direto, usualmente as consultas são esporádicas, com agendamento burocratizado.

As barreiras à procura espontânea aos serviços especializados fazem com que a busca por atendimento nas urgências, também, se dê pelos encaminhamentos informais dos profissionais de saúde que orientam os usuários a acessarem esses serviços sempre que sentirem “qualquer coisa” ⁽⁵⁷⁾, esgotar-se as fichas para consulta médica ^(1,3,51), para renovação e prescrição de receitas ou na falta do profissional médico no local de atendimento ⁽¹⁾, bem como o fato de eles oferecerem serviços nas 24 horas, proporcionando maior conveniência do usuário ⁽²²⁾.

Os profissionais do SAMU acreditam que são poucos os profissionais das Unidades de atenção básica e especializada que sabem manejar as situações de urgência e por isso enviam, quando solicitados, uma equipe de socorro, evitando assim, agravamento dos casos, constrangimentos e conflitos entre colegas. Também se identificou na fala dos profissionais, que havia diferença nos recursos disponíveis, sendo que os princípios da política de urgência não estão assegurados a todas as Unidades Municipais.

Nos postinhos [...], muitas vezes, a gente vai lá para socorrer, porque não tem médico, não tem nada, tem só um enfermeiro ou um auxiliar de enfermagem, eles dão aquele atendimento, mas não tem... A gente tem que ir lá (PD4:EC).

Eu acho que é um despreparo muito grande dos profissionais. Isso sim. Tanto de médicos quanto de enfermeiros. [...] Eu sei que existe um protocolo de atendimento, eu sei que tem treinamento, sabe, mas não funciona. [...] Eles tem um estrutura boa, eles são treinados, eles conhecem esse tipo de doença. [...] Então existem protocolos, eu já vi os protocolos das unidades básicas, mas eles não são seguidos pelos profissionais. Claro, tem alguns que... mas a grande maioria, não. Existe uma defasagem muito grande (PD9:EE).

O médico disse: tudo bem que não saibam entubar e usar medicações, mas o atendimento básico todo mundo tem que saber fazer. Isso deveria ser orientado para toda a população. Em sendo uma Unidade Básica de Saúde deveria ter um treinamento maior (PD56:OBS).

Tratam do despreparo das equipes para o atendimento de situações de urgência, mesmo as mais simples. A deficiência de condições para o atendimento, também, é atribuída à falta de estrutura dessas Unidades, seja por carência de materiais, medicamentos e de área física, recursos humanos, quanto de saberes e práticas, sendo que a obtenção dos meios para o atendimento de urgência é motivado pelo interesse individual dos profissionais/equipes e não por iniciativa governamental.

Tem situações que realmente os postos não têm nenhuma estrutura pra atender qualquer urgência. Eles não têm Diazepan, eles não têm medicação... Glicose, às vezes, eles não têm. Então uma coisa muito simples que poderia ser resolvida lá. Tem pessoal. No caso tem enfermeira, tem técnico, pra poder aplicar e eles não fazem (PD13:EM).

46 anos, feminina, diabética, fazia uso de Daonil, HGT 33 mg/dl. O chamado foi realizado pela médica da Unidade básica de saúde, relatando que a unidade não dispunha de glicose hipertônica para administrar à paciente. Uma equipe básica do SAMU realizou o atendimento. Na avaliação, TA 160x100 mmHg, FC 83bcm, FR 20mrm, Saturação O2 99%, HGT 33 mg/dl, Glasgow 15. Aplicaram glicose 50%, endovenosa, 40 ml. Logo após HGT 206 mg/dl. A paciente ficou na unidade com orientação. Agravo: Metabólica/Hipoglicemia. Gravidade: média (BA, 4/12/08).

A afirmação de que a maioria das Unidades de saúde tem pouca estrutura e resolutividade para o atendimento de situações de urgência foi identificada em estudos, tanto do ponto de vista de usuários, quanto de profissionais ^(1,3,6,52,114). Contraditoriamente ao vínculo que possam ter com os Serviços, a procura pelos usuários ou a indicação de profissionais para os serviços de urgência é uma situação constatada.

A deficiência na formação faz com que os profissionais de saúde, ao se depararem com situações de urgência, por insegurança e falta de prática para o atendimento, tenham o impulso de fazer um rápido encaminhamento para unidades de mais complexidade, mesmo antes de avaliar ou estabilizar o quadro. Aliado a isso, na UBS, não há leitos ou macas de observação, por isso a solução é repassar o problema para outro nível assistencial. Essas situações geram preocupação, insegurança e angústia, por parte dos profissionais ⁽¹¹⁴⁾.

No Município existem Unidades de atenção básica que estão mais bem preparadas ao atendimento de urgência. Isso se dá, tanto pelos recursos tecnológicos locais, quanto pela interface que estabelecem com o hospital que serve de porta de entrada.

Na USA a gente tem buscado paciente de Unidade básica, mas elas são altamente despreparadas pra atender. Pra atender o básico... Chega assim, tu tem Unidades, por exemplo, que têm medo de fazer acesso venoso. Segundo os profissionais, esse material é solicitado e não recebem do almoxarifado. Eles não têm a menor capacitação em urgência básica. Não estou falando de um paciente que chega lá parando, fibrilando. Estou falando daquelas urgências básicas, tipo assim uma asma um pouquinho mais severa, em criança. Não tem medicação para asma. Está me entendendo? Então eles não têm nada naquela Unidade, na Unidade básica. Então, assim, eles não têm os meios, seja de medicamentos, seja de equipamentos e material, e não tem capacitação. Isso, por exemplo, a gente nota muita diferença em relação a outras Unidades. Esse pessoal, se

não me engano, tem até ambú na rede básica. Tanto que a gente já chegou em paradas (PCR) atendidas na rua por equipe do Hospital B que foi chamada, porque o postinho era a 50-100m, e o pessoal estava dando um atendimento em outro nível, um outro nível de qualificação (PD8:EE).

Um dos enfermeiros que acompanhei (pesquisadora) na observação disse que um número significativo de chamados não era de urgência e contou-me um atendimento prestado pela manhã em uma UBS, em que a equipe chamou para atendimento de paciente. Uma USA foi deslocada e no local encontraram um paciente HIV positivo, com quadro de saúde estável e que não precisava de atendimento do SAMU. Perguntei (pesquisadora) se havia médico ou enfermeira na Unidade e ele respondeu que estavam todos, no local. Um médico que estava por perto entrou na conversa e disse que, nas Unidades de atenção básica, os profissionais não querem se incomodar e por isso chamavam o SAMU para tudo, não importava se era urgência (PD52:OBS).

Observei (pesquisadora) uma equipe passar dados para o MR, pelo rádio: a demanda veio de profissionais de uma UBS, uma equipe básica prestou o atendimento. O usuário apresentava TA 140x80 mmHg. O MR orientou a equipe a levá-lo ao hospital para consulta. Fiquei (pesquisadora) admirada de a UBS ter chamado o SAMU para atendimento de uma TA pouco alterada, que de maneira alguma se configurava como sendo de urgência, também me chamou a atenção o fato do regulador ter encaminhado para um hospital (PD54:OBS20).

A crença de que as Unidades Básicas de Saúde não estão preparadas para atendimento qualificado às situações urgentes faz com que a Central de regulação desvie os atendimentos dessa porta de entrada. Essa atitude reforça que o local mais adequado para o atendimento da urgência é uma UPA ou hospital.

A falta de confiança no atendimento da atenção básica também foi identificada em mães e médicos pediatras em um hospital de urgência. Essa insegurança em encaminhar as crianças para a atenção básica reproduz a cultura da procura por atendimento com maior densidade tecnológica e sustenta a inconsistência do atendimento praticado por outros profissionais ⁽¹²⁾.

As Unidades Básicas de Saúde são reconhecidas como o local em que se busca atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com o risco de ser encaminhado para consulta no pronto socorro ⁽¹¹⁶⁾. A demora de marcação à consulta especializada marcada na UBS reflete de forma pejorativa para essas Unidades, como se elas fossem responsáveis por este mau funcionamento ⁽⁵²⁾.

Em estudo realizado em uma Unidade de urgência de Santa Catarina, verificou-se que 82,6% dos usuários que optaram por esse tipo de serviço vieram diretamente na urgência, uma vez que em situações anteriores não tiveram cuidados em saúde apropriados na rede básica. Fica evidente que buscar primeiramente uma

Unidade de urgência garante atendimento de sua necessidade imediata de saúde, mesmo que esta não se enquadre nos critérios de atendimento dessas Unidades⁽¹¹⁷⁾.

As Unidades de atenção básica têm sido apontadas como as causadoras da superlotação nas Unidades de urgência, haja vista a pequena participação na resolução de demandas urgentes. Por outro lado, cabe questionar o tipo de demandas urgentes que as UBS estariam aptas a atender.

As Unidades básicas de saúde cumprem duas funções complementares: prestam cuidados que podem evitar o agravamento de problemas de saúde e, com isso, podem reduzir a utilização de serviços de maior complexidade tecnológica, mas também geram demanda para os Serviços hospitalares ⁽¹²⁰⁾, nas situações em que não existe pronta resposta com os recursos que dispõem.

Não há dúvidas de que a maioria das Unidades está despreparada para o atendimento de situações de maior complexidade e gravidade. Entretanto, há carência de estudos que demonstrem a capacidade de atendimento das situações que requeiram manejos não reconhecidos pelos profissionais da urgência como dessa Área, por parte dessas Unidades.

A organização da atenção às urgências influencia a utilização dos Serviços de saúde, assim como regula o acesso da população aos diferentes serviços. A prestação da assistência tem sido feita de forma isolada por diferentes Instituições e serviços, com prejuízo aqueles usuários que se beneficiariam de um cuidado continuado e sistematizado.

Os ruídos de comunicação identificados nas situações de atendimento de usuários, nas falas de profissionais e na retaguarda oferecida pelas Instituições não têm conseguido explorar suficientemente o tema para que se transforme em pauta social com satisfação de todos.

O SAMU como um dos componentes do atendimento de urgência, gera elementos que possibilitam diversas leituras do contexto das urgências no Município de Porto Alegre, servindo de observatório e de aliado potente da população e dos Serviços, com atuação rápida e eficaz que diminuem sequelas e sofrimento da população.

5.2 ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SAMU E O ACESSO AOS CUIDADOS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Acesso é um conceito complexo que varia conforme o enfoque que lhe é dado. O conceito leva em conta as características da oferta de serviços e dos usuários, além da relação deles com os Serviços de saúde e do grau de facilidade com que obtêm os cuidados ⁽³³⁾. O acesso é uma característica da oferta que também explica o padrão de utilização de Serviços de saúde ⁽¹²¹⁾.

O conceito de acesso quando incorpora aspectos da utilização dos Serviços de saúde, torna-se multidimensional, composto por dois elementos: acesso potencial e o acesso realizado. O primeiro diz respeito à capacidade de cada pessoa utilizar Serviços de saúde, quando necessita e o segundo, refere-se à utilização de fato ⁽¹²²⁾.

O acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso, que representam apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso realizado (uso), já que, neste último, são incluídos os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além dos fatores contextuais do usuário⁽³³⁾.

Dentre os fatores que interferem no acesso e na utilização, destacam-se os relacionados às políticas, a capacidade de uso dos usuários, características dos Sistemas de Saúde e da oferta de serviços. Todos esses fatores são mutáveis ao longo tempo, mediante intervenção governamental ou institucional. Por sua vez, a capacidade individual de uso dos serviços, nem sempre se altera pelas mudanças nas ações nos Serviços ⁽¹²²⁾, porque é o usuário que escolhe, dentro das alternativas disponíveis, o que melhor atende as suas necessidades e conveniências.

Nem sempre as mudanças estruturais realizadas na rede de Serviços é condição suficiente para reduzir a utilização pelo usuário ⁽⁶²⁾. Mais interessante seria que os serviços reconduzissem as intervenções de reorganização às demandas reais dos usuários, ao invés de tentar adequá-las a organização dos seus serviços⁽¹²³⁾.

A organização do atendimento no SAMU de Porto Alegre foi analisada tendo como base os referenciais de acesso e utilização de serviços, de forma a discutir as possibilidades de o usuário receber cuidados pelas equipes de socorro e ter acesso ao Sistema de Saúde.

Entende-se que a organização de um Serviço possibilita ou obstrui o acesso de usuários aos cuidados de saúde. A abertura ao acesso permite a sua utilização e traz consigo outro conceito como o de acessibilidade, que significa muito mais do que disponibilidade de recursos em um determinado momento ou lugar. Refere-se à condição que viabiliza a entrada de potenciais usuários na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade ou modalidade de atendimento ⁽¹²⁴⁻¹²⁵⁾.

Para concretizar essa discussão, a organização do atendimento no SAMU foi dividida em três etapas: a recepção e regulação das demandas pela Central de regulação, o atendimento prestado pelas equipes, a regulação das portas da urgência e a participação dos Serviços.

5.2.1 Central de Regulação

Nesta etapa de organização do trabalho no SAMU é feita a recepção das demandas dos solicitantes/usuários, que são avaliadas pelo critério de prioridade, gravidade e proximidade às equipes de suporte básico e/ou avançado. A partir daí, é definido o acesso dos usuários aos serviços.

É por meio da Central de regulação das urgências que é feita a interlocução com o solicitante/usuário, com as equipes de socorro e o acesso aos cuidados no pré-hospitalar móvel, seja para o usuário receber orientação de condutas, prestar informação sobre os Serviços de saúde ou para atendimento pelas equipes de suporte básico e avançado.

Fazem parte da Central de regulação, Médicos Reguladores (MR), Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e os Radio Operadores (RO). A Central é a porta de entrada do Serviço, por ela entram todos os pedidos de socorro. A qualificada recepção dos chamados agiliza o atendimento e dá uma resposta à população que busca ajuda.

O TARM faz a primeira abordagem do solicitante; sua função é receber o chamado pelo telefone e preencher dados de identificação, de forma a realizar uma triagem sumária das demandas. Essa etapa exige rapidez e precisão, o que facilita o trabalho dos demais membros das equipes, tanto na regulação quanto no socorro.

Ele escreveu o nome do solicitante, o fone apareceu direto na tela,

endereço, bairro, motivo do socorro. [...] Depois pediu o nome do usuário, a queixa principal. Tudo muito rápido para não haver perda de tempo. Ele disse que, na maioria das vezes, escrevia: passou mal. [...] Ele clicava, na tela do computador, a cada fala do solicitante. (PD25:OBS).

Ao mesmo tempo a gente tem que ser extremamente ágil (na coleta da informação) e preciso, para que não chegue um endereço complicado, [...] e depois fiquem horas, um paciente com parada cardíaca e a ambulância não encontra o local. Eu acho que isso é o fundamental para o nosso serviço de telefonia (PD16:ETARM).

O trabalho do TARM é realizado em um curto espaço de tempo, utilizando técnicas específicas de comunicação e digitação dos dados em uma tela de computador. Para facilitar a rápida busca das solicitações, as demandas são identificadas por cores: em azul, as solicitações que esperam por regulação; em azul escuro, indicando que a missão está no local do evento; em vermelho, que a solicitação aguarda uma definição do médico regulador. Nessa tela os profissionais da regulação acompanham o desenrolar das demandas, principalmente daquelas que não tenham sido concluídas.

Entrou um chamado perguntando se já havia sido enviado recurso para um atendimento. O TARM olhou o quadro e confirmou os dados do usuário, dizendo que já haviam enviado uma equipe. O solicitante informou que a estrada João de Oliveira Remião era a antiga Canta Galo. Ela clicou esse chamado como sendo uma informação e avisou ao RO de que o endereço do usuário do Lami era na estrada do Canta Galo, se a equipe tivesse dificuldades na localização do endereço (PD25:OBS).

O RO é o responsável por despachar as ambulâncias das Bases, a partir de um indicativo do MR, também é encarregado pelo controle da frota durante as missões, cabendo a ele identificar a situação e localização de cada veículo, assim como os pedidos que aguardam atendimento. Também há o controle de quais veículos estão em manutenção, incompletos ou em higienização, assim como quais podem ser liberados para o atendimento. Esse controle é feito por uma janela do seu computador e por um livro de empréstimo de materiais.

O RO tinha dois monitores em sua mesa, um com o SAPH TRUE e o outro com um programa que mostrava mapas das ruas de Porto Alegre. O RO estava auxiliando uma equipe na chegada ao local do evento (PD38:OBS).

O RO recebeu a informação de que não tinha leito em um dos hospitais da cidade e por isso retiveram uma das macas. A equipe forneceu ao RO o nome da médica que reteve a maca. Ele conferiu o livro de controle de materiais e disse: ontem tivemos uma maca retida e ainda não foi devolvida. Pediu que a equipe olhasse na emergência para tentar localizar a maca. A equipe retornou a comunicação dizendo que não tinha maca por lá. Ele

disse que se tivessem uma maca poderiam trocar. RO ligou e perguntou pela maca retida. Ele recebeu a informação de que havia uma maca do SAMU na sala vermelha. O RO disse à equipe: façam a troca. Ele fez o registro da troca no livro vermelho (PD45:OBS).

O RO também faz o controle e o registro do horário de saída e chegada das equipes de socorro ao local das ocorrências, os tempos de deslocamentos aos destinos e desses às Bases, necessários para a organização do serviço.

O RO controlava a saída das ambulâncias e a chegada delas ao destino. Ele sabia quais ambulâncias estavam paradas, motivo e quais poderiam liberar para atendimento (PD45:OBS).

Da chegada geralmente ao local, ele (RO) vai ver o tempo que a gente levou desde a saída até o local da ocorrência (PD23:ETE).

Faz parte da função do TARM e do RO identificar e localizar corretamente o endereço da ocorrência, visto que é por meio das informações desses profissionais que as equipes de socorro chegam rápida e facilmente ao local do evento.

Quando o RO digitava ou clicava um endereço, já digitado, automaticamente aparecia, em outro monitor, a localização da ocorrência porque era um mapa antigo. Lá não constavam todos os logradouros da cidade (PD45:OBS).

[...] uma informação mal dada gera um baita de um transtorno. Um endereço ou um número errado que tu passaste para equipe e não foi confirmado, ou um ponto de referência... Isso aí pode salvar uma vida (PD3:EC).

O acesso aos cuidados se inicia no contato do solicitante/usuário com o médico regulador que estabelece a pertinência do caso. É por meio dessa interlocução que o médico define o tipo de atenção que será oferecida, seja uma informação ou orientação, o cuidado propriamente dito pelas equipes de suporte básico ou avançado de vida e/ou remoção para um Serviço de Saúde.

No SAMU julga-se pertinente todo agravo agudo que necessite de intervenção imediata, cuja gravidade coloque em risco condições hemodinâmicas, ventilatórias e /ou incapacidade funcional do usuário.

Na interlocução com o solicitante, o MR reúne informações para distinguir o que é pertinente ou não, assim como constrói um cenário imaginário do que está ocorrendo na cena, o que será confirmado pelas equipes de socorro, se houver a necessidade de atendimento.

A decisão do médico regulador baseia-se em um possível diagnóstico, que é usado para definir as situações em que são necessárias as intervenções das equipes. Nos casos de gravidade severa, que necessitem da participação do solicitante no cuidado, o MR pode orientar as manobras de Suporte Básico à Vida, enquanto as equipes se deslocam até a cena.

O MR orientava ao telefone como iniciar manobras de RCP. Explicou à solicitante como fazer as compressões torácicas: “Bem no meio do peito, comprime 5cm para baixo”. A solicitante dizia que já chamaram uma equipe da SOS havia 20 minutos, mas ninguém tinha aparecido no local. O MR optou por enviar a equipe de suporte básico e avançada, provavelmente a básica chegaria primeiro e iniciaria as manobras de SBV. Quando a USB chegou ao local o familiar estava realizando massagem cardíaca, logo em seguida a equipe da SOS chegou e constatou o óbito (PD30:OBS).

As regulações médicas dependem das informações fornecidas pelos solicitantes, o que nem sempre é obtido numa primeira conversa. Para decidir a pertinência, o MR pede ao solicitante que investigue os detalhes sobre a situação do usuário e retorne a ligação que ficará pendente na tela do computador.

Solicitante disse que tinha uma pessoa caída na rua. MR pediu para que ela fosse até a pessoa e perguntasse se estava bem. O MR aguardou na linha o retorno. A solicitante avisou que a pessoa só queria ir para casa e que não desejava atendimento (PD43:OBS).

O MR repetiu a orientação do TARM (sobre a necessidade de mais informação sobre o usuário). Ele disse: pode ser uma ferida infecciosa ou uma isquemia. O MR afirmou ao solicitante que possuía poucas ambulâncias e muitos pedidos de atendimento, por isso precisava de mais informação para enviar o recurso (PD30:OBS).

O MR pediu ao solicitante que coletasse informações sobre o caso e retornasse a ligação. Ele retornou com as devidas informações. O MR orientou que levasse a vítima, que caiu da própria altura, alcoolizada, para um dos hospitais de pronto socorro para realizar sutura (PD40:OBS).

Uma vez classificado como pertinente, existem duas possibilidades de resposta: necessária e possível, que significa o envio de uma equipe de socorro, logo após a regulação, ou ainda, necessária e sem meios.

A opção, necessária e sem meios, significa que a demanda é avaliada como pertinente, mas o MR não dispõe de recursos, seja por indisponibilidade de equipes (recursos humanos), de veículos (ambulâncias) ou equipamentos (macas), para o socorro no momento da regulação.

Hipotensão, o HGT estava normal. O MR disse: fique observando e

qualquer coisa retorne a ligação, dê bastante água para ela, hidrate ela, se piorar me ligue, tenho 7 a 8 chamados esperando por atendimento (necessária e sem meios). No seu caso não há risco de vida iminente (PD54:OBS).

Desafio, o principal desafio é esse aí de maca... Ter que suportar ficar ali esperando para depois de um tempinho, dizerem: "não tem maca, você vai ter que deixar a sua aí." Pô, vou deixar uma ambulância parada! (necessária e sem meios) Não tem como escapar! (PD19:ETE).

Nas situações que o MR julga pertinente, mas não dispõe de meios para tal, usa a estratégia de minimizar a gravidade do caso frente aos que julga mais grave, na tentativa de fazer com que o usuário busque atendimento por meios próprios ou desista dessa demanda.

RO perguntou ao MR: a 06 está no Hospital I, doutor? MR: Estavam no Hospital I, na higienização. RO avisou ao MR que a 13 estava liberada. RO disse: tem um atropelamento na Av. Protásio. Agronomia, atendida pela USA 02. A USA 01 foi para a Av. Protásio Alves. Qual a conduta para a 08? Hospital A? O TARM disse: 04 para Mike^c... mas todos estavam ocupados na regulação de casos. O TARM ficou esperando um MR se desocupar. O médico disse: chama USA 01 que um dos médicos vai falar. RO: 01 prossiga. Av. Protásio, 3203. QSL^d? Constatei (pesquisadora) que o tempo ia passando e a situação ficava cada vez mais difícil. Eles se olhavam e viam que o horário de pico ainda nem tinha chegado... RO disse: muito difícil, duas ambulâncias fora de serviço, zona norte descoberta (PD45:OBS).

Constatei que nas situações em que eram enviados recursos, em dias "normais", hoje foi solicitado ao usuário que fosse até um serviço, por meios próprios, porque existia uma carência de meios disponíveis e os casos mais graves foram priorizados (PD56:OBS).

Os profissionais têm uma visão clara do que significa não ter recursos disponíveis para o atendimento. Por isso ficam insatisfeitos quando, na porta das Unidades de urgência, é feita a retenção da maca ou da ambulância.

No APH móvel, o fato de os pacientes ficarem ocupando as macas das ambulâncias, faz com que o veículo e as equipes fiquem presos nos hospitais; isso prejudica a continuidade dos atendimentos e traz transtornos ao desenvolvimento do trabalho, o que também foi identificado em outros estudos ^(67,30). Embora tenham a compreensão de que a Unidade esteja superlotada, essa decisão é recebida por alguns profissionais como uma punição por terem trazido mais trabalho ^(30,55).

^c Mike: código utilizado na rádio-comunicação para denominar os médicos reguladores.

^d QSL: código utilizado na rádio-comunicação no SAMU. Indica positivo, ok.

Essa atitude dos hospitais, embora compreensível, prejudica o atendimento das equipes que têm a porta de entrada negada, também diminui as possibilidades de acesso potencial e de uso (acesso realizado) de usuários que ficam aguardando atendimento em casa ou que necessitam deslocar-se, por meios próprios, nas situações que poderiam ser feitas pelo SAMU.

No processo de regulação, tão importante quanto decidir pelo envio das equipes de socorro, está a negativa do socorro. Nesses casos o MR descarta gravidade imperativa, decidindo, pelo não envio de recursos móveis. O MR pode julgar suficiente orientar o solicitante a buscar cuidados por meios próprios.

Usuário com mieloma múltiplo, dor há dois dias, sem alteração da fala. Foi orientado a buscar atendimento por meios próprios. Ao critério do MR, a situação não se caracterizava como urgência (PD28:OBS)

Era uma senhora com pé inchado e vermelho há três dias. O MR orientou que buscasse atendimento por meios próprios (PD30:OBS).

O MR questionou sobre os motivos da solicitação de atendimento, orientou a usuária a buscar atendimento médico na rede básica. A usuária estava há 15 dias com crise asmática, sem apresentar sintomas graves (PD36:OBS).

Quando uma orientação é fornecida, o médico regulador pode colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja mudança do quadro relatado. Esta medida dá segurança ao MR e ao solicitante, tanto para a insuficiência de informações quanto para o agravamento da situação. No caso de retorno da ligação, a solicitação é reavaliada e se houver pertinência e meios disponíveis, o recurso é enviado.

44 anos, convulsão, etilista, sem tratamento. MR orientou que depois da convulsão a pessoa fica desorientada, devendo ser colocada de lado. Orientou os cuidados e indicou um hospital para ser transportada, por meios próprios. Pediu que se não melhorasse que ligassem novamente. Ficou na tela o chamado pendente para ser recuperado se retornassem a ligação (PD44:OBS).

A esposa contou que o usuário estava muito agitado, já tinham ligado ao SAMU, no início da tarde, mas que não tinham enviado ambulância. Como a crise não cedeu chamaram novamente e uma USB foi enviada (PD56:OBS).

Chamada oriunda de uma Escola, professora diabética, sinais de hipoglicemia, alimentou-se mal. Médica orientou o que fazer e pediu que se a situação não se resolvesse, tornassem a ligar para receber nova orientação (PD45:OBS).

A orientação ao telefone e o atendimento prestado em domicílio pelas equipes, pode evitar a utilização de serviços de saúde, pelo usuário. Entretanto, nem sempre a qualidade da orientação substitui um atendimento necessário, assim como o atendimento domiciliar nem sempre substitui um atendimento hospitalar bem indicado ou uma consulta ambulatorial, o que também foi compartilhado por O'dwyer⁽¹²⁶⁾. Para isso o SAMU é um recurso potente de cuidado e de interface com diferentes Serviços de saúde, de forma a antecipar diagnósticos, prestar cuidados e localizar o melhor recurso para as situações urgentes que se apresentam no cotidiano.

A presteza na regulação médica associada às habilidades das equipes de atendimento proporciona ao usuário atendimento rápido na cena do evento, tendo a capacidade de dar respostas qualificadas, sem que se desloque por meios próprios. As respostas efetivas às solicitações garantem ao serviço a credibilidade e a confiabilidade necessárias ao seu funcionamento.

No caso de Porto Alegre, existe o conhecimento da população: o SAMU existe há mais de 10 anos e presta socorro em casos clínicos (PD14:EM).

“Ah, o SAMU a gente sabe que vem mesmo!” “O SAMU chega mais rápido.”, esse tipo de comentário a gente já ouviu espontaneamente, dos familiares (PD5: EC).

A gente atende pessoas que são bem esclarecidas que sabem que o SAMU pode prestar atendimento (PD11:EM).

É o conhecimento que a população tem do serviço, que sabe que a situação é grave e sabe que o recurso que vai chegar, vai dar o atendimento e oferecer um suporte melhorado para o paciente, para que ele possa chegar a um hospital... [...] Saber que vale mais a pena chamar o SAMU, quando a situação é grave, do que botar de qualquer jeito e levar para um lugar que pode não ser o adequado. Então a população aprendeu que é um serviço necessário e que realmente faz a diferença para o paciente. Mas ela também aprendeu que o serviço pode ser usado da forma errônea...(PD7:EE)

Esses elementos representam que o SAMU fornece informações/orientações, dá a noção da gravidade ao solicitante e a segurança de que, nos casos afirmativos, é prestado atendimento. Mesmo nas situações em que, por escassez de recursos, lhes é informado que haverá demora, existe a possibilidade de serem realizados. Os profissionais citam que há reconhecimento da população do trabalho realizado por eles, o que lhes dá credibilidade.

Eu acho muito grande o carinho e o respeito que a população tem com o

SAMU. Claro que é o resultado do trabalho, do próprio serviço (PD9:EE).

Pelo fato de todo mundo conhecer mais o SAMU, e como, muitas vezes, é na rua, as pessoas nem conhecem aquela que está precisando de ajuda, então chama o SAMU. E eu acredito que as pessoas acreditam no serviço que é prestado porque senão não chamariam (PD21:ETE).

A instalação dos serviços de APH móvel, nos Municípios brasileiros, introduziu junto da população a possibilidade de o usuário obter uma resposta rápida e segura para uma necessidade de socorro, o que já é reconhecido e valorizado pelos solicitantes/usuários.

Em Canoas, Rio Grande do Sul foi demonstrado que a população tinha conhecimento do SAMU local, sendo que 97,3% sabiam o significado da sigla, associando a palavra SAMU às urgências médicas. Dentre eles, 69,9% relacionaram o SAMU ao número 192, 73,3% tinha conhecimento dos locais de atuação do Serviço, 97,3% sabia da gratuidade do atendimento, e 92,5% da gratuidade da ligação ⁽¹²⁷⁾.

Aspectos relacionados ao conforto e à comodidade do usuário, que recebe o atendimento, na cena, também fazem parte da escolha pelo atendimento móvel. Os profissionais acreditam que a facilidade de ligar, pelo número 192, a confiança no serviço e a gratuidade do atendimento, também, é atrativa e motiva as demandas.

Eu acredito que é porque eles confiam no atendimento, porque é fácil o acesso, não precisa pagar inclusive... (PD21:ETE)

Na nossa prática a gente entra aqui pra atender situações de grande risco e que as pessoas teriam uma dificuldade, ou não conseguiriam chegar até o hospital, e teriam aquele primeiro atendimento pra conseguir né... Mas não é o que acontece. Normalmente a gente acaba fazendo transporte, e acaba fazendo situações que não... que na verdade não deveriam... (PD13:EME)

Muitas vezes as pessoas ligam pro SAMU só pra saber se o vizinho e a vizinha.. “ah, eu achei que ele estava respirando mal”. As pessoas não querem perder ninguém, então querem que uma pessoa que entenda um pouco mais do que eles diga “ó, o vizinho já está numa idade avançada...”. Tu falas tudo que o médico falou, mas eles querem ouvir do pessoal do SAMU (PD3:EC).

O entendimento de que as Unidades de urgência são os recursos tecnológicos mais bem preparados para o atendimento de toda e qualquer urgência é um fenômeno social, que se expressa por um conjunto de práticas sociais estruturadas ao longo do tempo e no cotidiano da busca de Serviços de saúde.

Uns 50% ou 60% das pessoas te dizem: “ah, o SAMU tem entrada direta no hospital” (PD3:EC).

Eu acho que a população pensa assim: o SAMU coloca direto pra dentro do hospital, senão a gente teria que ficar em filas. Então até isso, eles (usuários) forjam, parecendo estar pior. Tentam forjar o negocio. Como é feita a avaliação clínica, muitas vezes... com certeza, isso acontece (PD9:EE).

[...] por entender que o SAMU garante um acesso “privilegiado” aos serviços públicos (PD15:EM).

O que leva o pessoal a chamar... Eu acho que no primeiro momento é uma situação de conforto. O pessoal sabe que tem SAMU. Se fosse num município que não tivesse o SAMU não nos chamariam, botariam dentro de um carro, um taxi, ou Brigada Militar. Fariam como se fazia 10 anos para trás em Porto Alegre. Eu acho que primeiro é uma situação de conforto das pessoas em não deslocar o paciente (PD8:EE).

Os bairros X e Y também têm seus postinhos lá, mas as pessoas vão direto ao Hospital B e junto com isso as pessoas de outras cidades, tudo estoura no Hospital B. Por exemplo, nós temos as emergências lotadas, os postos também têm, às vezes, pouco recurso e preparo: postos sem médico, aí o SAMU vai fazer esse atendimento (PD16:ETARM).

Apesar de ser atribuído ao usuário o peso da decisão equivocada ao buscar um serviço de urgência para uma demanda considerada, pelos profissionais da saúde, como não urgente, esta decisão também é, muitas vezes, compartilhada por profissionais do SAMU, quando frente a um caso que necessite de avaliação, mas que não corresponda aos critérios da urgência pré-hospitalar móvel.

Os médicos reguladores indicam aos usuários os serviços de urgência, quando consideram as demandas não pertinentes.

O TARM comunicou ao MR que um usuário queria conversar com um cardiologista. O usuário disse ter uma arritmia cardíaca e aguardava há 6 meses uma consulta com cardiologista em um Centro de Saúde da Cidade. O MR fez a escuta das necessidades do usuário e orientou que buscasse atendimento em um pronto atendimento (PD30:OBS).

44 anos, convulsão, etilista, sem tratamento, médica orientou que depois da convulsão a pessoa costuma ficar desorientada, então deve ser colocada de lado. Orientou os cuidados e disse que depois levasse ao hospital, por meios próprios. Pediu que se não melhorasse, que ligassem novamente ao SAMU. Ficou, na tela do computador, o chamado pendente para ser recuperado se ligassem novamente (PD44:OBS).

“Dor na perna? Não fazemos esse tipo de atendimento, tem que levá-la para uma UPA ou hospital, o SAMU não atende isso” (PD54:OBS).

Isso quer dizer que na concepção, tanto de profissionais, quanto de usuários, as Unidades tradicionais de urgência são as mais resolutivas para os casos agudos.

Isso foi constatado quando nas situações de pequena gravidade, após avaliação das equipes do SAMU, os usuários eram transportados para Unidades de urgência, para avaliação médica.

Desmaio por hipotensão e se tratava em um Centro de Saúde de Porto Alegre. Agora TA 110x80 mmHg. A TE relatou ao MR os dados e foi orientada a levá-la ao hospital B. Ao chegarmos lá, a TE entregou a cópia do boletim do SAMU no balcão para uma funcionária da recepção e pediu ao familiar que realizasse o boletim de atendimento. Retornamos à Base (PD54:OBS20).

Quase 22h foram chamados para uma ocorrência de dor no peito e ansiedade. Na cama encontraram um homem deitado. Referia dor no peito que refletia para as costas. Tinha tomado Paracetamol, sem êxito. História de hipertensão. Consultava na UBS próxima do Bairro. Sinais vitais estáveis, o TE pediu para que fizesse exercícios de rotação do tronco e ele disse que a dor aumentava, mas não estava pálido, sudorético e nem gemente. Parecia dor muscular e imaginei que não fosse nada cardiológico porque não era compatível com a clínica de infarto. Ele era montador de móveis. O TE perguntou se tinha carregado peso e ele negou. O paciente parecia assustado com a possibilidade de um problema cardíaco. O TE falou com o MR, passou o caso no detalhe, mas não sugeriu conduta. O médico disse que levassem para o Hospital B para uma consulta. Avisaram para a esposa de que seria deslocado para o Hospital B. Ao chegarem o condutor desceu primeiro e pegou uma cadeira de rodas. Entregou o paciente para o TE e voltou para a ambulância que estava parada na porta da emergência. Entraram na sala de espera que estava lotada de pacientes. Foram ao guichê de recepção e ficaram esperando a sua vez. Logo depois o TE passou o caso para o recepcionista que perguntou quem era o paciente e se tinha acompanhante para fazer o boletim. Logo em seguida saíram da emergência. No trajeto à Base o condutor disse ao colega: tu vê nesse caso tem uns que não removem porque não era nada cardíaco. Teria deixado em observação em casa e se piorasse voltaríamos, mas ao mesmo tempo disse: não dá para criticar porque o cara não tá vendo então prefere deixar para outro avaliar com mais segurança (PD35:OBS).

Nesses casos os pacientes foram transportados até o hospital de referência, acompanhados de familiar, para a realização de uma consulta médica. A atuação do SAMU nestas situações foi de baixa densidade tecnológica, do ponto de vista clínico, mas de grande utilidade ao usuário que foi transportado com segurança ao serviço melhor adaptado à resolução do seu problema de saúde.

As demandas são motivadas por situações que nem sempre condizem com os critérios técnicos da urgência pré-hospitalar móvel, mas que demonstram a necessidade sentida pelos usuários em obter uma avaliação ou informação de um profissional de saúde. Sendo assim, a percepção da urgência não está restrita ao médico; é uma construção contextual em que há vários envolvimento, não só do doente, mas de todo o contexto no qual ele se insere, assim como questões

referentes à organização da atenção à saúde. Essa percepção foi identificada na fala dos profissionais:

40% chamam o SAMU porque precisam mesmo, se apavoram com o caso, com o que acontece em casa. 40% acho que é um chamado efetivo, que é real. Os outros, a maior parte usa o SAMU como um tipo de transporte para chegar até uma emergência, usa o SAMU como um passaporte para colocar dentro da emergência. (PD2:EC)

[...] muitas vezes as pessoas ligam por causa do herpes, por diarreia, vômito, gripe, tosse, querendo que leve o paciente para consultar ou até que preste um atendimento médico no domicílio. A gente procura orientar, mas o relacionamento muitas vezes é difícil porque as pessoas não compreendem que o SAMU está aqui para atender casos urgentes, elas acham que ambulância é para transportar. (PD11:EM).

Tem o problema social também. [...] Muitas pessoas acham que o SAMU é um serviço social, por exemplo, ah, precisa tirar uma pessoa etilizada que está na calçada, com as pernas pra calçada, com a cabeça pra rua, vai passar um carro e vai... Chamaram nós pra isso. A gente chegou lá, tirou, colocou pra calçada e alguém levou pra casa (PD23:ETE).

Chamam por dificuldades em acessar outros serviços (horário, falta de médicos em determinados locais, postos fechados nos horários que os usuários podem frequentá-los, falta de serviços de urgência), complicação de um caso não tratado, pedir orientações ao médico regulador sobre sua doença, falta de condições financeiras para se deslocar a um serviço, os casos considerados pertinentes para o serviço atender: paradas (Paradas Cardio-respiratórias), convulsões, etc. e por comodidade para ir até um serviço de saúde (PD6:EE).

Às vezes chega lá e é uma crise de ansiedade, nem era o que se esperava, está ansiosa por alguma coisa, sei lá eu... brigou com o namorado, com o pai, com a mãe, ou até mesmo no trabalho. Então tentamos acalmar, ela vai respirar um pouco melhor, vai se acalmar, uma respiratória de 38 vai baixar, passar a ventilar Só de conversar já resolve (PD1:EC).

Levando em conta os aspectos mencionados, o acesso de fato (acesso realizado) aos cuidados das equipes de socorro é muito condicionado aos critérios individuais do MR. Com pouca discussão de condutas e compartilhamento de decisões, cada profissional trabalha sozinho, na frente da tela do computador, em prontidão para ser acionado pelo TARM, para regulação das chamadas. Eventualmente é possível que os MR consultem e/ou discutam as possibilidades de conduta com seus parceiros de regulação.

O paciente tomou duas cartelas de Diazepan. O MR disse que não podia ser... ou era de 5 ou 10 mg. Ele perguntou aos colegas o telefone do CIT (Centro de Informação Toxicológica). Perguntou: está acordado? ...meio grogue. Outro colega perguntou: quando foi? Ele disse: ontem à noite. O outro afirmou que já estava em uma fase de resolução. O MR orientou o solicitante a ligar para o CIT e forneceu o número. Disse que o CIT lhe

forneceria maiores informações. Como já fazia muitas horas desde a intoxicação, não teria risco de morte. No cadastro ele clicou em orientação e desligou (PD43:OBS).

Mesmo que haja a participação de outros médicos na discussão ou na tomada de decisão, a responsabilidade pela conduta adotada cabe ao médico que assumiu a regulação. Por isso, essa ação é tão valorizada e, ao mesmo tempo, discutida e criticada pelas equipes.

O processo de regulação é solitário e diferente dos ambientes hospitalares em que há discussão de condutas e compartilhamento das decisões terapêuticas e diagnósticas ⁽¹²⁸⁾. As condutas são tomadas com base em protocolos assistenciais, experiências adquiridas e no bom senso dos profissionais ⁽²⁴⁾. A utilização de protocolos de regulação e de assistência sustenta as decisões dos profissionais, diminuindo as diferenças de conduta entre eles ⁽³⁰⁾.

A maioria dos Serviços de urgência, no Brasil e no mundo, utiliza os protocolos de suporte avançado à vida, produzidos pelo modelo anglo-americano, tais como: *Advanced Cardiac Life Support*, *Advanced Trauma Life Support*, *Pediatric Advanced Life Support* e o *Basic Life Support*, dentre outros. No que pese a importância dos protocolos, acredita-se que por si são insuficientes para minimizar o problema.

Eu pude ficar um pouco ali na regulação e percebi que é muito subjetiva a regulação. Com certeza, tem médico que manda para dor de dente, tem médico que não manda para nada. Eu já vi ali dentro, um médico não mandou para uma PCR, e aí outro solicitante ligou e daí foi mandado socorro, era uma parada cardíaca (PD17:ETARM).

Toda ocorrência é dada como urgência. É dada como urgência e tem que sair como urgência. Agora, se tu vais lá e vai atender uma unha encravada... aí é outra situação, é caso de omissão de quem passou. Omissão da mesa por colher mal a informação ou por omissão de quem passou e solicitou a ambulância (PD3:EC).

Eu tenho uma sensação, uma impressão, que nós temos muito chamado não pertinente. Mesmo aquele que na regulação está como pertinente, tu chega lá e o que acontece? E ele não é pertinente, seja porque não foi... eu não gostaria de usar o termo "bem regulado", mas talvez o regulador não aprofundou (PD8:EE).

Identificou-se que, no cotidiano da regulação, o volume de demandas impõe ao MR que ele tome decisões rápidas e com base na sua capacidade de resolução de problemas. Sendo assim, decide ou assume sozinho o desfecho da solicitação recebida. Isso possibilita que, apesar dos protocolos e normatizações, situações

semelhantes tenham condutas distintas, dependendo do profissional que esteja no comando, assim como pelos recursos disponíveis no momento da tomada de decisão.

O SAMU atende... é pra ser urgência, mas passam pra nós desde dor de barriga até um edema agudo de pulmão, um infarto... São várias durante o dia. Mas o solicitante omite muito a informação pro médico, que por sua vez não tem muita coisa pra passar pras equipes. O que ele passa, mas ele diz assim: “vai lá e dá uma olhadinha”, qualquer coisa o médico estará em prontidão (PD3:EC).

A meu ver é muito difícil de tu triares, a não ser que o médico esteja no local com o paciente. Há muita mentira e muito trote, aí tu chegas ao local e, às vezes, não tem nada...(PD1:EC)

Um dos MR disse: com o tempo vamos aprendendo a reconhecer as situações, mas é quase sempre no escuro... (PD44:OBS)

Definir o grau de complexidade de uma urgência é sempre difícil, pois levam em conta as necessidades do usuário e a objetividade biomédica ⁽¹¹⁹⁾. Embora sejam competências contraditórias, significa que os aspectos relativos à pessoa que busca atendimento (sexo, idade, horário da solicitação, condição econômica e social, entre outros) e os objetivos (gravidade, morbidade, tempo de resolução do caso) nem sempre são compatíveis com os critérios de acesso pré-estabelecidos pela racionalidade biomédica da urgência.

Por outro lado, a insuficiência de diálogo entre o MR e o solicitante dificulta a tomada de decisão da hipótese diagnóstica e traz como consequência a possibilidade de equívoco na gravidade da demanda. Esse efeito foi relatado pelas equipes, que atribuem ao médico regulador, mazelas do atendimento que poderia ter sido regulado como não pertinente.

O regulador trabalha em cima de informações. Nem sempre são informações das mais verdadeiras. Às vezes as pessoas pensam, acham que o seu conhecido está mal e ele passa pro regulador um quadro devastador. Claro, a gente sabe que às vezes o médico que regula tem mais critérios, o outro com menos critérios, mas tem isso aí da informação que é dada pelo solicitante. As equipes pelo que eu vejo sempre atribuem ao médico regulador, “ah, é o médico regulador que não...”. claro que tem casos que poderia ter regulado um pouco melhor, mas a grande maioria eu acho que não (PD57:EE).

A equipe relatou que os médicos diziam que havia distorção entre o que as famílias diziam e o que MR entendia, por isso acabavam mandando recurso para solicitações não pertinentes. Sabiam que as famílias inventavam situações para serem atendidos, mas afirmavam que na sala de regulação, nem sempre o regulador estava com vontade de escutar toda a história e já ia determinando se era ou não pertinente (PD35:OBS).

A gente pega situações que a solicitação não é compatível com o que foi regulado, com a equipe que foi mandada. Pode haver menosprezo na informação do solicitante, então a situação pode ser mais grave do que realmente foi pedido, como pode ser uma situação muito leve e a solicitação foi de que era muito grave (PD7:EE).

Na visão das equipes de suporte básico a regulação carece de refinamento e de certa padronização de forma a melhorar a comunicação entre as equipes e com o solicitante ⁽³⁰⁾, o que também foi identificado neste estudo:

[...] questionou o que houve: Qual é a emergência? Está respirando? Está desmaiada? O que já vai... Desliga o telefone e diz que pode ser um infarto ou uma PCR e encaminha ao local uma USA (PD41:OBS).

Dor no tornozelo? Coloque em um veículo e traga para o HPS, não precisa do SAMU para isso! (PD54:OBS).

O MR tinha fala forte, sua voz ecoava na sala, não deixava o informante falar [...], demonstrava impaciência com o usuário. “Pé inchado do coração que dói e é perigoso?! Se a senhora não parar de gemer não vou poder lhe ajudar. Por que tu tá gemendo? Se a senhora não parar de gemer não vou poder lhe ajudar. Pé inchado que é do coração que é perigoso, não dói...” O usuário desliga o telefone. O MR solicita que um dos TARMs ligue novamente para esse usuário porque ele não tinha entendido se o usuário seria levado a um serviço de saúde (PD37: OBS).

A forma como é feita a abordagem do solicitante, a formulação dos questionamentos, a escuta e a tomada de decisão é diferente entre os membros da regulação. Alguns profissionais são mais diretos e objetivos, por vezes incisivos, ao classificar as demandas. Outros aprofundam a investigação, o que qualifica a tomada de decisão.

O trabalho médico no SAMU é tecnicamente difícil e exige um complexo exercício reflexivo, em vista da complexidade das demandas e do potencial positivo do SAMU como gestor do atendimento à urgência ⁽¹²⁶⁾. Sendo um recurso de fácil acesso, pelo telefone, proporciona à população um contato imediato com um médico. Esse contato nem sempre beneficia o usuário; o acesso aos recursos do Sistema dependerá da sua capacidade de convencimento do MR de que a demanda seja pertinente. Por outro lado, o médico precisa estar atento ao relato do solicitante para nesse diálogo subtrair a gravidade e o prognóstico do caso, para que o acesso ocorra de fato.

A comunicação é ferramenta potente de trabalho no SAMU. Ela é o alicerce da prestação do cuidado ao usuário ⁽³⁰⁾. Outra aliada é a experiência acumulada

pelos profissionais que lhes dá uma capacidade diferenciada para compreender um mesmo problema.

Enquanto um médico experiente consegue apreender os motivos mais significativos da demanda, tanto pelo conhecimento adquirido quanto pela capacidade de organizar a memória, outros não conseguem com a mesma habilidade, fato que os diferencia ⁽¹²⁸⁾.

Um dos MR disse que não existia um padrão de regulação no SAMU porque cada regulador faz seu trabalho, muito subjetivo, o usuário tem muita dificuldade de expressar sua necessidade e muitas vezes o regulador não tem a informação suficiente para concluir o que deve ser feito (PD42:OBS).

Os médicos reguladores conversavam que era difícil avaliar os casos com as informações que a população lhes dava. Disseram que eles forneciam ao regulador poucos elementos para a avaliação o que podia gerar muitas chances de erro. Um médico deu um exemplo: paciente caiu no banheiro. Respira? Não sabem. Tem fratura? Não sabem. Então enviam uma USB e daí era uma PCR e deveriam ter mandado uma USA (PD42:OBS).

Eles (população) não têm entendimento, nem esclarecimento para falar com o médico, não sabem explicar o que está acontecendo, o médico demora a enviar até por que pensa que é trote e não envia a ambulância imediatamente, e aí eles acham que a gente não quer ir, eles não conseguem se expressar, lá o relacionamento com familiares não é muito bom (PD22:ETE).

A maioria dos casos a gente não tem muito como saber na hora do chamado, porque o pessoal está emocionalmente envolvido na hora de pedir e, às vezes, são casos simples, mas o pessoal pede de uma forma que a pessoa está tão apavorada e assustada, eu pego e mando uma ambulância avançada e chega lá e é uma coisa simples. Mas quando o solicitante tem boas condições pra informar, a coisa acontece de uma forma tranquila (PD10:EM).

O volume excessivo de demanda que chegam à Central de regulação faz com que o médico regulador tenha um trabalho exaustivo, precisa de disponibilidade para a escuta do solicitante e atenção para presumir um possível diagnóstico. Existe a concepção de que a pertinência e a gravidade dos casos são dificultadas pela falta de conhecimento e de informação do solicitante/usuário.

O perfil do solicitante é variado, passando por aqueles bem informados sobre saúde, os que ignoram dados importantes e os que exageram sobre a gravidade na descrição dos sintomas ⁽⁹²⁾. Esses comportamentos influenciam as decisões do regulador que necessita de perspicácia para extrair, do solicitante, informações precisas.

Apesar disso, há que se levar em conta que a racionalidade que busca o

usuário perfeito, não encontra resposta. O usuário idealizado pelos profissionais não existe. Nem mesmo quando o solicitante é um profissional da saúde, a comunicação não fluiu bem, o que indica que o conhecimento adquirido não garante uma boa interlocução.

O MR perguntou ao solicitante se a pessoa estava bem. Pediu para que sacudisse o paciente e pediu que não desligasse o telefone: Vá até lá e sacuda a pessoa. Tá acordado? Seu Renato! Tá acordado? Peça que olhem e me diga como ele está! Tem que ver o que tá acontecendo para que eu mande uma ambulância no local. Tá em parada cardíaca? Ele tá respirando? Tá Normal? É ele que tá gritando? Se tá gritando não pode estar cianótico? O solicitante disse que é médico... Pelo rádio o MR passou o caso, informando que o médico era de uma policlínica e que o paciente era hipertenso, havia gritos por trás, era um chamado confuso, mas informou que o paciente estava cianótico. O MR enviou uma USA (PD25:OBS).

O solicitante/usuário nem sempre entende as perguntas feitas pelos médicos, o que lhes exige capacidade de ter que explicar novamente para serem compreendidos. Também se tem em conta que os tempos do Serviço são imperfeitos para a escuta, existindo conflito entre o tempo para o MR agir e o tempo de o solicitante/usuário compreender o que está sendo perguntado ao telefone. O médico necessita dar conta de administrar variáveis que podem interferir na qualidade do atendimento e o usuário de assimilar todas as questões demandadas pelo regulador.

Esse ato torna-se complexo, uma vez que, o acompanhante precisa de tempo para expressar as suas angústias, justificar o seu comportamento e assimilar uma orientação ⁽¹²⁾. A capacidade de interlocução ao telefone pode ser mais difícil, para médicos e solicitantes/usuários, do que se realizada face a face.

Constata-se que é por meio do atendimento prestado pela equipe da Central de regulação que o usuário tem o primeiro acesso ao Sistema Municipal de Saúde. O MR é quem define o acesso de fato (acesso realizado) aos cuidados. O trabalho dos demais profissionais é coadjuvante ao do MR.

Nem sempre o diagnóstico pode ser feito durante a regulação, mas o ato de regular impõe um questionamento semiológico ao telefone ⁽¹²⁹⁾. A necessidade de decisões rápidas e, ao mesmo tempo, coleta de informações essenciais para o raciocínio em um curto espaço de tempo, exige dos profissionais da Central de regulação capacidade de fazer as perguntas certas e dirigir a conversa com o

solicitante/usuário para obter os dados objetivos.

O acesso realizado se concretiza quando as equipes de socorro vão ao encontro do usuário. A partir daí ele entra formalmente no Sistema de Saúde, recebendo os primeiros cuidados. Esse aspecto é tratado a seguir.

5.2.2 Atendimento prestado pelas equipes

Nesta etapa do atendimento, as equipes de suporte básico e avançado entram em ação. A organização da atenção é feita para beneficiar o usuário que teve sua demanda considerada pertinente, pelo médico regulador.

A escolha do tipo de equipe é feita utilizando o critério de gravidade, proximidade e disponibilidade das equipes, tendo em mente o tempo-resposta aos chamados. O objetivo é chegar o mais precocemente possível ao evento, prestando os cuidados ao paciente e transportando para um serviço com maior complexidade tecnológica, se necessário.

A rapidez de chegada à cena e ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previne agravamento do caso e o surgimento de novas sequelas, podendo melhorar condições hemodinâmicas e até atrasar resultados fatais, dando ao paciente a oportunidade de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiar dele ⁽¹³⁰⁾.

No SAMU é o RO que localiza a equipe escolhida pelo MR para prestar o socorro.

O RO perguntou ao MR: mandamos a 08 para o paciente na (avenida) Baltazar ou para o Bairro Navegantes. O MR respondeu: para o do acidente. RO perguntou (falando pelo rádio): 08 na escuta? Eles responderam. O MR passou o caso. A USB 8 respondeu: estamos longe do local da ocorrência, vamos demorar. MR avisou: vocês estão há 15 minutos do chamado e a EPTC^e já está no local. O MR perguntou ao RO: na Zona sul, como estamos? Preciso uma USB para atender uma convulsão (PD45:OBS).

RO perguntou: vai mandar a USB 15 para Rubem Berta? MR respondeu: É o que temos! RO ligou e perguntou: 06 QAP^f? Equipe na escuta? A equipe não respondeu. Logo em seguida a equipe disse: 06 copia central!

^e EPTC: Empresa Pública de Transporte e Circulação, criada em janeiro de 1998, responsável por regular e fiscalizar as atividades relacionadas ao trânsito e aos transportes no Município de Porto Alegre, cujo trabalho é desempenhado pelos agentes de fiscalização de trânsito ⁽³⁰⁾.

^f QAP: código utilizado na rádio-comunicação do SAMU. Indica que a equipe está a postos, que permanece na escuta da rádio comunicação.

Prossiga. O RO perguntou: Em QAP? A equipe afirmou: Estamos com a ambulância com sangue até o teto, o colchão cheio de sangue, sem condições de atendimento no momento. O RO avisou que assim que terminassem a limpeza havia uma ocorrência aguardando por eles (PD45:OBS).

As equipes estão distribuídas nas Bases, de modo a fazer cobertura de todo o território da Cidade. A decisão de descentralizar as equipes por meio de Bases tem por finalidade diminuir o tempo-resposta aos chamados, possibilitando uma melhor organização dos recursos disponíveis e uma ordenação adequada de fluxos, dando melhor cobertura às demandas ⁽³⁰⁾. Essa cobertura se refere à habilidade de levar uma ambulância em um tempo ou distância máxima pré-definida à cena do evento⁽¹³¹⁾.

Quando avaliados o número e o percentual de atendimentos por Base descentralizada de suporte básico identificou-se: Base da Região Centro-sul realizou 85 (10,9%) atendimentos, Base da Região Centro (duas equipes), 82 (10,5%) e 74 (9,5%), Base da Região Norte, 80 (10,3%) e Base da Região Leste, 80 (10,3%), Base da Região Sul, 75 (9,6%), Base da Região Noroeste, 65 (8,3%), Base da Região Sudeste (duas equipes), 57 (7,3%) e 49 (6,3%), Base da Região Extremo sul (duas unidades), 34 (4,4%) e 29 (3,7%).

Nas equipes de suporte avançado a Base da Região Norte teve o maior percentual de atendimentos 26 (3,4%). As Bases, das Regiões Central e Sul, tiveram percentuais semelhantes, 17 (2,2%) e 19 (2,4%).

Na escuta da rádio-comunicação, as equipes podem avaliar as condutas da Central de regulação e das equipes em atendimento. Na ausência de uma equipe, outra que esteja localizada nas proximidades do evento é enviada para assumir o caso. Por vezes, são as equipes que se oferecem para prestar o socorro, o que agiliza o atendimento em benefício do usuário.

[...] se tiver uma ocorrência lá no território do meu colega e eu estou vindo, estou mais próximo, estou passando por um lugar mais próximo do que a Base que deveria dar cobertura, mas está lá parada e ir até o local, mesmo não sendo da minha área eu posso me oferecer. [...] Os colegas fazem isso também, muitas vezes na hora do almoço, quando o teu colega não almoçou ainda, e tu estás liberada e tu não vai te oferecer para ir no lugar dele? (PD21:ETE).

Aí entra aquela coisa de relação de colegas [...].Eu tinha colega aqui que eu fechava muito bem com ele, a gente muitas vezes quando passava outra ocorrência e a gente estava na rua mesmo, "Ah, vamos, a gente vai!", não necessariamente estava mais perto, mas a gente estava na rua já mesmo! Até a equipe sair lá de cima, descer até embaixo, ligar a ambulância e sair,

a gente já está na rua mesmo, voltando do atendimento no caso, né? “Ah, vamos lá?” E o camarada “Mas lá não é da outra que está lá perto?” Volta àquela mesma situação, se vai de bom humor o troço flui que é uma beleza. (PD5:EC).

Tava ali à tarde, e a equipe não tinha almoçado e a outra equipe estava mais perto da ocorrência “Pode ir almoçar que eu faço a ocorrência.” Tranquilo, eu acho que entre equipe é tranquilo (PD17:ETARM).

Apesar da boa relação e do auxílio mútuo entre as equipes, também há descontentamento pela forma como as decisões são tomadas pela Central de regulação, priorizando umas equipes em detrimento de outras.

Existe uma relação de desconfiança entre as equipes, principalmente quando as Bases precisavam fazer cobertura de áreas pertencentes a outras Bases porque a de origem estava na rua. Isso era mais comum entre Bases vizinhas de região ou quando a equipe sabia que os colegas tinham o hábito de se amarrar para finalizar o atendimento ou liberar a ambulância ao RO, com isso faziam menos chamados (PD24:ETE).

Existe algumas implicâncias entre uma equipe que demora mais no atendimento. As outras acham que a mesma “se faz”, o que provoca o deslocamento de uma viatura numa área que não é a sua (PD6:EE).

Em geral os relacionamentos interpessoais são estáveis, tranquilos. O que nós temos é disputa por área que dá um pouco de estresse, delimitação de área, tem algumas ocorrências que caem bem no meio das divisas, entre uma Base e a outra. Tem umas Bases que se sentem mais sobrecarregadas que as outras, mas em geral é tranquilo (PD22:ETE).

[...] Não dá pra dizer que o SAMU hoje é uma equipe como um todo. Eu acho que têm pequenas equipes em vários locais. Então cada Base tem um vínculo mais forte, a sua dinâmica, treinamento e seus problemas, coisas boas. Eu acho que tem muita coisa boa, das pessoas se ajudarem, de um segurar um tempinho mais, que o outro teve problema pra chegar. Existe uma... Principalmente entre condutores e TE, uma cooperação muito grande (PD57:EE).

O convívio do grupo é dificultado pelo grande número de profissionais, pelas distâncias entre as Bases e ao regime de plantões. Além da distância geográfica, o fato de trabalharem 24 horas, com equipes do dia e da noite dificulta a comunicação entre as Bases e os profissionais. A menor convivência entre as equipes, por vezes, gera insumos para conflitos que precisam ser minimizados para uma melhor dinâmica entre as Bases e a Central de regulação.

A comunicação em sistema aberto, em que todos escutam, em tempo real, favorece a apropriação da dinâmica dos atendimentos, oportunizando, indiretamente, o compartilhamento do conhecimento e das experiências, assim como

serve de insumo para conflitos, mas principalmente para a avaliação do trabalho em todos os âmbitos da atenção.

O tempo-resposta é um dos elementos que contribui para a eficácia do atendimento das equipes. O tempo transcorrido desde a recepção do chamado, pelo TARM, até o retorno da equipe à Base é registrado no sistema informatizado da Central de regulação. Isso é feito com o auxílio das equipes que comunicam à Central de regulação os tempos de deslocamentos.

Tabela 11 Distribuição dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU de Porto Alegre (RS), segundo o tempo de duração da ocorrência, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008.

	Frequência	%	% Válido	% Acumulado
16 a 29 min	30	3,9	3,9	3,9
30 a 59 min	348	44,7	44,7	48,6
60 a 89 min	279	35,8	35,9	84,4
90 a 119 min	91	11,7	11,7	96,1
120 a 176 min	28	3,6	3,6	99,7
177 a 196 min	3	,4	,4	100,0
Total	779	100,0	100,0	

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Foi possível evidenciar, na Tabela 11, que o tempo mínimo de atendimento foi de 16 minutos e o máximo de 196 minutos (3h26min), com média de 64,76 minutos (dp 26,22). A faixa de tempo em que houve maior concentração, 348 atendimentos (44,7%) foi a de 30 a 59 minutos, seguida da faixa de 60 a 89 minutos (1h29min), com 279 atendimentos (35,8%). Os dois períodos de tempo totalizaram 627 atendimentos (80,5%).

Os tempos de atendimento no pré-hospitalar móvel representam a soma de vários tempos. A contagem do tempo pode ser compreendida desde o recebimento da demanda pelo TARM, tomada de decisão do MR e a saída da ambulância, entre a saída da ambulância da Base e a chegada à cena, o tempo gasto na cena, e o tempo de deslocamento para um serviço de urgência.

Estudo realizado com pacientes atendidos pelo SAMU, no Município de São Paulo, em 1998, teve um tempo de atendimento (entre o chamado e a chegada ao hospital) de até 40 minutos, em 81,3% das solicitações atendidas ⁽¹³²⁾. No SAMU de Ribeirão Preto, São Paulo, a média foi de 31 minutos entre o recebimento do

chamado e a liberação da viatura ⁽²⁴⁾. Em outro estudo realizado com acidentados de trânsito, na Cidade de São Paulo, o tempo total de atendimento variou de 37 a 46 minutos ⁽¹³⁰⁾. Vítimas de acidente de trânsito atendidas pelo SAMU, de Belo Horizonte, Minas Gerais, tiveram um intervalo de tempo compreendido entre o momento do acidente e a chegada ao hospital inferior a 60 minutos, em 53,5% dos atendimentos ⁽¹³³⁾. No município do Rio de Janeiro, em 2005, o tempo médio de resposta total do atendimento pré-hospitalar foi de 66 minutos, Curitiba 35 minutos, Recife, 45 minutos e Manaus, 20 minutos ^(66,68).

Foi difícil aproximar o tempo-resposta deste estudo com os demais, tendo em vista que cada autor priorizou intervalos de tempo e/ou diferente tipologia de atendimento. Os resultados que mais se aproximam a este são os de São Paulo ⁽¹²⁸⁾ e os do Rio de Janeiro ^(66,68). Entretanto, presume-se que as dinâmicas diferentes dessas cidades prejudicam as comparações.

Quanto foi avaliada a gravidade dos eventos e o tempo-resposta às solicitações, verificou-se que apesar de os eventos de gravidade severa terem tido menor frequência, foram os que tiveram um tempo maior de atendimento, com média de 83,59 (1h23), (dp=36,48), tempo mínimo de 27 minutos e máximo de 196 minutos (3h26), conforme os dados da Tabela 12.

Tabela 12 Distribuição de frequências, médias, desvios-padrão e tempo mínimo e máximo de duração dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU de Porto Alegre (RS) segundo a gravidade dos eventos, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		duração_minutos				
		n	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Gravidade comprovada	Severa	29	83,59 ^a	36,48	27,00	196,00
	Média	407	69,75 ^{ab}	26,21	21,00	191,00
	Pequena	286	58,65 ^{bc}	23,03	16,00	144,00
	Indeterminada	18	57,33 ^{bc}	25,07	16,00	120,00
	Ilesa	9	48,33 ^c	22,68	26,00	92,00
	Morte	29	45,90 ^c	16,05	19,00	88,00
	Total	779	64,76	26,22	16,00	196,00

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Médias seguidas de mesma letra não diferem significativamente pelo Teste de Tukey a 5%.

As médias de tempo foram diminuindo, conforme os eventos tinham menor gravidade. O que significa dizer que, em média, quanto maior a gravidade do evento, maior a média de tempo gasto no atendimento. A menor média se refere aos eventos seguidos de morte.

Verifica-se que houve diferença significativa das médias para os eventos de gravidade severa em relação aos de pequena, indeterminada, ileso e morte. Nos eventos de gravidade média houve diferença significativa das médias para os eventos de gravidade ileso e morte. Os de gravidade pequena e indeterminada tiveram diferenças significativas das médias somente para os eventos de gravidade severa. Os de gravidade ileso e morte tiveram diferenças significativas das médias para os de gravidade severa e média.

As equipes de suporte básico realizaram 666 (91,3%) atendimentos. As equipes de suporte avançado realizaram 59 (7,6%). Esse quantitativo tem relação à definição do MR da gravidade do evento, do diagnóstico presumido no ato da regulação e do recurso melhor adaptado à resolução do caso.

A necessidade de equipes de suporte básico para atenção, na maioria das demandas, avaliadas como pertinentes, é uma realidade identificada em Ribeirão Preto, São Paulo, em que as USB fizeram 82,7% dos atendimentos ⁽²⁴⁾. Na França, para a maioria das demandas ao SAMU 15, de Paris, foi suficiente o envio de uma ambulância não medicalizada, sendo que os casos graves foram em torno de 6% ⁽¹⁷⁾.

Tanto as equipes de suporte básico, quanto avançado, desenvolvem seu trabalho numa sequência de cuidados a partir da definição do MR. Ao saírem da Base já devem saber o endereço e os pontos de referência da ocorrência, assim como o que será atendido, sendo que o caso é descrito, rápido e concisamente, pelo MR antes da chegada à cena. As principais informações repassadas às equipes pelo MR dizem respeito ao sexo, idade, agravo e gravidade presumidos.

O MR nos avisa e daí nós descemos (dirigem-se até o veículo). O MR nos passa a situação, às vezes, né? Às vezes a gente já sabe o que vai atender, às vezes, a gente não sabe (PD22:ETE).

Na Chácara da Fumaça saímos da Base sem saber do que se tratava o atendimento, apenas foi passado o endereço (PD35:OBS).

O condutor e o técnico de enfermagem relataram que não sabiam qual a situação que iam atender, sabiam apenas o endereço (PD38:OBS).

A prática da passagem completa dos casos é pouco usual entre a regulação e as equipes, fato que foi identificado por autores que estudaram o atendimento no SAMU ^(30,126). Na maior parte das situações, a gravidade não é repassada. O diagnóstico sindrômico obtido no interrogatório do médico regulador com o solicitante deveria ser transmitido, resumidamente, à equipe. Sabedores do caso as equipes, desde a saída, podem organizar mentalmente o atendimento, o que facilita e agiliza o início do atendimento na cena e a organização do material.

Algumas vezes a compreensão do que está por vir, se iniciava antes da chegada da equipe à cena, seja pelas informações fornecidas pelo MR, pela proximidade geográfica do evento ou pela experiência do profissional.

Desde a saída da Base, os profissionais desenvolvem uma visão periférica ampla do ambiente, o que possibilita antecipação de decisões e condutas a serem tomadas. O auxílio mútuo entre eles ocorre durante o trajeto e na cena, como se constatou nas observações a seguir:

Era o condutor que tinha a chave da ambulância e abriu a porta de trás pra mim (pesquisadora), indicando o banco individual e o cinto de segurança. O TE entrou na ambulância e, prontamente, foi ligada a sirene, o percurso era curto e o TE foi indicando o trajeto. Indicava, também, se o trânsito/cruzamentos estava liberado para o condutor avançar. [...] No local, o TE desceu primeiro, dirigindo-se ao local, enquanto o condutor ficou estacionando a ambulância. Mais tarde, em outro chamado, constato que se repetiu a forma como os dois lidavam com as dificuldades no trajeto, com muita sintonia e respeito mútuo entre eles (PD49:OBS).

Como estou (pesquisadora) sentada atrás (na ambulância) não avistei a paciente quando nos aproximávamos do local da ocorrência, mas escutei quando o TE disse ao condutor que a paciente estava muito pálida e afirmou: deve estar enfartando. Assim que a ambulância parou, ele desceu rapidamente e se dirigiu ao local com uma maleta contendo os materiais. O local estava cheio de curiosos. Depois de estacionar o veículo, o condutor desceu e abriu a porta de trás para que eu descesse. Ele pegou tudo que precisava para o atendimento. O trabalho se desencadeou com muita agilidade. No local, a equipe foi recebida por agentes da EPTC. Foram coletadas a primeiras informações junto à população e a paciente (PD49:OBS).

No local da ocorrência as equipes fazem abordagem inicial do usuário. Por meio dessa avaliação têm noção das condições do paciente. Nela é feita avaliação do ambiente, coleta de dados de identificação e da situação de saúde do paciente, além da verificação dos sinais vitais, HGT, oximetria de pulso, checagem do diagnóstico presumido pela regulação médica.

A seguir são mostrados alguns aspectos abordados na avaliação local pelas equipes:

Chega ao local, verifica os sinais, a pressão, a PA, daí bota no saturômetro que te dá a frequência cardíaca mais a saturação, faz um HGT, conta a frequência respiratória... E verifica se tem alguma coisa no paciente que está alterada, se é TA, FC, FR. Depois que vê esses sinais todos passa para a Central médica, daí é regulado pela central médica. Passa todo o estado do paciente, todos os sinais e o que está acontecendo com o paciente, via rádio para a Central, e aí o médico orienta o técnico de enfermagem se leva ou se deixa no local (PD1:EC).

Chega, avalia, tenta colher uma história... Mas isso tu vai correndo e avaliando ao mesmo tempo, que tu tens uma linha de tempo diferente do atendimento clínico normal. Normalmente são atendimentos de urgência. Tu chegas com o paciente com glóbulo baixo, ventilando mal, às vezes, nem ventilando e tal. Então a gente chega e começa a fazer o atendimento. Tu chegas e já está num quadro de parada, tu já começa naquele primeiro... Inicias massagem, via aérea, acesso e troca. Sempre nessa linha aí. Ou elimina uma dessas etapas, se for um paciente um pouco melhor. Se tem uma equipe básica normalmente ela já está em manobras básicas, de reanimação no caso, e nos chamam. Ou se o paciente não é um paciente pra RCP... Mas a gente chega lá e já tem acesso, às vezes já foi feito alguma droga prévia, por aí, depois regula e remove (PD8:EE).

As equipes avaliam o paciente e transmitem suas observações ao médico regulador, que indica a conduta, via rádio.

Dos 779 atendimentos analisados, em 772 (99,1%), foi descrita no boletim de atendimento a realização da avaliação do usuário na cena. Essa etapa é valorizada pelas equipes porque define o diagnóstico e os cuidados que serão prestados, além de subsidiar as etapas subsequentes do atendimento.

Excetuando-se as condutas de rotina (verificação de sinais vitais, oximetria de pulso e HGT), realizadas para a avaliação do usuário na cena, 121 usuários (15,5%) receberam medicação, 96 (12,3%) oxigenioterapia, em 27 (3,5%) foi realizado acesso venoso, sendo que 14 (1,8%) tiveram hidratação por acesso venoso, 18 (2,3%) fizeram nebulização, 13 (0,8%) receberam RCP avançada e 11 (0,7%) tiveram algum tipo de imobilização. Foram transportados para um Serviço de Saúde, 563 usuários (72,3%), conforme dados da Tabela 13.

Tabela 13 Distribuição das condutas realizadas na cena, pelas equipes de suporte básico e avançado do SAMU de Porto Alegre (RS), nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

Conduta realizada	Respostas		
	N	%	% de casos
apoio USA	2	0,1%	0,3%
acesso venoso	27	1,6%	3,5%
avaliação do paciente	772	46,0%	99,1%
hidratação por acesso	14	0,8%	1,8%
imobilização	11	0,7%	1,4%
medicação	121	7,2%	15,5%
nebulização	18	1,1%	2,3%
orientação	36	2,1%	4,6%
oxigenioterapia	96	5,7%	12,3%
protocolo trombólise	1	0,1%	0,1%
RCP avançada	13	0,8%	1,7%
recusou atendimento	4	0,2%	0,5%
transporte	563	33,5%	72,3%
cânula de Guedel	1	0,1%	0,1%
Total	1679	100,0%	215,5%

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Apesar das vantagens que o serviço oferece à população, que pode acessá-lo da cena, sem necessidade de deslocamento em um primeiro momento, limitações na prestação da assistência foram identificadas. Uma delas diz respeito ao número de procedimentos realizados que é pequeno se comparado ao volume de atendimentos. A outra tem relação com a primeira, se refere à necessidade de transporte do usuário para um serviço de saúde, quando poderia receber cuidados na cena.

Às vezes é difícil, tu entra numa vila, tu não enxerga, fazer um diagnostico ali na hora. Normalmente a gente acaba levando qualquer sinal de gravidade, tu acaba removendo o paciente. Então às vezes tu não fizeste o diagnostico adequado no local, mas tu vais fazer dentro do hospital. Então acho que isso não é o principal. Acho que o principal, o maior desafio é a regulação (PD13:EM).

O problema é que o regulador está avaliando o caso já baseado numa situação que é passada pelo técnico de enfermagem treinado, mas não é o próprio regulador que está lá. E também uma questão é que nas emergências as pessoas, às vezes, precisam ter um tempo de observação,

pra tu liberar pra casa ou não. E ali (no atendimento do SAMU) tu não tens como fazer a observação. Então é muito raro tu conseguir deixar uma pessoa no local. A não ser que seja uma, às vezes acontece, parece convulsão, mas é uma crise de ansiedade que tu consegue acalmar, a pessoa fica. Agora, uma asma noturna, já passa pro patamar de asma grave, quer dizer, crise noturna já é considerada asma moderada a grave. Um paciente convulsionou, tu não sabes se o cara ficou bem ali, se daqui 15 ou 20 minutos ele não convulsiona de novo, volta a ambulância porque ele pode não ter... (PD10:EM).

O transporte aos serviços de urgência pode ser explicado pela limitação do MR, que faz a avaliação do paciente à distância, sob o olhar de um profissional treinado. Embora essa característica faça parte da organização do atendimento é relatada como uma limitação para maior resolutividade, na cena.

Estudo realizado na França evidenciou que existia um limite de correspondência entre o diagnóstico presumido pelo MR e o confirmado no campo, que era de 51,8%. Isso ocorria de forma diferente entre as patologias. A correspondência entre as hipóteses era de 41,5% para os agravos cardiológicos, 66,3% para os neurológicos e de 50% nos respiratórios. Das chamadas reguladas, 14,4% foram avaliadas com gravidade menor do que a encontrada na cena pelas equipes de socorro ⁽¹²⁹⁾. Esse ônus da tomada de decisão é atribuído ao médico, que teme pelo erro.

O baixo percentual de procedimentos foi atribuído à gravidade dos eventos, que na maioria das vezes, não necessita de medicação, oxigênio, acesso venoso ou hidratação, bastando uma avaliação criteriosa e o transporte seguro a uma das portas de urgência para a continuidade do atendimento. A necessidade de observação do paciente por mais tempo, de exames complementares que confirmem o diagnóstico presumido, pelo MR, faz com o paciente seja transportado para um Serviço mais capacitado tecnologicamente que a USB.

Evidencia-se que é preciso qualificar a atenção pré-hospitalar oferecida ao usuário com demandas clínicas para não incorrer no erro de se transformar em um qualificado transportador de pacientes aos Serviços de urgência, com pouca resolutividade, na cena.

Os procedimentos são fundamentados em uma sequência de atitudes organizadas para que a avaliação se proceda e os cuidados possam ser realizados na cena, conforme o que foi mostrado a seguir:

É feita a análise da situação, se é caso clínico... No caso, a situação comporta fazer atendimento naquele local? Se não comporta, tentar se posicionar em um local que se possa prestar um atendimento mínimo adequado para esse sujeito. E é feito conforme a necessidade, da gravidade dele, né? Se é uma insuficiência respiratória, fazer com que haja solução por vias aéreas... Se percebe que é um nível de consciência, se é uma inconsciência, tentar identificar o porquê desse nível de consciência, de repente pode ser um HGT, podem ser muitas causas, né? Já tentando captar o que as pessoas que estão ali... Se ele tem uma patologia prévia... Então isso tudo já vai fazer com que tu vá agilizando o procedimento (PD7:EE).

No local são coletadas as primeiras informações junto à população. Logo em seguida a paciente foi colocada na maca rígida e depois esta maca foi colocada sobre a maca retrátil e levada para dentro da ambulância. Somente aí iniciaram os cuidados. [...] Dentro da ambulância estacionada coletamos as informações com a paciente, como idade, co-morbidades, etc. Ela estava muito sudorética, com náusea, pálida. Fez várias tentativas para vomitar, sem êxito. Segurava o baixo ventre com frequência e gemia angustiada pela náusea. O TE decidiu puncionar uma veia o que fez com muita rapidez. Antes disso o motorista preparou o soro ficando pronto só para conectar ao dispositivo intravenoso. Como da outra vez colocou o oxímetro de pulso e fez o HGT, além de fornecer ao TE todo o material necessário. Somente depois de tudo estar estabilizado o TE se comunicou com o MR para passar o caso. O MR indicou acesso venoso, o que já tinha sido feito, e uso de solução de Ringier Lactato. Depois de tudo pronto decidiram deslocar (PD49:OBS).

Rotinas de atendimento e protocolos do tipo ABCD, de hipoglicemia, escalas de Glasgow e Cincinati são utilizados pelas equipes. A sistematização de condutas os auxilia na abordagem do usuário, assim como nos procedimentos realizados na cena.

Existem protocolos que são seguidos pra cada tipo de atendimento, cada equipe tem uma sistemática de avaliação e de atuação (PD24:ETE).

Tem um protocolo de atendimento que é ABCD. Na verdade a gente diz do trauma, mas é pra todo o paciente. Então é feito uma avaliação inicial pra ver a situação do paciente e depois disso são tomadas as condutas de acordo com a patologia (PD9:EE).

A internista iniciou as massagens e o médico rapidamente entubou o paciente. A enfermeira ficou ventilando, enquanto o médico amarrou o tubo. O TE providenciou o acesso venoso e fiquei (pesquisadora) segurando o frasco de soro, visto que não havia suporte para tal. O médico ficou na cabeceira do paciente e dali controlava todo o atendimento. A cada espaço de tempo usava o desfibrilador, verificando se o paciente estava respondendo. Ele solicitou medicações e depois perguntou para a internista se já era possível identificar pulso femoral. Ela abriu a bermuda do paciente e verificou o pulso. Disse que sim. A partir daí decidiram levá-lo ao hospital. Na ambulância o TE disse a uma das estagiárias que somente uma pessoa poderia acompanhar e que a outra devia voltar no veículo rápido (PD26:OBS).

No APH móvel cada categoria profissional tem uma função específica. Entretanto, os limites das funções e as relações hierárquicas são menos rígidas do que no ambiente hospitalar. Equipes reduzidas com dois ou três profissionais exigem sintonia e parceria para a resolutividade do atendimento.

Chega lá o técnico, ou a enfermeira (na cena). Eu trabalho junto com a enfermeira que olha o paciente e vê os sinais, alguma coisa... Como ele está, né? E sinais são vistos, pressão, HGT, batimentos cardíacos, e vê o que ele está precisando naquele momento, ver se ele está pálido, se ele está... Características que os técnicos sabem definir melhor, se tem que dar medicação... a enfermeira, o técnico ou o médico, né? (PD5:EC)

Existia uma sincronia no trabalho desenvolvido entre o condutor e o TE, em que cada um tinha o seu trabalho definido e as ações eram realizadas sem estresse e divergências. Ex: enquanto o TE verificava os sinais vitais e fazia a anamnese inicial o condutor colocava o oxímetro de pulso no dedo indicador do paciente e verificava o HGT. Na chegada ao hospital, enquanto o TE levava a paciente à sala de clínica, o condutor iniciava a limpeza da ambulância e a organização de todo o material para um próximo atendimento (PD50:OBS).

O entrosamento da equipe ocorre desde o deslocamento da Base. Os profissionais se auxiliam e otimizam as ações. Há um entendimento entre eles que transcende as relações hierárquicas, historicamente encontradas nas organizações de saúde.

Conhecer a pessoa com quem trabalha e saber o que ela vai precisar, essa é a habilidade, de saber o que ela vai precisar e não deixar ela pedir. Fazer uma engrenagem que não uma puxe para traz e outra para frente, mas que as duas puxem para frente (PD1:EC).

É claro que a gente (condutor) pode ajudar a descer da ambulância com vários materiais que acha que vai precisar: medicações, oxigênio, mas tudo a gente age junto (PD5:EC).

Essa sintonia proporciona a realização de ações conjuntas, viabilizando um atendimento rápido e adequado, que traz benefício ao usuário. O trabalho interdisciplinar em uma unidade de urgência possibilita a colaboração e parceria entre aqueles que partilham algo em comum ⁽¹³⁵⁾, neste caso específico, é o cuidado dispensado ao paciente no APH móvel.

Apesar de o condutor não ser um profissional oriundo da Área da Saúde, possui treinamento para apoiar a equipe e suas atribuições ultrapassam aquelas tradicionalmente reservadas ao condutor de veículo. Os condutores desenvolveram

um senso de responsabilidade e respeito pelo seu trabalho e ao dos colegas.

Tem uma coisa que eu acho importante... Eu, como motorista, né? [...] Eu me sinto assim, meio aliviado quando a gente chegou são e salvo na casa do paciente. Chegou na porta... Eu anoto o endereço, pego canetinha aqui no bolso... Eu, para mim é chegar bem onde está o paciente, essa a minha preocupação porque eu sei que a responsabilidade é minha, então naquele momento toda a equipe está dependendo de mim, eu puxo a responsabilidade para mim... Eu tenho que passar bem em cruzamentos, sinal vermelho, aquela coisa toda, eu estou com a responsabilidade, se é no beco C, se é no beco A, se é no beco H2, será que esse bequinho aparece naquele mapinha para eu chegar? Eu me preocupo muito com isso, aí chega lá no paciente, o que a gente fizer lá, a minha parte aliviou, aí o meu pessoal fica mais angustiado, mais afoito, mas aí é com eles, eles têm, também, estudaram para isso, só de olhar já sabem se o paciente está assim ou está assado, de cara tem que botar um sorinho, de cara tem que dar um remédio, aí é mais a preocupação deles, é claro que a gente pode ajudar. A minha preocupação é chegar bem, chegar com a equipe inteira lá na casa do... Isso é um desafio para mim. No caso assim, eu acho que eu como motorista o que eu fizer lá junto com o paciente é lucro, o que eu fizer lá está sendo lucro, a minha preocupação, todo mundo embarca ali, está todo mundo assim, está indo na ambulância ali, depende do motorista ir bem, passar em cruzamento, em sinal vermelho, e chegar bem (PD5:EC).

O apoio imprescindível do condutor foi identificado e descrito em outros estudos^(28,30).

Cabe destacar a atuação dos auxiliares/técnicos de enfermagem que assumem, na maioria dos atendimentos, a linha de frente junto à população, na interlocução e no enfrentamento de situações na rede assistencial. Também se ressalta a autonomia e o senso de responsabilidade pelo atendimento desses profissionais, em parceria com o condutor.

Dentro da ambulância começam os cuidados de rotina: verificação dos sinais vitais, acesso venoso, oximetria, etc. Eles trabalhavam com as portas traseiras do veículo abertas e a família aguardava no lado de fora da ambulância. O TE fez perguntas ao paciente e a esposa respondeu. Ele gentilmente pediu para que somente o paciente respondesse. Ela se calou e os demais familiares comentaram com a esposa que ele devia estar buscando o nível de consciência do paciente. Ao término do cuidado, o TE passou o caso para a CR que decidiu a porta de entrada do paciente. Constatei que eles sempre sabiam para onde levar, mas essa equipe aguardou a decisão do médico regulador. Hierarquicamente era o médico quem decidia, pois a responsabilidade final era sempre dele (PD55:OBS).

Chega ao local, verifica os sinais, a pressão, a PA, daí bota no saturômetro que te dá a frequência cardíaca mais a saturação, faz um HGT, conta a frequência respiratória... E verifica se tem alguma coisa no paciente que está alterada, se é TA, FC, FR. Depois que vê esses sinais todos passa para a Central médica, daí é regulado pela central médica. Passa todo o estado do paciente, todos os sinais e o que está acontecendo com o paciente, via rádio para a Central, e aí o médico orienta o técnico de enfermagem se leva ou se deixa no local (PD1:EC).

As equipes fazem a avaliação primária, tomam iniciativas e passam a executar os cuidados iniciais de suporte básico para, mais tarde, reportar-se ao regulador e fazer a passagem do caso, aguardando a orientação quanto à continuidade do atendimento. Essa prática também foi identificada em outros estudos^(28,30,136).

É possível identificar o trabalho integrado do enfermeiro com os demais membros da equipe, quando presta atendimento na Unidade de suporte avançado. O enfermeiro assume, em conjunto com a equipe, a responsabilidade pela assistência, tomando decisões imediatas, baseadas em conhecimento e rápida avaliação.

Era uma vila feia, casas muito pobres, rua sem asfalto, ao chegar ao local vimos um aglomerado de pessoas em volta de um homem que estava deitado no chão convulsionando, a Brigada Militar estava presente. O enfermeiro foi logo aspirando uma ampola de Diazepan sem a ordem do médico e iniciou a procura de um acesso venoso. Enquanto isso o médico intervencionista ficou observando o saturômetro e o condutor providenciou o hemoglicoteste. O enfermeiro pediu ao condutor que organizasse o material para instalar um soro. O usuário estava saturando a 76%, HGT: 86mg/dl. O médico pediu para o condutor uma máscara com reservatório. Depois de quatro tentativas mal sucedidas de punção venosa em membros superiores, a enfermeira decidiu puncionar a veia jugular que foi acessada na primeira tentativa. O médico pediu para o enfermeiro fazer duas ampolas de glicose hipertônica, depois ele pediu para fazer uma ampola de Plasil. O usuário ficou muito cianótico, o médico chegou a pedir material para entubação, mas a enfermeira insistiu em fazer o Diazepan e disse: Dr. vou fazer meia ampola de Diazepan. O médico pediu para o condutor alcançar a cânula de guedel para a via aérea. Assim que o Diazepan foi administrado o usuário começou a melhorar lentamente, aos poucos foi ficando menos cianótico. A entubação não foi necessária. O médico queria levar o usuário para a UPA1, mas o enfermeiro alertou que lá não tinha neurologista e sugeriu que fosse levado para a sala de pacientes graves no Hospital A. O enfermeiro explicou que essa era a melhor opção porque ninguém tinha certeza do que havia acontecido, o usuário não tinha familiar presente e ninguém que estava no local o conhecia. Quando chegamos ao hospital o médico passou o caso para o colega da sala, depois o enfermeiro fez o boletim na recepção e pegou um boletim em branco para o médico evoluir o caso. Depois ele realizou a desinfecção dos equipamentos utilizados no atendimento e levou a mala de medicamentos para a sala de materiais, fez a reposição dos insumos utilizados, para isso ela pediu para o médico as receitas das medicações e disse que no SAMU a presença do enfermeiro era de extrema importância (PD48:OBS).

Mesmo reconhecendo a autoridade clínica do médico, os enfermeiros desenvolvem seu trabalho com base em conhecimentos científicos e vivência prática, tendo uma forte atuação na assistência. A função gerencial foi aos poucos substituída pela assistencial, na USA. A supervisão das equipes de suporte básico é

feita, à distância, pela Coordenação de enfermagem. Por vezes, na ausência de técnicos de enfermagem nas USB e de médicos na USA, os enfermeiros são solicitados a fazer atendimentos como membros das equipes de suporte básico.

É difícil a gente falar das equipes básicas se a gente não acompanha, a gente tem esse retorno quando o solicitante ou o familiar fazem contato para reclamar ou para agradecer e hoje seria a melhor maneira de ter esse parâmetro. É difícil falar porque a gente não acompanha, eu posso falar pelos meus atendimentos [...] (PD7:EE).

Entre as equipes a gente (USA) vai muito atender, dar suporte pras básicas, o que é tranquilo. Sem estresse (PD8:EE).

Identifiquei (pesquisadora) que as enfermeiras eram um dos membros da equipe de suporte avançado, mas não respondiam pelas equipes de suporte básico, o que, às vezes, era bastante complicado, visto que as equipes ficavam sem supervisão/avaliação do seu trabalho (PD35:OBS).

A atuação do enfermeiro no pré-hospitalar móvel foi destacada na literatura (137-138,28). A enfermeira participa do APH móvel, no Brasil, a partir da década de 90, realizando atividades assistenciais, assim como compondo as equipes de suporte avançado e suprindo deficiências de auxiliares/técnicos nas equipes de suporte básico. Ela também desenvolve atividades administrativas, de organização do trabalho e de supervisão da enfermagem, assim como de capacitação e educação continuada das equipes.

A flexibilização da divisão do trabalho, que convive com as especificidades de cada Área profissional, possibilita a efetiva integração da equipe que só é possível quando os trabalhadores constroem uma integração entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção de cuidado (139).

Após a primeira abordagem dos usuários, na cena, as equipes, se comunicam, pelo rádio, com a Central de regulação, descrevendo a situação do paciente atendido, o que é denominado de Regulação local. Essa relação é de extrema significância e de dupla responsabilidade: de um lado uma equipe relata o que vê e aguarda orientação; de outro, o médico precisa conhecer as habilidades da equipe para realizar prescrição à distância (79).

Por vezes, o relato do caso, pelas equipes, é breve e se dá após as decisões tomadas ou é feito durante o deslocamento ao destino.

A ocorrência se deu em um quarto de hotel no centro da cidade, o usuário estava deitado na cama em um quarto muito pequeno e mal higienizado, cheio de cigarros, moscas e alimentos em fase de putrefação. O usuário

estava muito magro e não conversava, apenas gesticulava e emitia grunhidos. O dono do estabelecimento que solicitou atendimento do SAMU, contou que ele era HIV positivo e que tirava proveito disso pedindo dinheiro na rua. O usuário não queria atendimento, não colaborava com a equipe e ameaçou nos agredir (pesquisadora). O TE conseguiu apenas verificar a saturação (95%) e a frequência cardíaca (130bcm), pois quando o termômetro foi colocado o usuário se rebelou. Mesmo com pouco tempo de contato o termômetro acusou 38 graus. Como o usuário estava agressivo e não aceitou o atendimento apesar do manejo verbal realizado pelo TE, deixamos o quarto do usuário. O TE orientou o dono do estabelecimento que se o usuário piorasse deveria acionar, novamente, o SAMU. Com o veículo em movimento, o TE passou o caso para o MR dando a orientação de que acionassem o SAMU novamente, se necessário. A TE disse que já tinha orientado. Retornamos à Base (PD48:OBS).

A rotinização dos atendimentos ocasionada pela repetição de eventos, aliado ao volume e à experiência de trabalho das equipes justifica a antecipação das condutas na cena e para que as comunicações fiquem mais escassas e empobrecidas. A repetição de condutas e a pequena diversidade de situações novas a serem encontradas são identificadas na fala do enfermeiro quando disse:

Clínico... Olha, mesmo que a gente troque desafio por dificuldade não me vem... É o protocolo normal. [...] pra mim o clínico não exige uma avaliação. Ele é dado pra ti. Raramente tu sais muito daquele script do cardiovascular. Dificilmente tu tens uma quota atípica. Uma urgência clínica, às vezes, tu chegas "ah paciente normal", chega numa hipoglicemia, quase nada. No trauma eu acho que exige que tu mudes, ele exige que tu montes no coisa, maior segurança, ver se ele é letal. Então o trauma sempre tem um componente externo que o clínico não tem. (PD8:EE).

Não há pressa para a saída para o atendimento, mesmo naquelas situações em que as equipes desconhecem o que será atendido. A rapidez e a agilidade necessária ao APH móvel, tempo-resposta, não é sinônimo de correrias ou agitação.

Ah, no momento que nos chamam pelo rádio, que nos passam a ocorrência, nos dão o endereço, imediatamente a equipe já desloca. Às vezes não passam o caso, às vezes, demoram em passar, tem que perguntar o que está acontecendo no local, para saber até como vai ser o deslocamento. Mas geralmente é assim, passa a ocorrência e questões de minutos já se desloca com a ambulância (PD4:EC).

Ao receber o chamado o condutor, que estava na sala-de-estar, me convidou para sair no atendimento. Ele disse: é um atendimento clínico, convulsão em uma farmácia. Saímos sem correrias e descemos as escadas para pegar o veículo. O TE veio logo atrás (PD49:OBS).

Sou avisada por um TE que a USB ia sair. Perguntei qual o motivo do atendimento e ele disse que era síncope. Ao sair encontro um TE que veio ao nosso encontro. Junto conosco desceu, outra dupla, que sairia numa ocorrência de trauma. Fomos para os veículos e aguardamos o condutor que demorou um pouco. Como de costume não houve correria. [...] Na

ambulância o condutor ficou insistindo até o motor acionar. Fiquei (pesquisadora) angustiada e eles pareciam não se incomodar com a demora. Depois de várias tentativas o motor foi acionado... Não sei quantos minutos ficamos ali. Dada a minha ansiedade, pareceu uma eternidade (PD50: OBS)

RO pergunta: 05 na escuta? Eles respondem: Prossiga! A equipe avisa que estão em QAP. RO diz: Mando para a do Navegantes? Ele passa o endereço e a referência para essa equipe. 15 minutos depois essa equipe avisava ao RO que somente naquele momento estavam se deslocando porque o motor da ambulância não acionava. Pedi novamente o endereço e a referência para o atendimento (PD45:OBS).

Verifica-se que a percepção da urgência é diferente para os profissionais da urgência do que a percebida pelos demais profissionais e a população. No SAMU, sabedores do caso desde a saída da Base, aliados a experiência profissional e ao fato da minoria dos eventos serem de gravidade severa, os profissionais parecem agir dentro de um tempo-resposta confiável.

Os profissionais atuam em prol do usuário. Pode-se dizer que são protagonistas de um modo de atenção à saúde, ainda em processo de consolidação, que exige um perfil de atuação capaz de congrega conhecimento e aptidões. O conhecimento específico do pré-hospitalar móvel, aliado ao cotidiano dos atendimentos faz com que as equipes desenvolvam habilidades que lhes tornam aptos ao atendimento de agravos de qualquer natureza, em distintas faixas etárias, em ambientes pouco favoráveis ao trabalho das equipes.

O trabalho realizado pelas equipes da Central de regulação e do socorro requer capacidade de escuta, tolerância, criatividade e integração. O resultado desse trabalho oportuniza o diagnóstico das necessidades de saúde da população, dos serviços pré-hospitalares fixos e de Instituições que acessam o SAMU, também contribui para ações de planejamento e gestão do Sistema de Saúde Municipal.

5.2.3 Regulação das portas de entrada da urgência e a participação dos serviços

A regulação das portas de entrada das urgências é a terceira etapa da organização do atendimento no SAMU e se constitui no maior desafio da Central de regulação e das equipes. Isso pode ser atribuído à superlotação das Unidades de urgência, à falta de leitos hospitalares, à fragilidade das pactuações entre os

gestores e Instituições e a uma visão individualizada das ações de cada Instituição ou Serviço.

É por meio da regulação do Sistema de urgência que o médico regulador faz o enlace com os Serviços, abarcando duas dimensões de competência: a técnica, em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

A gestão dos meios disponíveis e a regulação das portas de entrada são os pontos mais críticos no trabalho de regulação e das equipes.

A gente vai e faz o atendimento. Aí a regulação tenta Hospital E, tenta Hospital D e não tem onde colocar. Então a gente fica rodando com o paciente. Teve uma vez que a gente ficou quase uma manhã inteira com um paciente na ambulância. Chegava até perto do Hospital E... “não, o E não vai aceitar, leva pra o D”. Aí chegando perto do D “não, o D também não vai aceitar”. A gente ficou quase uma manhã... Então é um tremendo desafio. Depois do atendimento... onde colocar (PD2:EC).

Os serviços que se envolvem são as UPAs e os hospitais, as UBS não são portas de entrada, dificilmente aceitam pacientes para estabilização. Elas chamam o SAMU para atender (PD24:ETE).

A dificuldade da recepção do usuário do SAMU é percebida por todos os profissionais, independentemente da categoria que pertencem. Essa experiência é vivida no cotidiano de atendimento, visto que um volume significativo de atendimentos tem tido como porta de entrada um hospital ou UPA.

Embora a PNAU tenha previsto que todos os Serviços de saúde participassem da rede de atendimento às urgências, respondendo à complexidade tecnológica e hierárquica que lhe compete no Sistema, a participação e parceria entre os componentes da atenção ainda não tem ocorrido plenamente na prática.

Embora vinte Hospitais e cinco Unidades de Pronto Atendimento tenham participado como porta de entrada no destino dos usuários atendidos pelo SAMU, as portas hospitalares mais utilizadas foram dois hospitais públicos de grande porte, Hospital A, 123 (15,8%) e B, 120 (15,4%). Esses hospitais, localizados em pontos equidistantes da cidade, apresentaram um percentual semelhante de atendimento das demandas. Juntos absorveram 31,2% da necessidade de porta de entrada do SAMU, conforme evidenciado nos dados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 Distribuição dos destinos dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo os componentes da urgência hospitalar e pré-hospitalar, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		Frequencia	%	% válido	%Acumulado
Válidos	Não houve deslocamento	170	21,8	23,4	23,4
	Hospital A - público	123	15,8	16,9	40,2
	Hospital B - público	120	15,4	16,5	56,7
	UPA 1 – público	82	10,5	11,3	68,0
	UPA 2 – público	37	4,7	5,1	73,1
	Hospital C - universitário	36	4,6	4,9	78,0
	UPA 3 – público	31	4,0	4,3	82,3
	Hospital D - universitário	27	3,5	3,7	86,0
	UPA 4 – público	21	2,7	2,9	88,9
	Hospital E - universitário	16	2,1	2,2	91,1
	Hospital F – Fundação	11	1,4	1,5	92,6
	Hospital G - conveniado	10	1,3	1,4	94,0
	Hospital H - privado	8	1,0	1,1	95,1
	Hospital I - público	6	0,8	0,8	95,9
	Hospital J - privado	5	0,6	0,7	96,6
	Hospital L - público	5	0,6	0,7	97,3
	Hospital M - público	3	0,4	0,4	97,7
	Hospital N - Militar	2	0,3	0,3	97,9
	Hospital O - privado	2	0,3	0,3	98,2
	Hospital P - privado	2	0,3	0,3	98,5
	Hospital Q - privado	2	0,3	0,3	98,8
	Hospital R - conveniado	2	0,3	0,3	99,0
	Hospital S - universitário	2	0,3	0,3	99,3
	Hospital T - público	2	0,3	0,3	99,6
	Hospital U - público	1	0,1	0,1	99,7
	UPA 5 - convênio	1	0,1	0,1	99,9
	UBS	1	0,1	0,1	100,0
	Não registrado	51	6,5		
Total		779	100,0		

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Identifica-se que os hospitais públicos têm um alargamento das portas, apesar de haver diferenças significativas entre eles.

Depois do paciente estabilizado, o acesso aos hospitais, que muitas vezes não se tem, é uma briga, muitas vezes demora até chegar ao hospital porque um hospital não deixou, outro não deixou, porque estava muito lotado. Se não tem para onde levar, aí bota o pé na porta de uma emergência, realmente tem... Bom está todo mundo lotado e é uma emergência clínica, primeiro vê o lugar mais perto [...] zona norte vai para o Hospital B, mesmo estando lotado, coloca o cara lá dentro e se é da zona

sul, em principio vem para o Hospital A ou vai para o Hospital C... Às vezes, quando está muito lotado o C, o B e o A, aí tenta no Hospital D ou no E, onde é mais perto a gente vai. Se for uma PCR e está massageando, ou uma coisa que tem que entrar assim de urgência, o primeiro que aparecer na frente vai (PD12:EM).

Conforme o explicitado, também participaram, com menores percentuais, os hospitais universitários, Hospital C, 36 (4,6%), Hospital D, 27 (3,5%) e Hospital E, 16 (2,1%). Os demais Hospitais públicos, privados, conveniados ao SUS e Militares participaram com quantitativos menores. Essa dificuldade foi explicitada no relato que segue:

O hospital privado vai aceitar porque tem o contato e têm o convênio. E o Hospital B também, muitas vezes, fica a maca retida, dependendo do médico que está na emergência, se está sempre lotado, tanto o Hospital A, quanto o B, mas infelizmente não temos para onde levar, os outros hospitais não aceitam, não adianta querer levar no Hospital O, ou no Hospital V que não tem emergência. Tem que ser o Hospital A, tem que ser o B. Ah, o Hospital C também está recebendo, mas o C sempre tem que ter contato e tem que ser paciente dele, diferente do A, diferente do B. No C o paciente tem que ter um vínculo, tem que ter as últimas consultas, e de preferência ter o nome do médico que acompanha, lá. E geralmente a nossa maca fica sempre retida, porque eles dizem que o C está sempre lotado, eles dizem que a maca vai ficar retida (PD21:ETE).

Apesar o volume de serviços que se apresentam para o atendimento, a disponibilidade de vagas é limitada, sendo que a maior dificuldade da Central de regulação, após o atendimento, na cena, pelas equipes de socorro, é garantir ao paciente a melhor resposta, no local mais adequado.

Nem sempre as portas de entrada aceitam os pacientes, por exemplo, um cardiopata, uma dor no peito, tu vêes que é uma pré-cordialgia evidente que é característico de infarto, nem sempre a gente consegue levar para o hospital especializado ou pra algum hospital de referência. Até, às vezes, a gente acaba levando pra outros hospitais que a gente sabe que nem é tão adequado porque não tem, a demanda é muito grande. Então, mas sempre que possível é feito da melhor forma para o usuário (PD9:EE).

Quando é muito grave, tu levas no mais perto, depois que estabiliza, aí leva pra um lugar de mais complexidade. Então eles reclamam disso, mas tu tens que levar, é urgência, entendeu? Tu não podes... ah eu estou aqui do lado dela e vou levar lá pro Hospital A porque lá é complexo. Mas não é bem assim. Tem que levar aonde tem o médico mais perto. Até que o médico venha, ele vai demorar então tu vais ao mais perto. E eles, reclamam... [...] O SAMU na realidade não é bem aceito. Não é muito bem aceito...(PD23:ETE).

A avaliação e o correto encaminhamento das vítimas para os serviços mais adequados para seu atendimento é um importante aspecto do APH móvel⁽¹⁴⁰⁾.

Identifica-se que a concepção de que o paciente deva ser assistido o mais breve possível, que o tempo-resposta de atendimento seja compatível com o perfil de morbimortalidade do caso, se torna insuficiente se o paciente aguardar, na ambulância, por tempo indeterminado pela disponibilidade de vaga em um serviço de urgência. Além disso, ainda existe a (in)compatibilidade da vocação dos serviços à morbidade da demanda.

Estudo que avaliou os determinantes de sobrevivência em vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo SAMU de São Paulo evidenciou que a simples chegada ao hospital não é o mesmo que chegar ao atendimento definitivo. É preciso chegar ao hospital mais adequado à necessidade do paciente ⁽¹⁴¹⁾.

Em algumas situações o atendimento iniciado na fase pré-hospitalar fica interrompido quando o paciente é deixado na Unidade de urgência sem que o serviço se responsabilize pelo paciente deixado sob seus cuidados. Isso pode ser identificado em uma unidade de urgência hospitalar conveniada.

Quando saímos da casa da paciente tivemos que aguardar a definição do destino. Depois de esperarmos um tempo pela orientação, o TE se comunicou com MR pedindo coordenadas. Recebemos a informação de que o destino era o Hospital E, o local já havia sido comunicado. Ao chegarmos ao hospital fomos até a recepção e recebemos a informação de que a paciente deveria entrar e aguardar sentada por uma consulta e que o familiar deveria fazer o boletim de atendimento. Acompanhamos a paciente até uma cadeira e junto com muitos pacientes ela aguardou o atendimento. O TE ainda tentou passar o caso para o recepcionista e para o guichê de informações. Ninguém recebeu o caso. Despedimo-nos da paciente e do familiar e saímos do local. Na saída a enfermeira afirmou que ficava apreensiva em deixar a paciente sem passar o caso e disse: de que adianta fazer um bom pré-hospitalar se na acolhida não faz diferença quem traz a paciente. O TE concordou e disse: isso é o Hospital E, não difere em nada do SUS (PD31:OBS28).

Para que um cuidado responsável se efetive é necessário haver equipes disponíveis, profissionais instrumentalizados e qualificados, disponibilidade de instalações e equipamentos, além de intersecções comuns, na perspectiva de redes de cuidados.

Também foi possível identificar importante participação das Unidades de Pronto Atendimento no atendimento das urgências trazidas pelo SAMU, destacando a UPA1, como o serviço que mais recebeu usuários, 82 (10,5%). Individualmente, essa unidade atendeu mais que o dobro de usuários que as outras UPAs e absorveu um volume de demandas superior aos hospitais, excluindo-se os Hospitais A e B. Este aspecto pode ser evidenciado conforme o relato a seguir.

A UPA1 aceita os moradores de rua que tem tuberculose, HIV, pneumonia, a UPA1 ajuda muito a gente, temos levado bastante para lá, tem uma área que tem isolamento, o cara realmente precisa, a UPA1 ajuda muito. [...] O que acaba não caindo no Hospital B cai no Hospital C, o que não cai no C cai na UPA1, é por aí (PD1:EC).

A UPA2 e a UPA3 tiveram percentuais semelhantes entre elas, 32 (4,7%) e 31 (4%), respectivamente. A UPA4 recebeu 21 (2,7%) e a UPA5, 1 (0,1%). A participação na recepção dos pacientes do SAMU pelas UPAs foi avaliada pelos profissionais da seguinte forma:

As UPAs a gente tem uma grande dificuldade de que eles recebam os pacientes que o SAMU leva. A UPA3 é um que recebe muito porque é único, não tem pra onde levar. Então acaba recebendo até muita coisa que eu acho que é de gravidade maior do que eles deveriam estar recebendo, mas eles recebem. A gente tem muita dificuldade com a UPA2. Eles não recebem nada, é difícil, é complicado. Cada vez que tu mandas, mesmo que seja coisa simples, eles nos negam, dizem que está cheio. A UPA1 é razoável, a UPA4, também. O principal é assim: quem recebe tudo é a UPA3, a que não quer receber nada é a UPA2 (PD13:EM).

A UPA4 é a que tem menor capacitação para ser um pronto atendimento. [...] Digamos que das três: UPA4, UPA2 e UPA1, a UPA1 toda vida! Agora, a UPA3, apesar de ter uma estrutura pequena, tem material, equipamento, equipe absolutamente capacitada, porque cá entre nós o que já pegamos de problemas na UPA4, tu não tem ideia.[...] (PD8:EE).

O volume diferenciado de atendimento entre as UPAs pode indicar a disparidade de condições de infraestrutura entre elas, localização geográfica versus volume de demandas na Região, dificuldade/facilidade na recepção de usuários, o que, por vezes, influencia a decisão do médico regulador na utilização de determinada porta, em detrimento de outra.

A participação dos Serviços está bastante condicionada à organização do Sistema de Saúde, que estabelece as pactuações entre os gestores e as Instituições, na relação entre Municípios vizinhos, ao financiamento das ações e dos Serviços, à vocação institucional e à disponibilidade da oferta em consonância com as demandas da população.

A dificuldade na gestão dos recursos disponíveis tem como gargalo a superlotação das Unidades de urgência que extrapola a capacidade de atendimento desses serviços.

A gente tem um caso na rua, o paciente precisa ser atendido em uma sala de emergência e o que a gente encontra são as salas de emergência lotadas, os médicos não aceitam o paciente. Isso é particularmente difícil quando o paciente que não tem nenhum vínculo com o hospital. Então é uma coisa bem difícil, a gente, às vezes, tem que... já aconteceu de ter discussões por isso, mas acho que é a parte mais complicada da regulação é a relação com as portas de emergência (PD11:EM)

[...] o médico da emergência, eu imagino “Eu estou com a emergência lotada, o SAMU tem que levar para outro lugar.” Normalmente a gente liga para uma penca de hospitais e é sempre negativo. Bom, aí vai ligando e tentando e, muitas vezes, gera esse atrito do SAMU com as emergências, o que é mais comum (PD16:ETARM).

A dificuldade na recepção gera conflitos entre os profissionais que necessitam impor sua autoridade para obter a vaga para atendimento.

O que limita na verdade são as vagas pro atendimento nos hospitais, porque o pessoal se tem vaga nunca vai deixar de ajudar um paciente do SAMU. O problema é que na maioria das vezes não tem, por quê? O que acontece? A periferia de Porto Alegre e o interior não têm atendimento quase que é o sistema único, e aí a ambulância-terapia acaba abarrotando as emergências e acaba represando tudo, porque eu acho, na minha opinião, Porto Alegre teria condição de atender os seus habitantes. [...] Porque o médico tem que liberar a ambulância pra atender outros, só que também o médico do hospital ou da emergência não pode atender mais pessoas do que ele tem condição. Então, às vezes, existem situações de conflito (PD10:EM).

As Unidades de urgência têm problemas na liberação dos leitos da urgência, assim como na transferência de pacientes entre os hospitais. A dificuldade para obter leitos de internação dentro do hospital e fora dele, prolonga o tempo de permanência do paciente na sala de observação da Unidade de emergência, podendo se estender por vários turnos ou dias. A Unidade que deveria ser transitória, onde o paciente permaneceria um curto período de tempo, passa a funcionar como uma Unidade de internação ⁽¹⁰⁾, sem que leitos sejam liberados para a recepção de novos pacientes, dentre eles os do SAMU.

Pediatras de um hospital de urgência de Belo Horizonte referem que nem tentam transferir crianças da sua Unidade, mesmo se o hospital estiver lotado, porque sabem que os outros hospitais não aceitam casos mais complexos ou que demandam um maior tempo de internação ⁽¹²⁾.

Essas considerações remetem ao papel da regulação das urgências que é operacionalizada por meio das Centrais de regulação. As necessidades de urgência são pontos de pressão por respostas rápidas e, para tanto, as Centrais devem ser capazes de receber as demandas e direcionar os pacientes aos Serviços mais

adequados para a continuidade do atendimento, mas a dificuldade na recepção dos usuários do SAMU é uma realidade que já foi constatada ^(30; 66).

Em muitas situações, são os vínculos pessoais entre os profissionais do SAMU e dos serviços de urgência que se sobrepõem aos acordos Institucionais. Estudo realizado com as equipes de suporte básico em Porto Alegre evidenciou que as portas da urgência não se abrem apenas pelo nome de quem fez o contato com o Serviço; ela se abre, também, pelo manejo e a negociação das equipes, com seus colegas, na entrada do paciente. O contato sistemático nas portas da urgência oportuniza o conhecimento dos hábitos dos profissionais, das equipes mais acolhedoras, dos mais resistentes, os dias dos plantões, tecendo uma rede amistosa que torna a recepção do SAMU, mais favorável ⁽³⁰⁾.

O mesmo foi evidenciado em cinco capitais brasileiras no Rio de Janeiro, quando para driblar as dificuldades na recepção dos pacientes, profissionais evitavam trocar plantões, assim mantinham as referências dos recursos disponíveis, obtidas pelos contatos pessoais no cotidiano de trabalho ⁽⁶⁶⁾.

Identifica-se que os Serviços de saúde, de forma geral, realizam um trabalho solitário e de isolamento, já que desconsideram as dificuldades dos outros Serviços que se traduzem, muitas vezes, na não aceitação do usuário. Por vezes, não há maleabilidade no tratamento dispensado às normas e sim um apego à missão individual de cada Serviço. À medida que as portas de urgência convivem com a rotina da superlotação, maiores são as dificuldades para o recebimento de usuários.

Sendo assim, a recepção dos usuários do SAMU nas portas de urgência está associada à ideia de que o Serviço contribui para a sobrecarga das Unidades que, muitas vezes, estão superlotadas, o que já foi descrito por outros autores no APH móvel ^(30,66,126). Sabedores das dificuldades de cada serviço, os profissionais utilizam estratégias para uma melhor aceitação do paciente.

O TE pediu ao MR que fizesse contato com o Hospital C, por telefone, dizendo “Liga para lá e avisa que estamos indo, você sabe como eles são” (PD46:OBS).

O médico disse para a equipe de suporte básico que a melhor referência era a UPA2. A equipe avisa ao regulador que o usuário já tinha sido atendido no Hospital B. O médico disse que o Hospital B estava superlotado. Sugeriu que a melhor indicação era a UPA2. A equipe aceitou e me disse: invariavelmente somos mal tratados nessa UPA. [...] Como estávamos muito perto do local chegamos rápido. Um vigilante abriu os portões que estavam chaveados. Na chegada o condutor me disse: vamos lá só para tu veres como vai ser a recepção. Fomos recebidos pela enfermeira. Ela foi enfática, cordial, mas nada afetiva. Perguntou do que se tratava e foi levando o

paciente para uma sala com poltronas cômodas. O TE foi passando o caso para a enfermeira e ela disse: e o familiar? Quem vai fazer o boletim? O Sr. já é nosso cliente aqui, né? Eu já lhe conheço. O paciente disse: sim eu já vim aqui umas 3 vezes. Ela iniciou a verificação de sinais vitais. O TE chamou a atenção para a dor no pescoço do paciente porque tentou tocar no local e ele deu um salto na cadeira. Ela disse: isso não parece só ter dormido de mau jeito. O condutor falou: é só um mau jeito e nada mais. Enquanto estávamos ali apareceu outra enfermeira e disse: o que vocês já estão fazendo aqui! Já estão trazendo trabalho pra nós? Eles disfarçam e conversam amigavelmente. Quando saímos da UPA o condutor falou: só porque a gente falou que era ruim hoje não foi... mas a Senhora viu como a outra enfermeira nos recebeu. Sempre tem uma charadinha (PD33:OBS).

Para driblar a dificuldade na recepção de usuários os médicos reguladores exercem sua função de autoridade médica e reguladora da rede de urgência, forçando a entrada do paciente ao Serviço, por entender que necessita de avaliação, conforto e segurança.

No registro descrito pela TARM havia confusão mental, também não conseguia respirar. No local, paciente informou que era HIV +, procedente de Santa Catarina. Veio para internar no Hospital B. HGT 138mg/dl, TA 130x70 mmHg, FR 23mrm, FC 140bcm, Glasgow 14. Paciente encontrava-se sentado em cadeira, emagrecido, tentou internação no Hospital B, pela manhã, não conseguiu passar pela triagem, retornou ao domicílio. Tentava entrar no Sistema pela porta do SAMU. Regulador baseando-se na FC de 140 bcm decidiu enviar para a sala amarela do Hospital B. MR pediu ao TARM ligação para o hospital. Disse-me que seria caso para pronto atendimento, mas como não havia nessa Região, essas demandas acabavam sobrecarregando o Hospital B. Ao falar com profissional da sala amarela, contou o caso. O médico do hospital questionou a necessidade da avaliação. O MR reforçou o argumento para a avaliação hospitalar com base na frequência de 140 bcm e Glasgow de 14. O MR perguntou ao colega se ele deixaria em casa? Reforçou que o paciente já tinha ido pela manhã e insistiu que deveria ser reavaliado. O médico do Hospital aceitou o paciente e ela comunicou à equipe o destino (PD39:OBS).

A dificuldade na recepção de pacientes do SAMU e a supremacia de apenas dois hospitais como porta de entrada, indica dificuldades na competência política e de gestão dos meios na Central de regulação, com participação limitada das Instituições e dos Serviços. As relações interpessoais sustentam os movimentos e esforços empenhados pelos profissionais para garantir a recepção dos pacientes, influenciando, de forma decisiva, o modo como são recebidos nos Serviços.

Em Porto Alegre, mais do que os acordos Institucionais, a popular “ação entre amigos” parece ser a tônica da organização do trabalho, uma estratégia para prestar o cuidado com um mínimo de tranquilidade ⁽³⁰⁾. Os vínculos estabelecidos pelos

profissionais no cotidiano do trabalho têm sido o grande facilitador na recepção dos pacientes nos serviços, situação também constatada no Rio de Janeiro ⁽⁶⁶⁾.

Na tabela 15, foram agrupados os destinos dos usuários atendidos pelas equipes do SAMU, conforme os componentes da urgência, hospitalar e pré-hospitalar fixa.

Tabela 15 Distribuição dos destinos (agrupados) de usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), segundo os componentes da urgência hospitalar e pré-hospitalar, nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

	Frequência	%	% Válido	% Acumulado
Hospital	385	49,4	49,7	49,7
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	172	22,1	22,2	71,9
Não houve deslocamento	170	21,8	21,9	93,8
Não registrado	51	6,5	6,1	99,9
Unidade Básica de Saúde	1	0,1	0,1	100,0
Total	779	100,0	100,0	

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

Nela é possível identificar que excetuando a falta de registros dos destinos de pacientes atendidos, 51 (6,5), dos que não foram removidos para Serviços de saúde 170 (21,8), e daqueles que foram transportados para uma UPA, 172 (22,1%), 385 usuários (49,4%) tiveram como destino um Serviço de hospitalar de urgência. A seguir são exemplificadas algumas dessas situações:

Feminina, 58 anos, cardiopata prévia, dor retroesternal com sudorese, palidez. Ministrou por conta própria Captopril sublingual, não sabia quem era o profissional que lhe atendia no Hospital C. Na avaliação TA 220x110 mmHg. Após medicação TA 170x100 mmHg, FC 92 bcm, FR 22mrm, Saturação O2 95%, Glasgow 15. Agravo: Cardio/angina. Conduta avaliação e transporte. Gravidade indeterminada. Destino Hospital C (BA, 24/11/08).

Masculino, 44 anos, o chamado foi realizado pela Brigada Militar, foi encontrado caído, respiração fraca, com hipersalivação na boca, pela descrição foi presumido que seria convulsão, em via pública. Encaminhada uma USB. No local encontrado paciente em PCR, ninguém sabia informar o que havia acontecido com a vítima. Iniciada manobras de ressuscitação básica e solicitado apoio de VR. Transportado por equipe de suporte avançada para unidade de pacientes graves. Agravo: Cardio/PCR. Conduta RCP avançada. Gravidade severa. Destino Hospital A (BA, 05/12/08). No mesmo dia foi transferido para UTI coronariana, por uma USA. Diagnóstico: Infarto Agudo do Miocárdio. Conduta transporte medicalizado. Gravidade severa. Destino Hospital E (BA, 05/12/08).

Masculino, 48 anos, teve síncope, seguida de hiperemia de todo o tegumento. Um pouco antes tinha comido um cachorro-quente. Recebeu Soro Fisiológico 0,9%, por acesso venoso e Hidrocortisona 1g, endovenosa. TA 70x40 mmHg, FC 72 bpm, Saturação O2 91%, HGT 153 mg/dl, Glasgow 15. Agravo: Metabólica/outros. Conduta avaliação, acesso venoso, medicação e transporte. Gravidade média. Destino Hospital B (BA, 09/10/08).

As situações em que não houve deslocamento do usuário para um serviço de saúde, foi porque houve melhora ou estabilização do quadro de saúde da pessoa atendida, descaracterização da situação de urgência, negativa do usuário para o deslocamento, além dos casos de morte.

Feminina, 54 anos, diabética insulínica. Hipoglicemia dentro de um restaurante. Presença de sudorese e desorientação. Não estava conseguindo ingerir líquidos adoçados. No local estava sendo atendida por uma médica. TA 140x90 mmHg, HGT 72 mg/dl, Saturação O2 100%, Glasgow 15. Recebeu glicose hipertônica endovenosa com melhora dos sintomas. HGT 95mg/dl. Foi orientada para alimentação e ficou com a filha no local. Agravo: Metabólica/Hipoglicemia. Conduta: avaliação, medicação e orientação. Gravidade: Pequena (BA, 08/10/08).

Solicitante avisou que tem uma pessoa passando mal, com crise convulsiva, mas ela não sabe informar a história da pessoa. Foi enviada uma USV ao domicílio. No local foi encontrado paciente, pós-hemodiálise, tinha apresentado episódio de síncope. Não queria ser removido para um Serviço de Saúde. O MR orientou que após a diálise podia ter apresentado hipotensão, orientou cuidados e ficou no local (PD43:OBS).

Feminina, 63 anos, solicitação de socorro para suspeita de PCR havia 5 minutos. Foi enviada USV. No local o médico avaliou a paciente e constatou o óbito. O paciente ficou no local. Agravo: Cardio/PCR. Gravidade Morte (BA, 15/10/08).

Em 51 atendimentos (6,5%), não foi registrado, no sistema de informações da Central de regulação, o destino do deslocamento. Em 1 atendimento (0,1%) foi utilizada Unidade Básica de Saúde, o que é insignificante se comparada à totalidade dos deslocamentos feitos pelo SAMU.

A unidade básica não tem esse objetivo de atender os pacientes até chegar uma ambulância, eles ficam até meio preocupados. Eles não estão treinados pra esse... (PD10:EM).

Muitas vezes, as Unidades Básicas de Saúde da rede municipal chamam o SAMU para atendimento, seja por falta de técnico habilitado no local, seja por situação clínica urgente neste local, desde crise convulsiva, passando por crise hipertensiva, dores no peito, dispnéias, até paradas cardíacas. Os pronto-atendimentos da rede solicitam transferências para hospitais dos casos de maior complexidade. E a rede hospitalar e em menor número, os pronto atendimentos recebem, com ou sem contato prévio, os resgates feitos nos domicílios, estabelecimentos comerciais e via pública (PD15:EM).

Os Serviços de urgência participam como porta de entrada de pacientes, independentemente, da gravidade dos eventos que lhes chegam. A relação entre o destino dos usuários e a gravidade é mostrada a seguir:

Tabela 16 Distribuição dos destinos (agrupados) segundo a gravidade (comprovada) dos usuários atendidos pelo SAMU de Porto Alegre (RS), nos meses Outubro, Novembro e Dezembro de 2008

		Gravidade comprovada													
		média		pequena		severa		morte		indeterminada		llesa		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Destino (agrupado)	Hospital	250	64,9	103	26,8	21	5,5	3	,8	8	2,1	0	,0	385	100,0
	UPA	108	62,8	55	32,0	2	1,2	0	,0	7	4,1	0	,0	172	100,0
	Fica no local	31	18,2	105	61,8	1	,6	24	14,1	2	1,2	7	4,1	170	100,0
	Não registrado	16	34,0	21	44,7	5	10,6	2	4,3	1	2,1	2	4,3	47	100,0
	UBS	0	,0	1	100,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	100,0
	Total	405	52,3	285	36,8	29	3,7	29	3,7	18	2,3	9	1,2	775	100,0

Fonte: pesquisa direta, elaboração da autora, Porto Alegre (RS), 2009

O teste qui-quadrado não pode ser usado em função das frequências esperadas menores do que 5 em 50% das células da tabela.

A maioria das situações em que usuários foram transportados para hospitais era de gravidade média, 250 (64,9%). As de gravidade pequena corresponderam a 103 usuários (26,8%) e as classificadas na gravidade severa, 21 (5,5%). Para UPA foram transportados 108 usuários (62,8%), com gravidade média, 55 (32%), com gravidade pequena e 2 (1,2%), com gravidade severa.

Isso significa que os eventos classificados com gravidade média tiveram percentuais semelhantes e foram transportados, tanto para hospitais, quanto para UPA. Os de gravidade severa são em menor número do que os demais eventos e foram levados prioritariamente aos hospitais, pelo SAMU.

Esta constatação é reforçada por outros estudos em que foi identificado que para as Unidades hospitalares eram trazidos, tanto os casos severos, quanto aqueles de menor gravidade ^(32,91,7).

Apenas 15,2% dos agravos que motivaram demandas infantis a uma unidade de urgência requeriam potencial tecnológico condizente com a capacidade

assistencial da unidade utilizada⁽⁷⁾. No SAMU a pequena complexidade de alguns casos sugere que esses pacientes necessitam de cuidados ambulatoriais, mas demandam o SAMU como uma das alternativas de acesso ao Sistema de Saúde. São casos com pequena gravidade, nos quais o trabalho do pré-hospitalar móvel resume-se a realizar o transporte para consulta em Serviço de Saúde⁽³⁰⁾.

Em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi identificado que os casos urgentes totalizaram 38,1%, seguidos pelos graves, 4,7% e os severos, 0,3%. Por outro lado, os casos classificados como sendo de pequena gravidade totalizaram 56,1%, os não urgentes, foram pouco expressivos, 0,8%⁽¹⁴²⁾.

Em Istambul, na Turquia, 56% da demanda aos serviços de urgência eram por situações avaliadas pelos profissionais da triagem, como não-urgentes⁽²¹⁾.

Dentre os casos que não necessitaram deslocamento para um serviço de saúde, 105 apresentavam gravidade pequena, (61,8%) e 31 gravidade média, (18,2%). Dependente da situação atendida, em que o quadro de saúde é estável, sem necessidade de investigação ou que pode haver resolutividade na cena, as equipes do SAMU são capazes de atender o usuário, sem que haja necessidade de deslocamento, conforme os casos que seguem:

Masculino, 56 anos, torporoso, respiração ruidosa, sem deficiência motora. TA 150x90 mmHg, FC 75 bcm, FR 22mrm, HGT 23mg/dl, Saturação O2 98%, Glasgow 9. Após aplicação de 40 ml de glicose hipertônica endovenosa, HGT 172mg/dl. Fica no local com orientações. Agravo: Metabólica/Hipoglicemia. Conduta avaliação, medicação e orientação. Gravidade média (BA, 20/11/08).

Masculino, epilético em uso descontínuo de anticonvulsivante. Foi encontrado convulsionando. Na avaliação estava lúcido, coerente e orientado. Não quis acompanhar a equipe para atendimento em um serviço de saúde. TA 130x80 mmHg, FC 112 bcm, FR 24mrm, Saturação O2 97%. Ficou no local após avaliação acompanhado dos familiares. Agravo: Neuro/convulsão. Gravidade: Pequena (BA, 10/12/08).

O fato de ter diagnóstico claro e resolução rápida, utilizar pouco tempo da equipe na cena, faz com que as situações de hipoglicemia tenham resolutividade durante o atendimento prestado pelas equipes.

Quando são questionados aspectos relativos à existência de protocolo semelhante ao da hipoglicemia, que está definido e sedimentado entre as equipes e a Central de regulação, a justificativa dada pelos médicos reguladores é de que não há tempo hábil para abordagem de outros agravos, como, por exemplo, para o alívio da dor. Acreditam que as equipes ficariam muito tempo no local, até que haja

resolução da situação, conforme o que se pode constatar nas falas a seguir:

Tu vai ficar muito tempo com uma básica no local pra fazer Ventilatil, aí tu fazes mais... uma cólica renal. É uma situação que o paciente tem uma dor importante. Só que tu vai fazer antiinflamatório, vai fazer um Buscopam, às vezes vai fazer Morfina. E daí tu olha o tempo que levou pra fazer tudo isso, 30, 40 minutos, uma hora. E a gente não tem equipe suficiente pra fazer isso. E mesmo, às vezes, quando tem equipe, o diagnostico pode ser exatamente aquele. Às vezes é uma dor abdominal por outra coisa que simula uma cólica renal, e aí? Eu até entendo. Fazer um Buscopam não ia matar ninguém. Porque ali nós teríamos alguém ligando todo o dia querendo morfina em casa. E eu vou dizer "hoje eu mandei, amanhã eu não mando"? Não é esse o foco do SAMU. [...] Então toda aquela vez que o paciente tiver dor tu vai... Cria o vínculo do paciente com o serviço. E a gente não pode fazer isso [...] Ela não precisaria ir pro hospital, sentar numa cadeirinha, esperar, enfrentar fila, voltar pra casa. Eu até, se tivesse condições, realmente diminuiria bastante o numero de... Mas a experiência que eu tenho em outro serviço é que aquilo se repete sempre. Não é hoje. Todos os dias têm. Eu acho que realmente isso pra nós é praticamente impossível o foco do SAMU é risco de vida. E a gente sabe que sai bastante fora disso, mas acho que aí, também já não dá. (PD13:EM)

O TE me disse (pesquisadora): Eu acho que poderia medicalizar mais. Mas o que eles (MR) alegam? Eles alegam que o cliente vai chamar hoje pra uma dor, amanhã chama de novo, por causa do medicamento. Aí vai ser uma consulta. Eles alegam isso. Eu acho que se tu conversas bem, o cliente, ele não vai chamar todo dia. Que aí tu vai encher mais as emergências só pra medicar? Outro dia, tem uma cliente aqui na Região Leste, ela tem 53 anos, tem neoplasia de útero. Ela é cliente nossa. Ela nos chama pra ser medicada: morfina. Então eu já sei, ela é minha cliente. Nossa cliente... [...] Outro dia... um médico: "ah, não. Medica ela lá no hospital". Ah, coitada, não tem condições, sabe? Tu vê a condição dela, social... péssima! [...] Ela adora nós. Meu Deus, nós somos, assim, o anjo da guarda dela. Outro dia nós demoramos pra chegar porque tivemos outra ocorrência. Quando chegamos lá, os vizinhos tinham levado ela lá pro Hospital B. Eu cheguei ao hospital e ela estava numa cadeira de rodas, ficou o tempo todo pra ser atendida, com aquela dor de câncer que é brava. Pesado... e tem médico olha..., se tem dor leva pro posto que lá vão medicar ela pra dor (PD23:OBS).

Além do tempo gasto na cena, a maior preocupação é com a manutenção do vínculo do usuário com as equipes, o que aumentaria as demandas existentes, dificultando ainda mais a regulação dos chamados. Sem que haja uma porta de saída pactuada entre o pré-hospitalar móvel e os demais Serviços, esse impasse permanecerá, visto que a capacidade de atendimento é finita e inúmeras são as necessidades de atendimento da população. O atendimento pontual no pré-hospitalar móvel não tem sido suficiente para colocar o usuário no Sistema, nas situações que necessitem de cuidados continuados. O usuário entra e sai do Sistema, sem conseguir o vínculo necessário.

O alívio do sofrimento não é critério consensual na tomada de decisão sobre os casos que devem “passar” para atendimento. Esse critério parece pesar mais às categorias profissionais que ficam “cara a cara” (grifo do autor) com a demanda ⁽¹⁰⁹⁾, que no SAMU correspondem aos profissionais das equipes de suporte básico.

Verifica-se que as equipes por estarem mais próximas do contexto vivido pelo usuário/família se solidarizam mais facilmente com o sofrimento do outro. Isso não significa que se responsabilizem pelo atendimento iniciado no pré-hospitalar. A responsabilidade pela continuidade do atendimento tem sido do usuário e de sua família e não dos profissionais e dos serviços.

O fluxo dos eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados se inicia com o reconhecimento de uma necessidade de saúde pelo usuário, seguido do seu desejo de obter cuidados, procura, entrada nos serviços e continuidade dos cuidados. No âmbito da acessibilidade está o desejo, a procura e a entrada nos serviços (fatores predisponentes de uso). Os fatores que determinam a continuidade dos cuidados permanecem fora do domínio da acessibilidade, estão mais associados à oferta do que aos indivíduos (domínio da continuidade) ⁽¹⁴³⁾.

Para os que não tiveram registrados os destinos no Sistema de informações, na sua maioria, eram de média e pequena gravidade, respectivamente 21 (44,7%) e 16 (34%).

Feminina, 35 anos, diagnóstico presumido crise convulsiva. No local estava inconsciente, com sinais e sintomas compatíveis com hipoglicemia. HGT 27mg/dl. Recebeu medicação e foi realizado acesso venoso. Agravo: Metabólica/Hipoglicemia. Conduta: avaliação, acesso, medicação. Gravidade Média. O destino não registrado (BA, 08/10/08).

Feminina, 30 anos, epilética que suspendeu a Carbapazepina, teve crise convulsiva. No local foi encontrada em boas condições. Negou comorbidades. Recebeu 1 ampola de Gardenal, intramuscular e foi encaminhada para consulta na Unidade de saúde. TA 120 x 70 mmHg, FC 108 bcm, HGT 115 mg/dl, Saturação O2 99%, Agravo: Neuro/Convulsão. Conduta: avaliação, medicação. Gravidade Pequena. O destino não registrado (BA, 04/12/08). Provavelmente ficou no local.

Não foram identificados os motivos pelos quais os registros dos destinos não foram feitos no sistema de informações, mas essa ausência prejudicou a avaliação.

No Brasil, o SUS prevê acesso universal e equânime a todo cidadão, com integração de atividades e de Serviços por regiões, sejam estatais, privados contratados ou conveniados. O setor privado participa desse sistema de modo complementar, por meio de convênios e contratos com o setor público.

A mudança da legislação com o advento do SUS fez com que a participação do Sistema público no financiamento de atendimentos e internações aumentasse significativamente, em todos os segmentos no País, havendo uma desaceleração do gasto privado direto ⁽¹⁴⁴⁾. Apesar disso, o acesso da população aos Serviços de saúde ainda é bastante desigual, seja pelas diferentes formas de financiamento do SUS ou pela restrita oferta de serviços no Sistema público que não cobre todas as demandas de atendimento. Isso faz com que o acesso também seja determinado pela condição socioeconômica da população, as classes sociais mais favorecidas têm mais acesso, seja pelo gasto direto ou pela aquisição de convênios.

Embora tenha havido uma expansão relativa dos leitos públicos, a rede hospitalar ainda é um dos maiores problemas do SUS, sendo que é significativa a superioridade da disponibilidade dos leitos privados, se comparados aos públicos. Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados ⁽¹⁴⁵⁾. A característica híbrida do Sistema de Saúde brasileiro impede que o setor público tenha, na rede privada, a garantia da prestação de Serviços públicos, tendo os pacientes, algumas vezes, que recorrer ao Ministério Público para a obtenção da vaga.

Esse legado traz a necessidade de regulação governamental mais forte para fazer valer o interesse público, de forma a garantir o acesso universal. As limitações para atingir esses objetivos têm sido inúmeras e incluem dificuldades operacionais do Sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe altos custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos. Ainda não se têm construído, no âmbito do setor Saúde ou mesmo na sociedade, propostas consistentes no sentido de uma transição para uma regulamentação sob a lógica do interesse público. Faz-se necessária uma macrorregulação que defina a forma de inserção do setor privado no Sistema de Saúde, o esforço regulatório dos governantes tem sido voltado para o cotidiano das operações do SUS ⁽¹⁴⁵⁾.

Sendo assim, aumentar as ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes Serviços, ampliaria o horizonte de

atuação do Sistema, tornando-o mais resolutivo, além de permitir um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pela rede, com possibilidades de correções ⁽¹²⁶⁾.

A regulação das portas de entrada da urgência resume todo o esforço de melhor assistir o paciente que demanda o SAMU. Desta forma, a relação com os Serviços de saúde é condição necessária para prestar-lhe um atendimento adequado, precoce, no menor intervalo de tempo, de forma a obter a continuidade do acesso iniciado no pré-hospitalar móvel.

O SAMU, pelo enlace que é capaz de fazer entre as Centrais reguladoras e os Serviços que compõem essa rede, é uma ferramenta de organização e de planejamento do Sistema. Por meio das demandas que lhe chegam, é possível evidenciar as demandas de saúde da população, o perfil epidemiológico, os vazios de Serviços e as pactuações necessárias ao funcionamento mais equânime do Sistema, servindo de observatório e de regulador da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de saúde brasileiro de atenção às urgências vem apresentando avanços nos últimos anos em relação à definição de conceitos, à organização do sistema em rede e à incorporação de novas tecnologias. Um dos aspectos importantes conceitualmente é o que define que a população acometida por agravos agudos deverá ser acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde. Isso significa que, tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento dos pacientes, de acordo com a complexidade dos serviços.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel são um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, suas Centrais de regulação de urgência são ferramentas importantes para ordenação dos fluxos, de inclusão e garantia de acesso universal e equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza. Tendo esse pressuposto buscou-se responder a questão de pesquisa desta investigação: Como a organização do atendimento do SAMU define a sua utilização e regula o acesso de usuários com demandas clínicas aos cuidados no Sistema Municipal de Saúde?

A trajetória percorrida nesta investigação permitiu analisar as características da utilização do SAMU por usuários com demandas clínicas, assim como a regulação do acesso aos cuidados e ao Sistema Municipal de Saúde, proporcionado pela organização do atendimento neste serviço.

A utilização de mais de uma estratégia de coleta de dados propiciou uma interação dos dados empíricos, obtendo-se uma visão múltipla do objeto de estudo, o que possibilitou analisar a organização do atendimento, aprofundar as situações de atendimento por tipo de agravo e o acesso aos cuidados e ao Sistema de Saúde Municipal. Acompanhar o cotidiano das equipes na Central de regulação e no socorro possibilitou a identificação das demandas e dos motivos pelos quais os usuários buscavam atendimento no SAMU, como se dava o acesso aos cuidados, a negociação das portas de entrada e a recepção nos serviços que fazem parte do Sistema Municipal de Saúde. Os dados quantitativos oportunizaram caracterizar a clientela, estabelecer tipologia de agravos, tempo-resposta, percentuais de cuidados prestados na cena, utilização das equipes de socorro distribuídas na Cidade e da participação dos serviços de saúde no atendimento ao usuário.

Os principais resultados e contribuições desta investigação permitiram as seguintes conclusões e considerações:

A maioria das demandas clínicas ao SAMU foi feita pela população, por meio do número telefônico 192, com o objetivo responder às necessidades de saúde percebidas como urgentes.

A faixa etária 41 - 60 anos foi a que concentrou maior frequência de atendimentos, indicando uma população economicamente ativa atingida por agravos clínicos que necessitam de cuidados de pronta atenção.

O percentual de atendimentos aumentou concomitantemente com a idade em anos, diminuindo nas faixas etárias de 0 - 20 anos e de idosos acima de 80 anos.

Entretanto, a gravidade das demandas foi maior nas crianças de 0 - 6 anos do que nas de 7 -14 anos e nos adolescentes de 15 -20 anos, assim como para os maiores de 80 anos. Esse achado confirma os resultados da literatura em que nos extremos de idade existem maior fragilidade e vulnerabilidade dos indivíduos, com isso, também, é maior a utilização de Serviços de saúde, dentre eles o de urgência pré-hospitalar móvel.

Embora não tenha sido estatisticamente significativa, proporcionalmente, os homens utilizaram mais o SAMU do que as mulheres, assim como tiveram mais eventos de gravidade severa e morte do que elas. Isso pode indicar maior vulnerabilidade dos homens do que das mulheres e possível preferência aos cuidados de pronto atendimento em detrimento dos continuados, aspectos que precisam ser mais investigados.

Dentre as demandas clínico-biológicas atendidas, os agravos neurológicos, cardiológicos, respiratórios e metabólicos foram os mais prevalentes, seguidos dos episódios de síncope. A maioria dos agravos está associada à exacerbação de sinais e sintomas, episódios agudos, compatíveis com condição ou doença de longa duração. Dentre eles, destacam-se: convulsões, hipoglicemia, angina, asma, AVC, crise hipertensiva, acamado/sequelado, neoplasias, AIDS, entre outros.

A mudança na pirâmide populacional brasileira, com diminuição das doenças agudas e infecciosas e aumento das condições crônicas, acarretou mudanças no perfil do atendimento da população. O aumento de adultos e idosos exige dos profissionais maior sensibilidade e atenção às condições crônicas e suas consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Essa situação, apesar de

crescente, ainda não foi devidamente enfrentada pela sociedade, pelos profissionais e Instituições.

As situações agudas se constituem nos agravos de aparecimento súbito, em que o usuário nega doença ou condição crônica associada ao agravo pelo qual é atendido. Dentre elas foram encontrados os episódios de síncope, digestivos, infecciosos, tonturas, desmaios e intoxicações exógenas.

Usuários demandam o SAMU nas situações em que o Serviço agiliza o atendimento, dando suporte qualificado ao paciente. O contato do solicitante/usuário com um profissional de saúde, na Central de regulação ou na cena, possibilita uma interação que propicia o compartilhamento de responsabilidades frente ao desconhecimento do que pode e/ou deve ser feito nas situações percebidas como urgentes, além de conforto e segurança. Nas situações em que há desestabilização da condição vital, a intervenção do SAMU antecipa cuidados, estabelece diagnóstico precoce e remove o paciente para uma porta da urgência de forma ágil e segura.

As demandas atendidas foram 52,2% por gravidade média e 36,8% pequena. Em ambas as situações os usuários necessitaram de avaliação de profissionais, sem que existisse risco de vida ou perda de funções, sendo que na gravidade média, o fator tempo para uma avaliação acurada é menor. As de gravidade severa corresponderam a 3,7% dos atendimentos, são as demandas de prioridade absoluta em que há risco de morte imediata e/ou perda funcional grave.

Embora não tenha sido um registro usual no sistema de informações da Central de regulação, a investigação da existência de vínculo com um profissional e/ou Serviço de Saúde, presença de comorbidade e de tratamentos é sempre investigada pelas equipes de atendimento, pois as respostas desse questionamento orientam as condutas subsequentes pela Central de regulação. Dos registros afirmativos, 52,2% dos usuários possuíam presença de comorbidade, 44,3% faziam algum tratamento de saúde e 16,8% tinham procurado, anteriormente, um serviço de saúde para a demanda pela qual solicitaram atendimento do SAMU, o que corrobora a maior prevalência de condições crônicas dentre os atendidos. A falta de registros nas fichas de atendimento impossibilitou a avaliação da totalidade das demandas atendidas.

Além das demandas clínico-biológicas, as solicitações também foram motivadas por questões de falta de dinheiro, abandono, necessidade de transporte, insegurança do solicitante ao prestar o atendimento, aspectos relacionados à

organização da atenção às urgências, assim como por aqueles que dizem respeito ao conforto, comodidade e necessidade de uma informação.

O usuário/solicitante demanda o SAMU para responder a suas necessidades, sejam sociais ou de saúde, mesmo naquelas situações em que a demanda não corresponde aos critérios de prioridade estabelecidos pela Central de regulação.

Há entendimentos diferenciados entre os profissionais sobre os critérios de pertinência das demandas quando fogem dos aspectos disciplinares estabelecidos pelos serviços de urgência, sendo que nas situações em que não foi possível correlacionar a queixa às definições clássicas, nem sempre foi considerada pertinente pela Central de regulação. É o médico regulador quem define o acesso aos cuidados no SAMU, sua decisão sobre a pertinência da solicitação é condicionada aos critérios da urgência clínico-biológica.

Foi constatada a necessidade da população de um transporte para deslocamento dos doentes acamados/sequelados aos Serviços de saúde e Instituições, assim como para avaliação de quadros agudos sem gravidade. Essa solicitação é feita quando se esgota os recursos próprios ou da comunidade. O SAMU é acionado na tentativa de obter êxito.

Nessas situações, a pertinência da demanda é influenciada pela condição social do usuário, à contextualização da situação, e à subjetividade do médico regulador que decide pelo envio do recurso. Sabedores de que nem sempre a solicitação é compatível com os critérios da urgência, os médicos reguladores, por vezes, aceitam a demanda por reconhecerem como legítima a necessidade do transporte e da carência de recursos das famílias.

Entretanto, algumas vezes, a procura pelo transporte e a negativa das solicitações vai prolongando o tempo de espera no domicílio, o que piora o estado de saúde do doente, tornando-se efetivamente uma urgência.

A mudança de paradigma do cuidado institucional para o domicílio tem devolvido, cada vez mais precocemente, doentes crônicos com dependência, aos cuidados da família. Essa decisão além de racionalizar recursos, oferecer mais conforto e segurança ao doente do que se estivesse no hospital, acarreta aos cuidadores o peso do cuidado sem que haja apoio formal adequado para tal condição. Sem o apoio institucional, são obrigados a criar estratégias de enfrentamento com o apoio da própria família, vizinhos e comunidade. O SAMU

serve como um aliado no enfrentamento dessas situações, quando não são conseguidas pela organização informal.

Apesar da dificuldade de incluir demandas sociais no rol dos atendimentos, constata-se que a finalidade de “salvar vidas”, vai se ampliando para além das alterações clínico-biológicas e emocionais do usuário, incorporando também uma finalidade social. Os profissionais pressionados pelas demandas adequam a sua prática e o seu discurso a uma nova realidade que cotidianamente bate à sua porta.

Também foram identificadas solicitações que diziam respeito à compaixão, solidariedade e à pressão social, nas situações em que o solicitante se apieda das condições de miserabilidade e abandono da população de rua. O entendimento de que não há Instituição preparada para receber pessoas desabrigadas faz com que o SAMU ocupe um espaço vazio na organização desse atendimento, respondendo afirmativamente às demandas.

Questões relativas ao abandono e ao rechaço social também foram identificadas. A presença de pessoa alcoolizada ou em situação de rua, na porta de residências ou estabelecimentos comerciais, é vista como indesejável para muitos moradores ou comerciantes. Verificou-se que o álcool é visto como um fator social negativo pelos profissionais e por isso há rechaço maior, tanto para a oferta de serviços quanto para a prestação do cuidado, tendo hierarquia inferior no socorro.

Existe indefinição de quem deve atender esse tipo de demanda, se o SAMU ou a Brigada Militar. Na ausência de serviço específico, o SAMU tem sido pressionado para realizar os atendimentos. Ambos, Brigada Militar e SAMU, consideram as situações como não condizentes à finalidade de seus serviços. Apesar disso, essa agenda parece não mobilizar profissionais e gestores para a discussão de uma política pública capaz de agregar ações, na qual diferentes Instituições estão inseridas.

Características do usuário, das patologias, do contexto social e da acessibilidade aos recursos do Sistema de Saúde foram identificadas neste estudo.

O acesso para o atendimento de uma queixa aguda, na atenção básica e na especializada é dificultado pela forma como é organizada a assistência. A atuação dessas Unidades estabelece pouca ou nenhuma flexibilidade para as demandas que fogem do seu cardápio de oferta, sendo assim nem sempre há disponibilidade de um profissional para o atendimento das necessidades de pronta atenção, fazendo com que a Unidade de urgência seja vista como uma alternativa.

Sendo assim, há dificuldade por parte das Unidades em assumir a responsabilidade por seus pacientes, de forma que ficam sem apoio nas situações agudas de baixa densidade tecnológica, que é vista como não sendo da sua competência e arsenal tecnológico.

O SAMU é acionado como um recurso de acesso e resolutividade, tanto pelos cuidados que é capaz de prestar na cena, quanto por transportar o paciente às portas dos serviços de urgência.

Existe uma indefinição de responsabilidades e competências para o atendimento de usuários em situação aguda na atenção básica, Especializada e o apoio complementar do SAMU. Com base na pouca estrutura e capacidade tecnológica, os profissionais julgam que atender os casos agudos não faz parte do seu rol de competências, por sua vez os profissionais do SAMU também acreditam que elas não estão preparadas para atendimento qualificado de situações urgentes, por isso, desviam os pacientes dessa porta de entrada. Essa concepção dos profissionais também reforça junto à população que o local mais adequado para o atendimento das urgências é uma Unidade de pronto atendimento ou hospital.

O fenômeno da excessiva procura de usuários pelas Unidades de emergência com demandas não urgentes/indevidas, que sob seu ponto de vista, poderiam ser atendidas pelas Unidades de menor densidade tecnológica carece de investigação aprofundada. As Unidades de atenção básicas têm sido apontadas como as vilãs da superlotação, haja vista a pequena participação na resolução de demandas urgentes. Entretanto, cabe questionar o tipo de demandas que são aptas a atender.

O volume de demandas ao SAMU advindas dos Serviços e Instituições (APH primário) é pequeno, se comparado ao percentual recebido da população, 95,3%. Também se identificou que há diferença nos recursos tecnológicos disponíveis para atuação em situações de urgência, sendo que os princípios da PNAU não estão assegurados a todas as Unidades Municipais.

Com base nisso e por acreditarem que são poucos os profissionais da atenção básica e especializada que sabem manejar as situações de urgência, a Central de regulação, apesar de acreditar que as Unidades não esgotaram todas as possibilidades de atendimento ao usuário quando acionam o SAMU, envia uma equipe de socorro. Com isso crêem que estão diminuindo o agravamento dos casos e conflitos entre colegas. A alternativa para isso é melhorar a comunicação e

diminuir as lacunas existentes entre os serviços, seja pela instrumentalização dos profissionais e serviços com recursos tecnológicos e/ou pela educação em serviço.

A organização da atenção às urgências influencia a utilização dos Serviços de saúde, assim como regula o acesso e a continuidade dos cuidados dos usuários nos diferentes serviços. O atendimento prestado tem sido pensado/realizado de forma isolada pelas Instituições e Serviços, tendo um fim em si mesmo, trazendo prejuízo àqueles usuários que se beneficiariam de um cuidado continuado e sistematizado.

A organização do atendimento no SAMU de Porto Alegre foi analisada, tendo como base conceitual o acesso e a utilização dos serviços. A organização de um serviço possibilita ou obstrui o acesso de usuários aos cuidados de saúde. Essa abertura permite a sua utilização, viabilizando a entrada de usuários na rede de serviços, sendo que são os profissionais que o conduzem pelo Sistema de Saúde.

É por meio da Central de regulação médica de urgências que é feita a recepção das demandas ao SAMU, que são avaliadas pelo critério de prioridade, gravidade e proximidade às equipes de suporte básico e/ou avançado.

É a partir dessa etapa da organização do atendimento é que se define o acesso aos cuidados no pré-hospitalar móvel, seja para o usuário receber orientação de condutas, prestar informação sobre os Serviços de saúde, para atendimento pelas equipes de suporte básico e avançado e/ou remoção para um Serviço de Saúde.

A Central é a porta de entrada do Serviço, por ela entram todos os pedidos de socorro. A qualificada recepção dos chamados agiliza o atendimento e dá uma resposta à população que busca ajuda. É por meio da interlocução com o usuário/solicitante que o médico regulador reúne informações para definir a pertinência das demandas, assim como constrói um cenário imaginário da cena, o que será confirmado pelas equipes de socorro, se houver a necessidade de atendimento. Nas demandas consideradas não pertinentes, os médicos reguladores podem prestar informações ao telefone, orientar cuidados, indicar Serviços de saúde ou descartar a possibilidade de acesso ao Sistema de saúde, pela via do pré-hospitalar móvel. Neste último, há uma desresponsabilização pelo usuário que é orientado a buscar serviços por conta própria, sem o apoio do Sistema.

A orientação ao telefone e o atendimento prestado em domicílio pelas equipes, em algumas situações evita a utilização de serviços de urgência. Para isso,

o SAMU é uma possibilidade de cuidado e de interface com diferentes Serviços de saúde, de forma a antecipar diagnósticos, prestar cuidados e localizar o melhor recurso para as situações consideradas urgentes.

Aspectos relacionados ao conforto e à comodidade do usuário, que recebe o atendimento, na cena, também fazem parte da escolha pelo atendimento móvel. A presteza na regulação médica associada às habilidades das equipes de atendimento proporciona ao usuário atendimento rápido e qualificado, sem que o usuário tenha necessidade de deslocamento. As respostas efetivas às solicitações garantem ao serviço a credibilidade e a confiabilidade necessárias ao seu funcionamento.

Os profissionais corroboram a ideia de que o usuário aciona espontaneamente os serviços e que escolhe aquele que melhor se adapta a sua necessidade, seja em busca do cuidado em si ou pela facilidade de acesso a um serviço de maior densidade tecnológica. O entendimento de que as Unidades de urgência são os recursos tecnológicos mais bem preparados para o atendimento de toda e qualquer urgência é fenômeno social, que se expressa por um conjunto de práticas sociais estruturadas ao longo do tempo e no cotidiano da busca de Serviços de saúde.

Apesar de ser atribuído ao usuário o peso da decisão equivocada ao buscar um serviço de urgência para uma demanda considerada, pelos profissionais da saúde, como não urgente, esta decisão também foi compartilhada pelos profissionais quando frente a um caso que necessitasse de avaliação. Os médicos reguladores indicam aos usuários os serviços de urgência, quando consideram as demandas não pertinentes ao SAMU. Na concepção de profissionais e usuários, as Unidades tradicionais de urgência são mais resolutivas para atendimento de casos agudos, do que as Unidades de atenção básica e especializada, tanto na sua organização quanto qualificação.

As demandas são motivadas por situações que nem sempre condizem com os critérios técnicos da urgência pré-hospitalar móvel, mas que demonstram a necessidade sentida pelos usuários em obter uma avaliação ou informação de um profissional de saúde. Sendo assim, a percepção da urgência não está restrita ao médico; é uma construção contextual em que há vários envolvimento, não só do doente, mas de todo o contexto no qual ele se insere, assim como questões referentes à organização da atenção à saúde.

Sendo o médico regulador quem define o acesso aos cuidados no Sistema de Saúde e a percepção da urgência uma construção social, foi identificado que o acesso de fato (acesso realizado) aos cuidados das equipes de socorro é condicionado aos critérios individuais dos médicos reguladores. Esses profissionais assumem a responsabilidade pela conduta adotada na regulação, com pouca discussão e compartilhamento de decisões.

Isso possibilita que, apesar dos protocolos e normatizações, situações semelhantes tenham condutas distintas, dependendo do profissional que esteja no comando, assim como pelos recursos disponíveis no momento da tomada de decisão. A forma como é feita a abordagem do solicitante, a formulação dos questionamentos, a escuta e a tomada de decisão é diferente entre os membros da regulação. A comunicação e a experiência acumulada pelos profissionais são ferramentas potentes de trabalho no SAMU, dando capacidades diferenciadas aos profissionais para compreender o mesmo problema e estabelecer a pertinência das demandas.

Existe um conflito entre o tempo para o médico regulador agir e o tempo de o usuário/solicitante compreender o que está sendo perguntado ao telefone. O médico necessita dar conta de administrar variáveis que podem interferir na qualidade do atendimento e o usuário de assimilar todas as questões demandadas pelo regulador. Apesar disso, as dificuldades de interlocução do médico com o solicitante/usuário, são atribuídas ao solicitante e justificadas pela sua falta de conhecimento e de informação, nestes casos o médico regulador fica protegido pela forma como está organizado o atendimento.

O acesso realizado se concretiza quando as equipes de socorro vão ao encontro do usuário, neste momento ele entra formalmente no Sistema de Saúde. O trabalho desses profissionais é coadjuvante ao do MR, exigindo integração para que o atendimento se concretize com sucesso, com benefício do usuário.

As equipes estão distribuídas nas Bases, de modo a melhorar tempo-resposta dos atendimentos e fazer cobertura de todo o território da Cidade. As equipes de suporte básico realizaram 91,3% dos atendimentos e as de suporte avançado 7,6%, o que corrobora que o número de situações de severa gravidade é menor dentre as demandas recebidas pela Central de regulação.

O tempo-resposta mínimo de atendimento foi de 16 minutos e o máximo de 196 minutos (3h26min), com média de 64,76 minutos (dp 26,22). Em 80,5% dos atendimentos o tempo-resposta foi de 30 a 89 (1h29min).

As Bases que tiveram maior percentual de atendimentos foram na Região: Centro-sul, 10,9%, Centro, com duas equipes, 20%, Norte, 10,3%, Leste, 10,3% e Sul, 9,6%. No suporte avançado a Base que teve o maior percentual de atendimento foi Região Norte, 3,4%.

Na relação da gravidade dos eventos e o tempo-resposta às solicitações evidenciou-se que quanto maior a gravidade do evento, maior é a média de tempo dispensado ao atendimento, o que é justificado pelos cuidados que são realizados na cena e a regulação da melhor resposta adaptada à situação.

As equipes de socorro entram em ação a partir da indicação da Central de regulação que indica o caso e o local da ocorrência. Na cena fazem abordagem inicial do usuário e a avaliação das condições do doente. Essa avaliação permite que o médico confirme o diagnóstico presumido estabelecido na interlocução com o usuário/solicitante, defina os cuidados na cena e subsidie as etapas subsequentes ao atendimento das equipes.

Dos procedimentos realizados pelas equipes na cena, 15,5% foi para administração de medicamento, 12,3% de oxigênio, 3,5% acesso venoso, 1,8% hidratação por acesso venoso, 2,3% nebulização, 0,8% RCP avançada e 0,7% algum tipo de imobilização.

Foram transportados para um Serviço de Saúde, 72,3% dos usuários atendidos, 21,8% não precisaram de atendimento em um serviço, 6,5% não foi registrado o destino no boletim do sistema de informação da Central de regulação e 0,1%, foi levado para UBS.

Excetuando a falta de registros dos destinos de pacientes atendidos, dos que não foram removidos para Serviços de saúde e daqueles que foram transportados para uma UPA, 49,4% tiveram como destino um serviço hospitalar de urgência, além do que as unidades básicas de saúde tiveram participação insignificante.

Para as Unidades hospitalares eram levados, tanto os casos graves, quanto os pacientes com demandas menos urgentes. A relação entre a gravidade dos eventos e o destino dos usuários mostrou que a maioria dos usuários atendidos nos hospitais e nas UPAs eram de gravidade média, 64,9% e 62,8%, respectivamente. Ficaram no local do evento aqueles considerados de gravidade pequena, 61,8%.

Levando-se em consideração que a maioria dos atendimentos é de média e pequena gravidade, que foram atendidos pelas equipes de suporte básico, com baixa medicalização, isso nos dá indícios de que existem limitações na prestação da assistência no SAMU. Isso reduz a sua capacidade de ação e resolutividade na cena, transformando-se, algumas vezes, em um qualificado transportador de pacientes aos serviços de urgência. A necessidade de utilização de um serviço que complemente ações de baixa complexidade iniciadas no pré-hospitalar móvel faz com que se pense se o SAMU contribui para a superlotação das unidades de urgência, com casos que poderiam ser manejados pelas equipes de socorro utilizando protocolos assistenciais.

O fato de oferecer avaliação e cuidados na cena, aliada ao transporte que faz aos serviços de urgência, propicia à população uma nova modalidade de atendimento, capaz de responder às suas solicitações, independentemente da gravidade da situação, o que garante ao serviço a credibilidade e a confiabilidade necessárias ao seu funcionamento.

Com um volume de atendimentos que necessitam continuidade em um serviço hierarquicamente superior ao pré-hospitalar móvel, a Central de regulação é desafiada a garantir acesso do paciente a uma porta de entrada que seja adaptada à melhor resposta.

Vinte Hospitais participaram dos destinos dos usuários atendidos pelo SAMU, sendo que dois hospitais públicos, Hospital A, 15,8% e B, 15,4% suportaram um percentual significativo das demandas. Esses hospitais responderam por um terço da possibilidade de portas de entrada da urgência. As Unidades de pronto atendimento participaram com 20% dos atendimentos, os demais hospitais tiveram participação bastante reduzida. Destaca-se, também, a participação da UPA1, como sendo o serviço que mais recebeu usuários 10,5%. Individualmente, absorveu um volume de demandas superior aos hospitais, excluindo-se os Hospitais A e B.

Entre as Unidades de pronto atendimento foi identificado diferenças no volume de atendimentos, o que indica disparidade de condições de infraestrutura entre elas, fazendo com que o médico regulador utilize em menor grau determinada porta, por considerar condições insuficientes de atendimento ou de recebimento de demandas.

A participação dos serviços está bastante condicionada à forma de organização do Sistema de Saúde, que estabelece pactuações entre os gestores e

as Instituições, ao financiamento das ações e dos Serviços, à vocação institucional e à disponibilidade da oferta em consonância com as demandas da população, aliada à superlotação das Unidades de urgência.

Verifica-se que os Serviços realizam um trabalho solitário e de isolamento, desconsiderando as dificuldades uns dos outros, que se traduz na não aceitação do usuário. Por vezes, não há maleabilidade no tratamento dispensado às normas e sim um apego à missão individual de cada Serviço. À medida que as portas de urgência convivem com a rotina da superlotação, maiores são as dificuldades para o recebimento de usuários e para o comprometimento/responsabilidade com a continuidade do atendimento iniciado na urgência.

Essas considerações remetem ao papel da regulação das urgências que é operacionalizada por meio das Centrais de regulação. As necessidades de urgência são pontos de pressão por respostas rápidas, sendo que as Centrais deveriam ser capazes de receber as demandas, fazer a identificação das possibilidades de acesso no Sistema de Saúde e direcionar os pacientes aos Serviços mais adequados para a continuidade do atendimento. É por meio da regulação do Sistema de urgência que o médico regulador faz o enlace com os Serviços de saúde, abarcando as dimensões de competência técnica e gestora dos meios disponíveis.

A participação e parceria dos componentes da urgência são decisivas para a resolutividade dos atendimentos iniciados no APH móvel. Para isso, faz-se necessário que existam instalações, equipamentos e equipes de saúde disponíveis, e que os usuários e os profissionais tenham os meios e os conhecimentos necessários para chegar aos serviços e fazer uso deles.

Constata-se que há fragilidade nas pactuações nos diferentes componentes da urgência, também há indefinição da vocação e da responsabilidade de cada serviço, o que resulta no (des)comprometimento enquanto rede de atenção, com sobrecarga daqueles com maior acessibilidade.

Apesar do incremento da participação do sistema público nos atendimentos ambulatoriais e nas internações, o acesso da população aos Serviços de saúde ainda é bastante desigual, causado pela restrita oferta de serviços que não cobre todas as demandas de atendimento. Isso faz com que o acesso ao atendimento seja determinado pela condição socioeconômica da população.

Existe a necessidade de regulação governamental mais forte que faça valer o

interesse público, garantindo acesso a todos que necessitem cuidados. Ampliar a responsabilidade das ações de saúde, com responsabilização dos diversos profissionais e gestores dos diferentes serviços, amplia o horizonte de atuação do Sistema, tornando-o mais resolutivo, além de permitir um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pela rede, com possibilidades de correções.

O trabalho realizado pela Central de regulação e pelas equipes de socorro requer capacidade de escuta, tolerância, criatividade e integração. O resultado desse trabalho oportuniza o diagnóstico das demandas de saúde da população, da capacidade de atendimento das equipes de socorro, dos serviços e das Instituições. O potencial do SAMU como observatório do Sistema contribui para ações de planejamento e gestão do Sistema de Saúde Municipal, também pode garantir os direitos humanos e sociais de todo cidadão, gerando agendas políticas necessárias para o aperfeiçoamento das relações no SUS.

A organização da assistência no SAMU influencia a sua utilização pelos usuários, assim como regula o acesso da população aos cuidados de urgência. O usuário aciona o SAMU para responder as suas necessidades, mesmo naquelas situações em que a demanda não corresponda aos critérios de prioridade da urgência. Por sua vez, os profissionais, mesmo crendo que as demandas não são pertinentes encaminham usuários às portas das emergências ou pronto atendimentos que, também, respondem de forma afirmativa a muitas dessas demandas, o que reforça na população que são os serviços mais preparados para o atendimento.

Apesar das dificuldades para o atendimento dessas situações que não oferecem risco à vida, mas que requerem uma atenção de um profissional da saúde, os serviços de urgência vão recebendo demandas sem ter para onde encaminhar. Não existe uma porta de saída estabelecida entre os serviços de urgência e a rede básica e especializada. O que existe é um fluxo de encaminhamentos entre os serviços, sem que seja garantido atendimento ao usuário em um curto espaço de tempo. Falta articulação entre os níveis de atenção e comprometimento/responsabilização dos profissionais e das Instituições com o sofrimento dos usuários.

Conclui-se que o usuário na presença de uma condição sentida como urgente e que não obtenha acesso a outros recursos por meios próprios, opta pelos serviços do SAMU, na tentativa de obter uma intervenção ágil e qualificada. Porém, esse

acesso nem sempre garante a entrada formal no Sistema de Saúde, nem a continuidade da assistência, visto que são os profissionais, com base na oferta de recursos, experiências e contatos pessoais, que o conduzem pelo Sistema.

O SAMU, apesar das limitações na atenção oferecida à população, é um recurso público que tem feito diferença nos perfis de morbimortalidade da população assistida, conseguindo oferecer respostas positivas às demandas por informação, atendimento e transporte para um serviço de saúde.

Estudos que avaliem a continuidade dos atendimentos oferecidos aos pacientes que receberam cuidados do SAMU carecem de investigação, visto que a simples utilização de um serviço não garante tratamento e atendimento de qualidade, resultando muitas vezes no retorno às unidades por falta de complementaridade das ações.

Aponta-se a necessidade de se ampliarem discussões e aproximarem Instituições e serviços para que sejam criados novos fluxos de atendimento à população que necessita de cuidados de pronto atendimento. Entende-se que o SAMU é capaz de integrar ações e serviços, formando uma rede de cuidados. Essas articulações permitiriam novas relações técnicas e sociais na lógica do trabalho em rede.

REFERÊNCIAS

1. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Lat-amer de Enferm* 2007; 15 (1):13-9.
2. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):27-34.
3. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1487-94.
4. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):12-7.
5. Dall'agnol CM, Lima MADS, Ramos DD. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Rev Eletrônica Enferm* 2009; 11(3): 674-80.
6. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14(5):1929-38.
7. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras, AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto-socorro. *J Pediatr* 2005; 81:251-8.
8. Santos DL. Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no Município de Camaquã, RS: contribuições ao estudo dos determinantes sociais em saúde. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
9. Truman CD, Reutter L. Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. *Can J Public Health*. 2002; 93(1):41-6.
10. Garlet ER, Lima MADS, Guedes JL, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(2):266-72.

11. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Prac* 2002; 19:207-10.
12. Melo EMC, Assunção AA, Ferreira RA. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(12):3000-10.
13. Valencia- Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas N, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata I. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Rev Salud Pública* 2007; 9(4):529-40.
14. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R. Demandas de urgencias clínicas: Algunas variables de interés. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):321-28.
15. Hayden SR, Jouriles NJ, Rosen P. Requiem for “non-urgent” patients in the emergency department. *J Emerg Med* 2010; 38(3):381-3.
16. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation’s emergency departments: Complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35(1):63-8.
17. Barrier G. Les appels d’urgence au SAMU. *C.R. Acad. Sci. Paris, Sciences de la vie* 2001; 324 :663-6.
18. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux, P. Les patients “non urgents” se présentant dans les services d’urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative? *Revue d’Epidemiologie et de Santé Publique* 2009 ; 57(1):3-9.
19. Peiró S, Garcia-Sempere A. El papel de los sistemas de clasificación en la financiación de las urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 124-129.
20. Pasarín, MI, *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit* 2006; 20(2):91-100.
21. Kalemoglu M, Keskin O, Demirbas S, Özisik T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1085-89.
22. Koziol-Maclain, *et al.* Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs* 2000; 26(6):554-63.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.
24. Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 2004.
25. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol 2008;11(4):530-40.
26. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul Enferm 2006; 9(3):279-83.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Indicadores de Mortalidade e de Morbidade. Brasília(DF) [internet] 2005 e 2006 [citado 2007 jun 4] Disponível em:<http://www.datasus.gov.br/idb>.
28. Pereira WAP, Lima MADS. A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. Ciênc Cuidado Saúde 2006; 5(2):127-34.
29. Abreu KP. Situações de urgência visão dos usuários do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre. [Trabalho de Conclusão de Curso] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
30. Ciconet RM. Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
31. Santos, JLG. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
32. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. Rev Lat-amer de Enferm 2009 julho-agosto; 17(4):535-40.
33. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Ciênc Saúde Colet 2004; 20(Supl 2):190- 8.

34. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4):975- 86.
35. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA. (Organizadores) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco; 2001, p. 113-26.
36. Mendoza-sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):819-32.
37. Mendoza-sassi R, Béria JU. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2006; 37(3):372-78.
38. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre, GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4):911- 26.
39. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(4):360-69.
40. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4):743-56.
41. Almeida Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(4):1011-22.
42. Mendoza-sassi R, Béria JU, Barros AJD. Fatores associados à utilização de services ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):372-8.
43. Mishima SM, Pereira FH, Silvia Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. *Rev Latino-Am Enferm* 2010; 18(3):436-44.
44. Castro MSM, Travassos L, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):277-84.
45. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. No prelo,

2007.

46. Castro MSM, Travassos L, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4):795-811.
47. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TS, Chaves EF, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(2):181-8.
48. Novaes HMD, Braga PE, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciênc Saúde Colet* 2006;11(4):1023-26.
49. Sanches CG, Pierin AMG, Mion-JR. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc de Enferm USP* 2004; 38(1):90-8.
50. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa saúde da Família do município de Francisco Morato. *Cad de Saúde Pública* 2006; 22(2):377-85.
51. Degani VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
52. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
53. Roese A. Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS. [Dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
54. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá. *Ciênc Cuidado e Saúde* 2002;1(1):129-34.
55. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
56. Giglio-jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

57. Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. *Rev Bras de Enferm* 2003; 56(1):12-7.
58. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission Nationale de restructuration des urgences. Paris, França. 1993.
59. Schull MJ. Rising utilization of US emergency department: maybe it is time to stop blaming the patients. *Ann Emerg Med* 2005; 45(1): 134.
60. Cavalcanti MLT, Deslandes SF, Minayo MCS. Análise da implementação do atendimento hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF. (Organizadores) Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 139-157.
61. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRBSF, Krempel M, *et al.* Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(supl):1279-90.
62. O'dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(5):1637-48.
63. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl 2):331-6.
64. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Med* 2003; 36:498-515.
65. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7):1439-54.
66. Deslandes SF, Minayo MCS, Oliveira AF. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF. (Organizadores) Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 139-157.
67. Silva JG, Vieira LES, Pordeus AMJ, Souza ERS, Gonçalves, MLC. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4):591-603.

68. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1877-86.
69. Begley Cecily M. Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *J Adv Nurs*.1995; 24(4):688-93.
70. Endacott R. Clinical research 4: Qualitative data collection and analysis. *Int Emerg Nurs*. 2008; 16:48–52.
71. Minayo MCS. A avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. (Organizadores) Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
72. Roese A, Gerhardt TE, Souza AC, Lopes MJM. Diário de campo construção e utilização em pesquisas científicas. *Online Braz J of Nurs* [online] 2006; 5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=808&layout=html>. Acesso:16 jun. 2007.
73. Fontanella BJB, Rica J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
74. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato E R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Lat-amer de Enferm* 2006; 14(5):812-20.
75. Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.
76. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.
77. Sandín MPE. Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0. Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona. Dpt. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, 2006, 37p.
78. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Las urgencias en la atención primaria: utilización del servicio. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23(4).

79. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
80. Suserud B-O. A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse. *British Association of Critical Care Nurses. Nurs in Crit Care*. 2005; 10(6): 269-71.
81. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3):436-43.
82. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):700-701.
83. Verbrugge LM 1989. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 30:282-304.
84. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Soc Sci Med* 1999; 4:745-55.
85. Pinheiro SP, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4):687-707.
86. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). 2004. Indicadores e Dados Básicos (IDB), Brasília, 2003.
87. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Colet* 2005;10(1):97-104.
88. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 22(2):285-94.
89. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
90. Gomes R, Nascimento EF. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 23(3):565-74.
91. Jacobs PC, Matos, EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51 (6): 348-53.

92. Giroud M. Principes de la régulation médicale. Le Revue des SAMU 2006, p.25-36.
93. Cenci DC, Lucena AF. Análise dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – de Porto Alegre / RS. In: Mancia JR, Unicowski MAR. O trabalho de Enfermagem em Pronto Socorro. Porto Alegre; 2010. p.34- 59.
94. Pereira RF, Pinto RD, Ciconet, RM. Caracterização dos atendimentos prestados pelo SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Rev HPS 1999; 43: 22-4.
95. Rati, Rose Meire Silva. Criança não pode esperar [manuscrito]; a demanda de mães e suas crianças em condições não urgentes em ambulatório pediátrico de urgência e emergência. [Dissertação] Belo Horizonte(MG): Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
96. Pergola, AM, Araujo, IEM. O leigo em situação de emergência. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):769-76.
97. Pergola, AM, Araujo, IEM. O leigo e o suporte básico de vida. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2):335-42.
98. Souza SPS, Lima RAG. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. Rev Latino-am Enferm 2007;15(1): 156-64.
99. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc Saúde Colet 2008; 13(Sup 2):2299-306.
100. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
101. Breitsameter G, Thomé EGR, Silveira DT. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. Rev Gaúcha Enferm 2008; 29(4):543-50.
102. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cad Saúde Pública 2007; 23(11):2533-54.
103. Kerber NPC. A atenção domiciliar e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil. [Tese] Florianópolis (SC): Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

104. Silva KL, Sena R, Leite JCK, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3):391-7.
105. Creutzberg M, Santos BRL. O cotidiano de famílias de classe popular no cuidado ao idoso fragilizado. *Rev Enferm Atual* 2003; 37-42.
106. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio ao cuidador familiar do idosos dependente. *Rev Gaúcha Enferm* 2008;29(1)47-53.
107. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):97-102.
108. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4):825-32.
109. Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6): 1334-43.
110. Araújo MT. Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
111. Martinez MA, Nitschke CAS. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU. 1999. Disponível em: <<http://www.fineprint.com>> . Acesso em: 16 nov. 2007.
112. Fortes PAC, Zobolib EL, Campos Pavone Spinettia, Simone Ribeiro Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):451-5
113. Hossne WS, Hossne RS. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. *Bioética* 1998;6:127-33.
114. Rocha RLP, Velloso ISC, Alves M. Relações entre profissionais de uma Unidade básica de saúde do sistema de Atendimento móvel de urgência. *Rev Med Minas Gerais* 2009; 324 19(4): 317-324
115. Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. *Cienc Cuid Saude* 2010; 9(1):13-20.

116. Braga Júnior D, Oliveira JCR. Documento do XVIII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Curso Avaliação, Controle e Regulação. Blumenau, 9 de julho de 2002. 23 fls (Mimeografado).
117. Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar . Ciênc Saúde Colet 2010; 15(Supl 1):1283-91.
118. Cordeiro Junior W. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. Rev Adm Hosp Inov Saúde. 2009; 23-7. Disponível em: urgencia@saude.mag.gov.br Acesso em: 04 set. 2009.
119. Bittencourt JR, Hortale VA. A qualidade dos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Colet 2007; 12 (4):929-34.
120. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: território do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl 2):295-309.
121. Donabedian, A. Aspect of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
122. Andersen, RM. Revisiting the behavioral model and Access to medical care:does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.
123. Aranaz Andrés JM, Martinez Noguerras R, Velázquez de castro MTG, Bartual VR, Garcia PA, Pajares FG. Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgências hospitalarios por inicitiva propria? Gac Sanit 2006; 20(4):311-5.
124. Donabedian, A. La calidad de la atención medica: definición e método de evaluación. Prensa Méd Mexic, 1984.
125. Fekete MC. Estudos de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Fekete MC. Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário. GERUS. Brasília: Ministério da Saúde/FNS/OPAS,1995.
126. O´dwyer G. O princípio da Integralidade e o SAMU. [Tese] Rio de Janeiro(RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
127. Cochlar CA, Schineider RF, Regner A. Investigação do grau de conhecimento sobre a atuação do Serviço Móvel de Urgência entre usuários do Hospital de Pronto

Socorro de Canoas. [Trabalho de Conclusão de Curso] Canoas(RS): Universidade Luterana do Brasil, 2007.

128. Corbillon, E. Rationalisation de l'acte de regulation: apport de la formation et de l'évaluation. *Le Revue des SAMU* 2000; 263-68.
129. Besnier F, Ximenes A, Villain I, Mainguy S, Truong P, Alkarra R, Leonard C. Évaluation de la pertinence diagnostique et de l'estimation de la gravité em régulation médicale. *La Revue des SAMU* 2005; 71-5.
130. Malvestio MAA, Souza RMC. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Saúde Pública* 2002; 35:584-9.
131. Figueiredo APS, Lorena LAN. Localização de ambulâncias: uma aplicação para a cidade de São José dos Campos – SP. In: *Anais Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, XII*; abril de 2005, Goiânia, p. 1965-72.
132. Whitaker IY, Gutiérrez, MGR, Koizumi, MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev Assoc Med Bras* 1998; 44:111-9.
133. Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):287-294.
134. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3):436-43.
135. Alves M, Ramos FRS; Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Context Enferm* 2005; 14(3):323-31.
136. Pereira WAP, Lima MADS. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2): 320-27.
137. Soares JCS. Planejamento de enfermagem em emergência pré-hospitalar. [Trabalho de Conclusão de Curso] Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, 1999.
138. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar da cidade de São Paulo. *Acta Paul Enferm* 2000; 13:(3):53-65.

139. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para o apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 135-60.
140. Colégio Americano de Cirurgiões. Manual de suporte avançado à vida no trauma-ATLS: programa para médicos; 1996.
141. Malvestio MAA. Predeterminantes de sobrevivência em vítimas de acidente de trânsito submetidas a atendimento de pré-hospitalar de suporte avançado à vida. [Tese] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.
142. Melo EMC. O trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência. [Tese] Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
143. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Public Mex* 1985; 27:438-53.
144. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Cienc. Saúde Colet.* 2006; 11(4): 895-910.
145. Menicucci TMG. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7):1620-25.

APÊNDICE A – Roteiro para observação

Data:

Horário de Início:

Término:

Dia da semana:

Base operacional:

Profissionais envolvidos:

- Descrição dos atendimentos prestados ao usuário com demandas clínicas desde a recepção até o desfecho.

- Aspectos relacionados ao atendimento:
 - as relações estabelecidas entre os integrantes da equipe, destes com o paciente/família, com o médico regulador e com as equipes e os serviços envolvidos no atendimento.
 - desafios colocados na prestação da assistência,
 - quais os conhecimentos necessários para o atendimento,
 - como se dá a organização do Sistema de Urgência e a relação entre as instituições.

- Caracterização do acesso dos usuários com demandas clínicas ao Sistema de Urgência de Porto Alegre.

**APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada
PROFISSIONAIS DO SAMU**

Data:

Função:

Base Operacional:

Tempo de trabalho na área de urgência:

Tempo de trabalho no SAMU:

1. Quais são as demandas clínicas atendidas pelo SAMU?
2. Como o SAMU responde a cada uma dessas demandas?
3. Quais são os principais motivos de usuários com demandas clínicas para solicitarem atendimento do SAMU?
4. Quais são os objetivos do SAMU ao atender usuários com demandas clínicas?
5. Descreva as atividades de atendimento ao usuário com demandas clínicas?
6. Quais são os outros serviços usualmente envolvidos no atendimento clínico?
7. Como são as relações com os esses serviços?
8. Quais são os principais desafios estabelecidos no atendimento?
9. O que você considera necessário para prestar um atendimento resolutivo?
10. Gostaria de comentar mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e informado

Pesquisa: **ACESSO E PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Pesquisadora responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Telefone para contato: 051 – 33165481 – malice@enf.ufgrgs.com.br

Pesquisadora: Giselda Quintana Marques
Telefone para contato: 51 99332808 – gqmarques@terra.com.br

Telefone contato CEP/SMS: 32124623

A presente pesquisa tem por objetivo analisar o acesso e padrão de utilização do SAMU pelos usuários adultos com demandas clínicas, assim como o atendimento prestado pelo serviço para responder a estas demandas.

Para a realização do estudo serão realizadas entrevistas com os profissionais dos Serviços e com usuários ou familiares, além de observação dos atendimentos prestados. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas.

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

Pelo presente consentimento declaro estar esclarecido das questões referentes ao desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar dela. Também foi informado:

- De que a pesquisa não oferecerá risco aos participantes que serei esclarecido quanto quaisquer dúvidas durante o seu desenvolvimento.
- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a pesquisa.
- Da liberdade de recusar-me a responder qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte do estudo, sem que haja prejuízo ao meu trabalho e repercussões funcionais ou legais junto à instituição em que está sendo realizado o estudo.
- Da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade.
- Do compromisso de receber a devolução dos resultados obtidos na pesquisa por meio de documento escrito.

Giselda Quintana Marques
Pesquisadora

Maria Alice Dias da Silva Lima
Pesquisadora responsável

Assinatura do participante

Data:

ANEXO A - Apreciação do Comitê de Ética em Ensino e Pesquisa



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Maria Alice Dias da Silva Lima
Equipe executora:
Registro do CEP: 258 Processo N°. 001.026841.08.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – SAMU
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

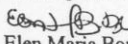
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.001.026841.08.8, referente ao projeto de pesquisa: “**ACESSO E PADRÃO DE UTILIZAÇÃO DE USUÁRIOS COM DEMANDAS CLÍNICAS AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE PORTO ALEGRE**”, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é “Identificar os motivos de usuários com demandas clínicas de atendimento para utilização do SAMU.; Caracterizar as demandas clínicas de usuários adultos ao SAMU e a relação que estabelecem com o acesso ao atendimento no Sistema Municipal de Saúde.; Analisar o atendimento prestado pelo SAMU para responder as demandas clínicas de assistência proveniente de usuários adultos.; Analisar o padrão de utilização do SAMU, pelos usuários com demandas clínicas”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 06/08/08


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP