

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

ANDRÉA MÁRIAN VERONESE

**ANÁLISE DA DEMANDA NÃO PERTINENTE
AO SAMU DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2011

ANDRÉA MÁRIAN VERONESE

**ANÁLISE DA DEMANDA NÃO PERTINENTE
AO SAMU DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Tese apresentada ao Programa 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.

Linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Porto Alegre

2011

ANDREA MARIAN VERONESE

Análise da demanda não pertinente ao SAMU do município de Porto Alegre.

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, 16 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira: Dora Lucia de Oliveira

Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio: Malvestio

Membro – SAMU/SP

Prof. Dr. Joel Rolim Mancia: Joel Mancia

Membro – IPA

Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha: Bonilha

Membro – PPGENF/UFRGS

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

Membro – PPGENF/UFRGS

*Dedico esta tese
ao meu filho Teodoro.*

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, que me orientou desde o mestrado e com a qual compartilhei momentos de construção de conhecimento através de sua dedicada e competente orientação.

Aos membros do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), pelas produtivas discussões sobre o tema e o referencial desta tese, em especial à Karoline Nast.

Ao Ministério da Saúde (MS), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (Fapergs) pelo financiamento parcial desta tese.

Aos coordenadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que aceitaram a realização deste estudo: Maria Liege Bazanella de Oliveira, Roberta Rigo Dalcin, Ana Lúcia Athayde Maciel e, em especial, Rosane Mortari Ciconet.

À True Information Technology, em especial ao analista de sistemas Gilvan Moreno, que me auxiliou na compreensão do sistema informatizado do SAMU.

Aos colegas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, que acompanharam a minha trajetória no curso de doutorado.

À equipe do Núcleo de Assistência Estatística da UFRGS, em especial ao estatístico Gilberto Pereira Mesquita, pela orientação na análise dos dados quantitativos.

Aos meus amigos e familiares que compreenderam que o meu afastamento foi necessário para eu concluir este estudo.

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar a demanda ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre (SAMU) considerada não pertinente pelo serviço (DNP), a partir da agência dos solicitantes cujos agravos de saúde deram origem a essa demanda. A não pertinência fica estabelecida quando o caso não se configura, para o médico regulador, em situação que envolve risco à vida, sendo desnecessário, portanto, o envio de ambulâncias para o atendimento. A investigação ocorreu em duas etapas. Na primeira, realizou-se a análise das ligações telefônicas ao SAMU do ano de 2009. Esses dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*. Na segunda etapa, foram entrevistados 31 solicitantes da DNP desse mesmo ano. As entrevistas, semiestruturadas, foram analisadas seguindo as premissas da *Grounded Theory*. Os conceitos da Teoria da Estruturação, de Anthony Giddens, contribuíram para a análise. Entre os resultados, destaca-se que, em 2009, a DNP ao SAMU de Porto Alegre representou 33,2% (26.233) das chamadas telefônicas dirigidas ao 192. As chamadas mais frequentes partiram do sexo feminino (53%), faixa etária dos 20 aos 39 anos (32,8%), em domingos e sextas-feiras (15,2%), no mês de julho (10,2%), tipo de socorro clínico (45%) e subtipo de socorro orientação (26%). Na análise qualitativa, descrevem-se elementos da DNP relacionados à agência dos solicitantes da DNP e à estrutura por eles escolhida para atendimento de um agravo de saúde. Esses elementos são de natureza biológica, econômica, social e cultural e são produtos e produtores da DNP. A caracterização e a análise da DNP subsidiam a proposta de que enfermeiros atuem em oficinas de primeiros socorros para problematizar esse assunto – que tem sido tratado como de domínio dos profissionais da saúde – com a comunidade. A outra sugestão é resolver o problema da DNP no âmbito intersetorial, formando e articulando entre si redes sociais, de serviços de saúde, do setor de ensino, do setor da assistência social, da segurança, do transporte, entre outros.

Descritores: Enfermagem em emergência. Ambulâncias. Promoção da saúde. Socorro de urgência. Acesso aos serviços de saúde. Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

The study aimed to examine the demand to the Mobile Emergency Care Service (SAMU) considered non pertinent by the department (DNP) from the agency of applicants whose injuries caused this demand. This non pertinence is established when the case is not configured, by the regulator physician, as life-threatening situation, being unnecessary, therefore, sending ambulances to attend. The investigation occurred in two stages. At first, it was made an analysis of telephone calls at SAMU in 2009. These data were analyzed using the *Statistical Package for the Social Sciences*. In the second stage, 31 applicants from the DNP of that same year were interviewed. Semi-structured interviews were examined following the premises of Grounded Theory. The concepts of Anthony Giddens's Theory of Structuration contributed to the analysis. Among the results, it is highlighted that, in 2009, the DNP to SAMU of Porto Alegre represented 33.2% (26,233) of calls directed to 192. The most frequent calls came from females (53%), aged to 20 to 39 years (32.8%), on Sundays and Fridays (15.2%), of clinical relief type (45%) and orientation relief sub-type (26%). In qualitative analysis, there are described elements of DNP related to the agency of applicants of DNP and the structure chosen by them to treat a health injury. These are elements of biological, economic, social and cultural nature and are products and producers of DNP. The characterization and analysis of DNP subsidize the proposal that nurses act in first aid workshops to discuss this issue – which has been treated as a domain of health professionals – with the community. The other suggestion is to solve the problem of DNP in intersectoral scope, creating and articulating together social networks, health services, education sector, social assistance sector, security, transport, among others.

Descriptors: Emergency Nursing. Ambulances. Health Promotion. Emergency Relief. Health Services Accessibility. Emergency Medical Services.

RESUMEN

El estudio tuvo el objetivo de analizar la demanda del Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia de Porto Alegre (SAMU) considerada no pertinente por el servicio (DNP), a partir de la agencia de los solicitantes cuyos agravios de salud dieron origen a esta demanda. La no pertinencia queda establecida cuando el caso no se configura, para el médico regulador, en situación que envuelve riesgo a la vida, siendo desnecesario, por lo tanto, el envío de ambulancias para el atendimento. La investigación se desarrolló en dos etapas. En la primera, se hizo el análisis de las llamadas telefónicas al SAMU del año de 2009. Estos datos fueron analizados en el *Statistical Package for the Social Sciences*. En la segunda etapa, fueron entrevistados 31 solicitantes de la DNP de ese mismo año. Las entrevistas semiestructuradas fueron analizadas siguiendo las premisas de la *Grounded Theory*. Los conceptos de la Teoría de la Estructuración, de Anthony Giddens, contribuyeron para el análisis. Entre los resultados, se destaca que, en 2009, la DNP al SAMU de Porto Alegre representó 33,2% (26.233) de las llamadas telefónicas dirigidas al 192. Las llamadas más frecuentes partieron del sexo femenino (53%), faja etaria de los 20 a los 39 años (32,8%), en los domingos y viernes (15,2%), en el mes de julio (10,2%), clase de socorro clínico (45%) y subclase de socorro orientación (26%). En el análisis cualitativo, se describen elementos de la DNP relacionados a la agencia de los solicitantes de la DNP y a la estructura por ellos escogida para atendimento de un agravio de salud. Estos elementos son de naturaleza biológica, económica, social y cultural y son productos y productores de la DNP. La caracterización y el análisis de la DNP subsidian la propuesta de que los enfermeros actúen en talleres de primeros socorros para problematizar ese asunto – que ha sido tratado como de dominio de los profesionales de salud – con la comunidad. La otra sugestión es resolver el problema de la DNP en el ámbito intersectorial, formando y articulando, entre sí, redes sociales, de servicios de salud, del sector de enseñanza, del sector de la asistencia social, de la seguridad y del transporte, entre otros.

Descriptorios: Enfermería de urgencia. Ambulancias. Promoción e la Salud. Socorro de Urgencia. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Servicios médicos de urgencia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gerências, regiões e bases do SAMU, Porto Alegre, 2009.....	50
Figura 2 – Modelo de estratificação do agente.....	96
Figura 3 – Produzindo a DNP: a dualidade da estrutura.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis do atendimento de urgência.....	29
Quadro 2 – Distribuição de regiões por gerências, Porto Alegre, 2009.....	49
Quadro 3 – Distribuição da DNP por região, bairro oficial, bairro não oficial e por população residente conforme o censo de 2000, Porto Alegre, 2009.....	51
Quadro 4 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS) e por gerência (G), Porto Alegre, 2009.....	66
Quadro 5 – Distribuição da DNP por faixa horária, por gerência e por tipo de socorro, Porto Alegre, 2009.....	67
Quadro 6 – Amostra da etapa qualitativa, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009....	93
Quadro 7 – Amostra da etapa qualitativa, bairro Cavallhada, Porto Alegre, 2009..	94
Quadro 8 – Amostra da etapa qualitativa, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da DNP por gerência, Porto Alegre, 2009.....	50
Tabela 2 – Distribuição da DNP por bairro, Porto Alegre, 2009.....	54
Tabela 3 – Distribuição da DNP por faixa etária e por sexo, Porto Alegre, 2009....	55
Tabela 4 – Distribuição da DNP por dia da semana, Porto Alegre, 2009.....	56
Tabela 5 – Distribuição da DNP por faixa horária, Porto Alegre, 2009.....	56
Tabela 6 – Distribuição da DNP por mês, Porto Alegre, 2009.....	57
Tabela 7 – Distribuição da DNP por tipo e subtipo de socorro, Porto Alegre, 2009.....	58
Tabela 8 – Distribuição da DNP por faixa etária, por sexo e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	59
Tabela 9 – Distribuição da DNP por gerência e por sexo, Porto Alegre, 2009.....	60
Tabela 10 – Distribuição da DNP por tipo de socorro clínico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	61
Tabela 11 – Distribuição da DNP por tipo de socorro obstétrico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	62
Tabela 12 – Distribuição da DNP por tipo de socorro psiquiátrico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	63
Tabela 13 – Distribuição da DNP por tipo de socorro traumático, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	64
Tabela 14 – Distribuição da DNP por tipo de socorro orientação, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	64
Tabela 15 – Distribuição da DNP por tipo de socorro transporte, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009.....	65
Tabela 16 – Distribuição da DNP por tipo de socorro clínico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	69
Tabela 17 – Distribuição da DNP por tipo de socorro obstétrico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	70
Tabela 18 – Distribuição da DNP por tipo de socorro psiquiátrico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	70
Tabela 19 – Distribuição da DNP por tipo de socorro traumático, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	71
Tabela 20 - Distribuição da DNP por tipo de socorro orientação, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	71
Tabela 21 - Distribuição da DNP por tipo de socorro transporte, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009.....	72
Tabela 22 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	74

Tabela 23 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	74
Tabela 24 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	75
Tabela 25 – Distribuição da DNP por tipo de socorro e por mês, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	76
Tabela 26 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	77
Tabela 27 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009.....	78
Tabela 28 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	80
Tabela 29 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	81
Tabela 30 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	81
Tabela 31 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por mês, bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	82
Tabela 32 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	83
Tabela 33 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Cavahada, Porto Alegre, 2009.....	84
Tabela 34 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	86
Tabela 35 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	87
Tabela 36 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	87
Tabela 37 – Distribuição da DNP por tipo de socorro e por mês, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	88
Tabela 38 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	89
Tabela 39 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar
BM – Brigada Militar
DNP – Demanda considerada não pertinente ao SAMU de Porto Alegre
EC – Entrevista com solicitante procedente do bairro Cavilhada
EP – Entrevista com solicitante procedente do bairro Partenon
EPTC – Empresa de Transporte Público e Circulação
ERB – Entrevista com solicitante procedente do bairro Rubem Berta
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GERÊNCIA – Gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
HPS – Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
MR – Médico Regulador
MS – Ministério da Saúde
OP – Orçamento Participativo
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
REGIÃO – Região do Orçamento Participativo de Porto Alegre
ROP – Rádio Operador
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBV – Suporte Básico de Vida
SAV – Suporte Avançado de Vida
SAPH – Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
TARM – Telefonista Auxiliar da Regulação Médica
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE – Teoria da Estruturação
TF – Teoria Fundamentada nos Dados
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	O SAMU, ACESSO E TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO	24
3.1	O SAMU	24
3.2	Acesso	31
3.3	Teoria da Estruturação	35
4	METODOLOGIA	38
4.1	Etapa I – Abordagem quantitativa	38
4.1.1	<i>População e amostra da Etapa I</i>	38
4.1.2	<i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	39
4.1.3	<i>Variáveis do estudo</i>	39
4.1.4	<i>Análise dos resultados</i>	39
4.2	Etapa II – Abordagem qualitativa	40
4.2.1	<i>Critérios de inclusão e exclusão da amostra</i>	40
4.2.2	<i>Coleta de dados</i>	40
4.2.3	<i>Organização dos dados e análise dos resultados</i>	42
4.3	Considerações bioéticas	45
5	CARACTERIZAÇÃO DA DNP DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2009	47
5.1	Resultados totais da DNP	48
5.2	DNP por gerências	59
5.3	DNP nos bairros Partenon, Cavalhada e Rubem Berta	73
5.3.1	<i>DNP no bairro Partenon</i>	73
5.3.2	<i>DNP no bairro Cavalhada</i>	79
5.3.3	<i>DNP no bairro Rubem Berta</i>	85

6	PRODUZINDO DNP: IMPLICAÇÕES DA AGÊNCIA E DA ESTRUTURA.....	93
6.1	Solicitando socorro ao SAMU: a agência do usuário.....	95
6.1.1	<i>Sofrendo ou presenciando um agravo de saúde: a motivação da ação dos solicitantes de socorro.....</i>	96
6.1.1.1	Necessidades biológicas.....	97
6.1.1.2	Necessidades econômicas.....	98
6.1.1.3	Necessidades sociais.....	100
6.1.2	<i>Escolhendo o SAMU: a racionalização da ação dos solicitantes de socorro.....</i>	103
6.1.2.1	Conhecimento sobre a missão do serviço.....	103
6.1.3	<i>Atribuindo ao SAMU a competência de atender urgências: o monitoramento reflexivo da ação.....</i>	107
6.2	Utilizando os recursos e seguindo as regras da estrutura diante do agravo de saúde.....	110
6.2.1	<i>Chamando o SAMU.....</i>	110
6.2.1.1	Entraves no acesso a um serviço para atendimento do agravo de saúde.....	111
6.2.1.2	Dúvidas sobre o atendimento do SAMU.....	117
6.2.1.3	O imaginário social: salvar vidas.....	120
6.2.2	<i>Executando os primeiros socorros.....</i>	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	134
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado.....	142
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	143
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	145
	APÊNDICE C – Entrevistas.....	146

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese é analisar a construção da demanda ao SAMU do município de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço (DNP), tendo em conta os problemas de saúde dos solicitantes.

A DNP é a classificação que o médico regulador atribui aos pedidos de socorro que não correspondem à natureza do serviço e para os quais não são enviadas ambulâncias para atendimento. O processo de atendimento e classificação da demanda ao SAMU é explicado mais detalhadamente no decorrer desta seção.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um componente da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) do Brasil. O serviço é responsável pelo cuidado pré-hospitalar aos usuários com agravos de saúde de natureza clínica, traumática, psiquiátrica ou obstétrica que possa levar ao sofrimento, a sequelas ou à morte (BRASIL, 2006a).

Não existe uma discussão sobre o que seja o agravo de saúde de que trata a PNAU. Recentemente, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 (idem, 2011), definiu terminologias a serem adotadas em legislação nacional que podem contribuir para uma tentativa de conceituar o agravo de saúde que é objeto de atenção do atendimento pré-hospitalar.

Conforme essa portaria, *agravo* significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas. Essa mesma portaria define *doença* e *evento*. A primeira é uma enfermidade ou um estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos. Evento é a manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença (ibidem).

Considerando essas recentes definições de agravo, de doença e de evento, pode-se inferir que, no âmbito da *urgência*¹, agravo pode assumir pelo menos dois significados: evento que ocorre em um indivíduo sem uma doença previamente conhecida; ou evento de exacerbação de uma doença já conhecida. Diante de um agravo, há a necessidade de o usuário ou a pessoa que o acompanha tomar uma decisão sobre o que fazer. Tal decisão será orientada pela cultura social (HELMAN,

¹ Nesta tese não se fará distinção de significado entre as palavras urgência e emergência, mas se utilizará o termo urgência a exemplo do MS (BRASIL, 2006a, 2006b).

1994; ADAM; HERLZLICH, 2001) e por condições de acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Apesar de a PNAU ser explícita na determinação de que o atendimento de um agravo de saúde deva ocorrer em qualquer nível do sistema, é o usuário quem decide onde buscará atendimento, o que normalmente resulta na busca de socorro em unidades de urgência hospitalar e no SAMU. Nesses locais, os usuários sabem que encontrarão profissionais especializados e a melhor tecnologia para atendimento, inclusive o transporte, no caso do SAMU (VERONESE; OLIVEIRA, 2009).

Embora sejam comumente usados como sinônimos, nesta tese *agravo* e *problema de saúde* serão compreendidos como conceitos distintos. Agravo refere-se apenas a um evento biológico. Problema de saúde tem um significado mais amplo, pois, além do agravo de saúde, inclui o conjunto de elementos definidores da posição social de um indivíduo na sociedade implicados no evento da *urgência*, como as necessidades socioeconômicas. A posição social, além de interferir nos significados de problema de saúde, também influencia na escolha de quais as melhores intervenções para resolvê-lo (ADAM; HERLZLICH, 2001). Silva, Batistella e Gomes (2007) e Camargo Jr. (2007) contribuem para um melhor entendimento dessa concepção de problema de saúde. O primeiro menciona que, em uma perspectiva mais *integral*, a noção de problema de saúde inclui, além da doença, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, as necessidades e/ou os determinantes dos modos de vida e trabalho. Desse modo, os problemas não são identificados somente pelos enfoques clínico e epidemiológico, mas sobretudo pelo enfoque social. O segundo autor afirma que estabelecer intervenções de saúde baseadas na identificação de problemas de saúde como objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, bastando serem corretamente identificados por técnicas adequadas, é uma imagem idílica de perfeito ajuste. Camargo Jr. (ibidem) também é contra a perspectiva simplificadora de problema de saúde e propõe, ao contrário, uma concepção matizada. O autor enfatiza que um problema de saúde está relacionado a um processo de negociação complexo entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo.

Considerando os conceitos anteriormente expostos, pode-se argumentar que, no cenário do usuário que está solicitando socorro ao SAMU, coexistem circunstâncias características do contexto que não estão implicadas diretamente no

agravo de saúde, e sim na tomada de decisão sobre como interferir. É o caso dos usuários que solicitam ambulância do SAMU por não possuírem recursos próprios para se deslocarem até um serviço de saúde. Em tal cenário, não ter um carro se constitui num problema de saúde. Esse é um exemplo de que os problemas de saúde que dão corpo à DNP têm origem social e que, portanto, para compreender a construção do fenômeno, é necessário considerar o contexto global de vida do indivíduo (PASARÍN, 2006).

Conforme a legislação, o Sistema de Saúde deveria ser capaz de atender aos usuários e às suas demandas de saúde (BRASIL, 1990). Especificamente no caso do SAMU, sua função dentro do sistema é atender o usuário precocemente no próprio local em que aconteceu o agravo, realizando intervenções e propiciando o acesso ao sistema de saúde no serviço que daria continuidade ao cuidado ali iniciado (BRASIL, 2006a).

Isso não significa que o SAMU deva atender a todos os agravos de saúde, pois esta é uma missão do sistema de saúde como um todo. Segundo a Constituição, o acesso ao sistema de saúde é um direito do usuário e refere-se ao dever que o Estado tem de lhe oferecer, de forma universal e igualitária, ações para a promoção, a recuperação e a proteção da sua saúde (idem, 1988).

No SAMU, o acesso ao atendimento se dá através de uma chamada telefônica gratuita, para um número que é nacional: 192. A chamada é atendida pelos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARMs), que anotam o nome e o endereço dos usuários e dos solicitantes² num sistema informatizado e transferem a ligação para os médicos reguladores (MRs). Estes, tendo por base alguns critérios estabelecidos pela legislação, decidem se a chamada será ou não atendida pelo serviço. A demanda a um serviço de saúde tem origem num pedido de intervenção enunciado pelo usuário (CAMARGO JR., 2005). No caso do SAMU, a demanda ao serviço origina-se de um pedido de socorro requisitado pelos solicitantes.

Em função de não ter a possibilidade de atender a totalidade da demanda e para otimizar a sua missão, o SAMU realiza uma triagem, priorizando os casos de maior gravidade, ou seja, situações que os MRs julguem como de maior risco de sofrimento, de sequelas ou de morte (BRASIL, 2006a; VERONESE; OLIVEIRA,

² Nesta tese, optou-se por utilizar o termo *solicitante* para aquela pessoa que está ligando para o SAMU e *usuário* para aquele que é vítima do agravo de saúde. Embora em ambos os casos os sujeitos sejam usuários do SUS, a diferenciação foi necessária, porque geralmente a vítima não é o solicitante.

2009). Para as demais situações, avaliadas como de menor gravidade, não são enviadas ambulâncias. Estas são incluídas na categoria denominada *não pertinente* pelos MRs do SAMU (ibidem).

É papel do MR, além de diferenciar os agravos pertinentes dos não pertinentes, orientar os sujeitos da demanda não pertinente sobre como proceder para resolver os seus problemas ou onde buscar atendimento (BRASIL, 2006a, 2006b).

Para diagnosticar a pertinência e racionalizar os atendimentos, os MRs utilizam uma fórmula que consta no Manual de Regulação Médica de Urgências, a qual os subsidia nas suas tomadas de decisão quanto à seleção dos casos que precisam ser atendidos por ambulâncias (idem, 2006b). Conforme a fórmula, o grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender ao caso e à pressão social presente na cena do atendimento, sendo inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento. Por *pressão social* entende-se a comoção social que envolve o atendimento inicial, aumentando o grau de urgência de um caso simples (BRASIL, 2006b). Assim sendo, em função do critério *pressão social*, casos menos graves podem resultar em atendimento do SAMU, utilizando recursos que deveriam ser destinados ao atendimento de situações mais graves. Na prática da regulação, a utilização desse critério é uma opção para atender uma grande demanda de casos de gravidade pequena, que são casos mais sociais do que urgentes, sob um ponto de vista biológico (MARQUES, 2010).

Em 2009, foi significativa a porcentagem de chamadas para o SAMU de Porto Alegre correspondente à DNP. Os dados mostram que, naquele ano, 33,2% das ligações telefônicas para o serviço, via 192, foram classificadas como não pertinentes (PORTO ALEGRE, 2009).

Esse montante de ligações não pertinentes no município tem se dado em função da oferta de um serviço de reconhecida qualidade pela população (DALCIN; CAVAZOLLA, 2005), o que corrobora com autores que referem que a oferta de serviços é um dos fatores responsáveis pela sua demanda (FRANCO; MERHY, 2005). Assim, mesmo não considerando seus agravos de saúde como urgentes, no sentido de representarem risco à vida, é possível que alguns usuários busquem acesso ao SAMU pelo seu potencial de resolutividade dentro do sistema, em função da sua finalidade de atender urgências. Tal condição repercute positivamente na

ampliação e na facilitação do acesso dos usuários ao sistema de saúde. Chegar de ambulância em um serviço de saúde confere *status de prioridade* à situação, o que, num sistema de saúde em que ainda não é possível atender a todas as demandas, pode significar garantia de atendimento. Diante de seus problemas de saúde, os usuários acabam acessando o sistema por onde é possível, o que, de acordo com Cecílio (1997), contraria qualquer racionalização utilizada pelos técnicos do setor da saúde na determinação da adequada porta de entrada.

No processo de definição de que pedidos de socorro atender, evidenciam-se dois problemas para o usuário e para o SAMU. Para o usuário, há duas questões a se considerar. A primeira questão se refere à recusa do SAMU em atender aos agravos de alguns usuários, nem sempre urgentes do ponto de vista dos saberes biomédicos, mas provavelmente significativos para a qualidade de vida dos usuários. O outro problema é que a existência de um número considerável de chamadas telefônicas que não correspondem a urgências típicas (no sentido biomédico) pode dificultar o acesso ao serviço dos usuários que, do ponto de vista técnico, precisam de atendimentos urgentes. Dessa forma, é possível que tais questões atrasem, de forma importante, as providências médicas e, igualmente, causem impacto na vida das pessoas, uma vez considerados os sobreviventes aos agravos, passíveis a sequelas resultantes da situação do agravo. Para quem tem seu pedido de atendimento negado, resta tentar acessar outro tipo de serviço de saúde, o que muitas vezes é difícil, porque depende da disponibilidade de um meio de transporte. A alternativa é desistir de buscar atendimento e aguardar que o agravo de saúde que originou a demanda melhore.

O segundo problema, que tem a ver com o trabalho do SAMU, resulta da demanda excedente representada por milhares de ligações telefônicas que não se referem à natureza do serviço. A resposta a essas ligações significa envolvimento dos MRs e um gasto de tempo que pode atrasar o atendimento de casos graves. Todas essas implicações conferem importância à DNP, pois esta ocupa em torno de 30% do processo de regulação do SAMU como um todo.

Apesar da sua importância para a compreensão do modo como a população tem se relacionado com o SAMU – um serviço de atendimento de urgências que pode ser acionado pelo próprio usuário –, a DNP não tem recebido muita atenção por parte dos estudiosos do tema *atendimento pré-hospitalar*.

Na análise da PNAU, autores destacam que a implantação da mesma compreende desafios como a realização de investimentos adequados, inserção do serviço em uma rede articulada de atendimento de urgência, conformação de sistemas de informações apropriadas e capacitação dos profissionais (MACHADO; FERREIRA; O'DWYER, 2011). A análise da DNP, portanto, pode contribuir para o enfrentamento de desafios que dificultam que o SAMU se configure como uma estratégia estruturante da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

A percepção dos problemas que envolvem a DNP ao SAMU e a reflexão sobre a origem desse fenômeno vêm acompanhando meu dia a dia de trabalho no SAMU de Porto Alegre como enfermeira em uma ambulância de suporte avançado. Tenho vivenciado situações em que é visível a dificuldade de os usuários obterem atendimento aos seus agravos de saúde, contrariando o princípio da universalidade, que, na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), deveria garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1988a, 1990).

Essas reflexões sobre os motivos e as circunstâncias em que tal demanda é produzida, estimuladas pelo reconhecimento da importância desse fenômeno para os usuários do SUS e, também, do impacto que eles podem causar no próprio sistema de saúde – uma vez que se pode supor que o não atendimento de agravos de saúde é, por si só, gerador de novas e, talvez, mais complexas demandas para o sistema – reforçaram o meu interesse em estudar a DNP.

Especialmente no que diz respeito aos agravos de saúde dos usuários, o acesso a atendimentos resolutivos tem impacto direto nas condições de vida das pessoas e da sociedade como um todo.

Com relação à origem da DNP, duas hipóteses iniciais encaminham o presente estudo. São elas:

- a) a DNP ocorre a partir das dificuldades dos usuários para acessar serviços de saúde que atendam agravos de saúde percebidos como de atenção imediata;
- b) a DNP é reveladora de divergências entre o que o solicitante e os MRs consideram ser um agravo de saúde que necessita atendimento urgente.

Tanto numa situação quanto na outra é possível inferir que elementos do contexto sociocultural estão implicados no processo que resulta na construção da DNP ao SAMU.

A primeira hipótese está relacionada com as dificuldades de acesso a um atendimento de urgência (VERONESE; OLIVEIRA, 2009) e é uma das contradições do sistema de saúde brasileiro (DESLANDES, 2002). Tal contradição é reveladora das dificuldades do SUS para concretizar ações em saúde em consonância com o princípio da universalidade. Além disso, está relacionada à questão de que, hoje em dia, a execução dos primeiros socorros é um assunto considerado de *especialistas*. Os solicitantes vão ao encontro destes em serviços como o SAMU.

A segunda hipótese está relacionada com a gravidade atribuída pelos usuários ao seu agravo de saúde, a qual influencia os significados por eles atribuídos à *urgência*. Nesse sentido, supõe-se que distintas avaliações de urgência estão relacionadas a diferentes definições do que seja uma urgência. Na divergência entre a avaliação médica e a avaliação do usuário que vivencia o problema de saúde, parece estar implicado o envolvimento pessoal do solicitante na situação que deu origem ao pedido de socorro, além dos saberes aprendidos em experiências anteriores.

A escuta dos usuários que protagonizaram situações categorizadas como DNP pode fornecer subsídios para uma melhor compreensão sobre a construção dessa demanda (AHL; NYSTRÖM; JANSSON, 2005). O presente estudo aprofunda as questões trazidas até aqui, analisando a construção da DNP do ano de 2009 por meio da análise descritiva do banco de dados daquele ano e a partir de entrevistas semiestruturadas com os usuários que foram sujeitos da demanda não pertinente. Para tanto, utiliza-se a noção de dualidade da estrutura da Teoria da Estruturação, do sociólogo Anthony Giddens (2001).

Estudar as experiências dos usuários que acionam o SAMU, e que têm o acesso ao serviço negado, é um caminho para a compreensão não só das circunstâncias em que as urgências em saúde percebidas por esses usuários são produzidas, mas também dos problemas de saúde envolvidos nesse contexto, além do funcionamento do sistema de saúde como um todo. Considerar os problemas de saúde da população como centrais aos estudos sobre as demandas do SUS pode favorecer, igualmente, a compreensão das contradições entre o proposto e o vivido no âmbito desse sistema.

Não há estudos internacionais ou nacionais sobre a demanda não atendida, conferindo grau de ineditismo a esta tese. Este trabalho sobre a demanda não pertinente iniciou em 2006, através de um estudo cujo projeto de pesquisa foi

financiado pelo Edital do MS, Pesquisas para o SUS (PPSUS), em 2006 (VERONESE; OLIVEIRA, 2009). Nesse estudo, destacaram-se as influências socioculturais no pedido de socorro, originando a tese de que a demanda não pertinente é resultante da ação dos sujeitos e da estrutura para atender os agravos de saúde.

Qual é a demanda não pertinente e como esta é formada em Porto Alegre são questões desta pesquisa que devem contribuir para subsidiar ações de atendimento às pessoas que não estão sendo atendidas pelo SAMU de Porto Alegre e do Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a construção da demanda ao SAMU do município de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço, tendo em conta os problemas de saúde dos solicitantes.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a demanda ao SAMU do município de Porto Alegre, no ano de 2009, considerada não pertinente pelo serviço, identificando três bairros de maior número desta demanda e relacionando-a com as variáveis: gerência, tipo de socorro, sexo e idade do solicitante, horário e dia da semana do atendimento.
- Identificar as três gerências de maior frequência de DNP, na cidade de Porto Alegre.
- Identificar, um bairro com maior frequência de DNP, pertencente a cada uma das 3 gerências de maior frequência DNP, na cidade de Porto Alegre.
- Conhecer, a partir das experiências dos usuários de três bairros do município de Porto Alegre, que foram sujeitos das demandas por acesso ao SAMU, consideradas não pertinentes pelo serviço, as situações e os motivos que originaram tais demandas.
- Identificar que problemas de saúde urgentes foram percebidos pelos usuários nas situações referidas, analisando os sentidos de *urgência de saúde* que embasaram estas percepções e os procedimentos de primeiros socorros adotados.

3 O SAMU, ACESSO E TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO

3.1 O SAMU

A finalidade do SAMU, na qualidade de componente da Política Nacional de Atenção às Urgências é proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento do SUS (BRASIL, 2006a). O SAMU é um dos serviços destinados aos atendimentos dos agravos de saúde em caráter de urgência. A partir da PNAU, instituída em 2006, o atendimento às urgências deve ser oferecido em locais de atendimento pré-hospitalar fixo (unidades básicas, postos da Estratégia Saúde da Família e outras unidades não hospitalares), hospitalar e pré-hospitalar móvel, como é o caso do SAMU (idem, 2006a, 2006b). Especificamente em relação ao nível pré-hospitalar móvel, o MS destaca que, na área de urgência, este é considerado:

o atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas, ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (idem, 2006a, p. 81).

O SAMU foi criado na intenção de ser um serviço com enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e, mais que isso, como poderosa ferramenta de inclusão e garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza (idem, 2006a, 2006b).

Segundo Dalcin (2008), o SAMU é um verdadeiro observatório, por meio do qual é possível identificar como as populações encontram soluções para os seus problemas e como está a organização da atenção à saúde de uma determinada região, demonstrando o grau de resolubilidade da rede de serviços.

Apesar de ser recente no Brasil a definição de uma política pública nacional para a área das urgências, que inclui o atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2006a), a ideia de atender vítimas no local da emergência data de 1893, quando o Senado da República aprovou a lei que estabeleceu o socorro médico de urgência na via pública (MARTINS; PRADO, 2003). Em 1899, no Rio de Janeiro, o Corpo de Bombeiros da então capital do país colocava em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar os referidos atendimentos (ibidem; RAMOS; SANNA, 2005).

Em 1989, foi estabelecida uma cooperação franco-brasileira do SAMU da França com o estado de São Paulo, a fim de aprimorar o atendimento pré-hospitalar daquele estado. Em 1990, a cooperação França-Brasil começou a se desenvolver em outros estados brasileiros. Em 1994, o SAMU Regional de Lille associou-se a essa cooperação e, assim, irmanado ao futuro SAMU de Porto Alegre, ajudou na criação de um plano estratégico (concepção do serviço, adaptação às realidades sanitárias locais, inscrição entre os programas de saúde de Porto Alegre, reconhecimento das autoridades sanitárias) e de um plano tático (colaboração na organização prática da sala de regulação, concepção dos protocolos de intervenção, regulação médica dos exercícios de medicina de catástrofe) para o serviço (BENAMEUR, 2011).

Em Porto Alegre, em 1992, o programa Anjos da Guarda, uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Corpo de Bombeiros, deu início ao Atendimento Pré Hospitalar (OLIVEIRA; CICONET, 2003; DE NEGRI FILHO, 2011). O objetivo daquele programa consistia em realizar suporte básico de vida, com veículos adaptados para tal e operados por bombeiros socorristas, na sua maioria auxiliares de enfermagem treinados pela SMS para o atendimento a urgências e traumas (OLIVEIRA; CICONET, 2003).

Em novembro de 1993, a SMS de Porto Alegre, motivada pela participação no I Seminário de Atenção Pré-Hospitalar promovido pelo MS, iniciou a reestruturação desse tipo de atendimento no município (ibidem). Nessa ocasião, o SAMU nascia, a partir da cooperação entre o Governo Municipal de Porto Alegre e o SAMU francês, seguindo o modelo daquele país, onde o trabalho se baseia no atendimento realizado por uma equipe de saúde com uma regulação médica (ibidem; DALCIN; CAVAZZOLA, 2005; CICONET, 2011).

No ano 1995, foram compradas as primeiras cinco ambulâncias de Porto Alegre e iniciadas as atividades com o exercício de regulação e início dos transportes inter-hospitalares (DALCIN; CAVAZZOLA, 2005). Em 14 de novembro de 1995, foi inaugurado oficialmente o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU), mediante um pacto do comitê gestor, assinado no início do mesmo ano. A partir de outubro de 1996, o SAMU passou a fazer parte do processo de municipalização plena da saúde de Porto Alegre, pois se entendia que a regulação médica das urgências, no contexto de um complexo de regulação da atenção à saúde, era um elemento-chave para a gestão do sistema de saúde orientada para

uma advocacia pela universalização e equidade no acesso e no tratamento dos pacientes do SUS (DE NEGRI FILHO, 2011).

O SAMU, que já existia em Porto Alegre, foi oficializado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2003, de acordo com a portaria nº 2.048 GM, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2006a). A partir daí, o serviço está sendo implantado no país inteiro, e a sigla passou a ser reconhecida como Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (BRASIL, 2006a, 2006b).

Hoje, o Brasil possui também serviços de atendimento móvel de urgência de naturezas diversas: serviços privados; serviços de concessionárias de rodovias; grupamento de atendimento de emergência do corpo de bombeiros; Polícia Rodoviária Federal e Estadual. Esses serviços também são regidos pela portaria nº 2.048 GM, de 5 de novembro de 2002, que regulamenta o atendimento das urgências tanto públicas quanto privadas, estabelecendo as competências e as atribuições dos trabalhadores que compõem os serviços (idem, 2006a).

Na legislação vigente, escrita também por colaboradores do SAMU porto-alegrense, está prevista a composição das equipes do SAMU com elementos oriundos da área da saúde e de outras áreas (ibidem). Os elementos oriundos da área da saúde, no âmbito do SAMU, são: enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e médicos, que tripulam ambulâncias conforme a complexidade dos atendimentos e que devem estar capacitados para a função. Além das capacidades exigidas pela legislação, os profissionais da área da saúde devem também participar das atividades promovidas pelos Núcleos de Educação em Urgências de cada serviço (ibidem; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

Na produção científica brasileira sobre o atendimento móvel de urgência, tem sido destacada a importância da enfermagem, sendo referido que a participação dos enfermeiros tem se ampliado constantemente, tornando-se relevante na estruturação dos serviços e desenvolvendo ações educativas e de gerenciamento desta modalidade de atenção, além das funções assistenciais (RAMOS; SANNA, 2005; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008; VERONESE *et al.*, 2010). O destaque ainda aparece com relação às categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem, já que a maioria dos atendimentos é realizada pelas equipes de suporte básico (PEREIRA; LIMA, 2006; CICONET, 2009; MARQUES, 2010).

Os médicos, por sua vez, são mencionados como elementos centralizadores do funcionamento do sistema, atuando como orientadores a distância (telemedicina)

das equipes de suporte básico e avançado, além de atuarem como membros das equipes do suporte avançado. Autores argumentam que, no âmbito do atendimento às urgências em saúde, o médico não domina apenas o funcionamento do serviço, mas também um conhecimento que seria, em essência, multiprofissional (MARTINS; PRADO, 2003). Seguindo semelhante linha de argumentação, outros pesquisadores destacam a importância do trabalho interdisciplinar para a qualificação e a estruturação da assistência pré-hospitalar (PEREIRA; LIMA, 2006).

Apesar da importância destacada da enfermagem nas equipes que participam dos atendimentos, estes não podem ser realizados sem a participação de outros profissionais. É o caso daqueles que não são oriundos da área da saúde, como condutores, TARMs e ROPs (BRASIL, 2006a).

O atendimento pré-hospitalar tem sido destacado nos estudos em relação à avaliação da sobrevivência e das vítimas socorridas (SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011). Assim, a falta desse tipo de socorro é apontada como um dos entraves à atenção médica, por exemplo, às pessoas com infarto agudo do miocárdio (MUSSI *et al.*, 2007). Nesse caso e em muitos outros, quanto maior o tempo de início do tratamento daquelas pessoas, maior será a possibilidade de o tratamento não ser efetivo, diminuindo as chances de melhora desses pacientes (*ibidem*; AHA, 2010).

Além dos agravos clínicos (MARQUES, 2010), os agravos relacionados ao trauma também são lembrados nas referências bibliográficas nacionais e internacionais como situações em que o atendimento pré-hospitalar tem extrema relevância (POGGETTI *et al.*, 2007). A qualidade da assistência às vítimas, no sentido da adequação e da rapidez na realização dos primeiros socorros (uso de imobilizações, reposição imediata de líquidos, oferta de oxigênio), tem impacto positivo na diminuição de sequelas. É o caso, por exemplo, das vítimas de acidentes de trânsito (PEREIRA; PINTO; CICONET, 2000; POGGETTI *et al.*, 2007; PEREIRA; LIMA, 2006).

Segundo a legislação, o SAMU atende em situações nas quais houver risco de vida iminente: urgências clínicas agudas (parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória severa, convulsões etc.); urgências traumáticas (atropelamentos, acidentes de trânsito, quedas, queimaduras graves, afogamentos, agressões por armas de fogo ou brancas, choques elétricos etc.) e outras (PORTO ALEGRE, 2008a).

No julgamento do risco à vida que envolve cada situação, os MRs utilizam seus conhecimentos prévios. Tais conhecimentos geralmente provêm do resultado de cálculos de risco epidemiológico, o qual “[...] grosso modo, é a probabilidade de que um indivíduo qualquer, pertencente a um dado grupo identitário (expostos), venha também a pertencer a um outro grupo identitário (afetados)” (AYRES *et al.*, 2003, p. 128).

Por exemplo, quando um usuário apresentar ao MR uma queixa de dor torácica súbita e referir ser portador de diabetes e tabagista, será considerado como pertencente ao grupo de risco para infarto agudo do miocárdio. Nesse caso, o julgamento se justificará como pertinente para o envio de uma ambulância para atendimento, porque há resultados de estudos que mostram que sofrer uma dor torácica súbita, tendo história pregressa de diabetes e tabagismo, é forte evidência de estar sofrendo um infarto agudo do miocárdio. Os resultados desses estudos embasam os protocolos como os do *American Heart Association* (AHA, 2010), que ditam as normas internacionais para os profissionais da saúde identificarem e tratarem os agravos de natureza cardiológica e neurológica.

A posição de competência para julgar o caso é do MR. A relação entre a competência do regulador e o lugar que ele ocupa como julgador da situação é afirmada no Manual da Regulação Médica (BRASIL, 2006b). Este documento salienta, inclusive, que é perfeitamente possível o médico, por telefone, quantificar a gravidade do caso por meio de perguntas objetivas dirigidas diretamente ao paciente ou à pessoa que ligou solicitando ajuda, utilizando a semiologia dos protocolos pré-estabelecidos.

Trazendo essa definição para o contexto do SAMU, pode-se inferir que o solicitante que, via telefone, mencionar ao MR que está presenciando sinais e sintomas passíveis de serem indicativos de risco de infarto – ou de outro agravo que ameace a vida do indivíduo – terá acesso garantido ao serviço e prioridade absoluta de atendimento (Quadro 1).

Na intenção de orientar a avaliação das urgências, o Manual de Regulação Médica recomenda que seja realizada, pelo MR, uma avaliação multifatorial do grau de urgência. Este é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento, e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento (*ibidem*).

Conforme se observa no Quadro 1, o critério que define o nível de prioridade para atendimento do agravo de saúde no SAMU é o potencial do risco de vida envolvido.

Quadro 1 – Níveis do atendimento de urgência

Níveis	Prioridades	Tipo de risco de vida
1	Absoluta	Risco imediato de vida e/ou existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.
2	Moderada	Necessidade de atendimento médico dentro de poucas horas, não necessariamente imediato.
3	Baixa	Necessidade de avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.
4	Mínima	Situações em que o MR pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Fonte: Veronese e Oliveira (2009).

As situações que justificam o envio de uma ambulância para atendimento são denominadas *síndromes*, que, em três grupos, se referem às urgências de maior prioridade, conforme definido no Manual de Regulação Médica (BRASIL, 2006b). Além do critério *risco de vida*, outras situações podem justificar a necessidade de prioridade absoluta de atendimento pelo SAMU, em função de serem consideradas urgências pela sua importância social. Os três grupos sindrômicos são (ibidem, p. 75-76):

- 1) *Síndromes de Valência Forte*: situações onde o valor social da situação de urgência é muito elevado, por exemplo, quando um presidente da República cai na rampa do congresso. Essa situação, mesmo de gravidade nula, torna-se uma urgência pelo valor social do evento;
- 2) *Síndromes de Etiologia Potencialmente Grave*: onde a causa da situação de urgência indica uma gravidade muito elevada, por exemplo, queda de um prédio ou atropelamento por um caminhão;
- 3) *Síndromes de Semiologia Potencialmente Grave*: onde os sinais ou sintomas informados pelo solicitante indicam uma situação de gravidade elevada, por exemplo, quando alguém é encontrado inconsciente, ou cianótico, ou não está respirando ou está parindo.

Os grupos sindrômicos nos quais está subentendido o critério *risco de vida* são racionalizações definidas na legislação (BRASIL, 2006b) para que o SAMU

cumpra com excelência a sua missão de atendimento de alta complexidade na área da urgência. Ao atender a demanda que lhe compete, o SAMU deixa de lado uma demanda não atendida de pedidos de socorro que são classificados pelo serviço como não pertinentes. São situações que, na perspectiva do serviço, não implicam em síndromes, mas têm origem em condições de vida que podem levar ao aumento da potência de um agravo de saúde.

As comparações com os serviços de APH de outros países não são totalmente possíveis. Apesar da origem francesa, em relação ao despacho das ambulâncias, há centrais únicas em conjunto com bombeiros e policiais, evitando envio de vários recursos para uma mesma situação e não há uma demanda de casos não atendidos, como no Brasil (CICONET, 2011). Em outros países, como no Reino Unido (CARNEY, 1999), onde existe APH, este é realizado por paramédicos, uma categoria que não existe no Brasil, que são técnicos em emergências hospitalares (POGGETTI, 2007). No Japão (KAWAKAMI *et al.*, 2007), onde toda a demanda ao APH é atendida, um estudo realizado naquele país pressupõe que seja desnecessário atender a todos, e os resultados apontam que fatores socioeconômicos (idade, viver sozinho, não possuir carro, não saber o que fazer diante do agravo de saúde e lacunas no conhecimento de serviços de emergência) influenciam na decisão das pessoas em chamar ambulâncias (*ibidem*).

O que há em comum com o APH realizado pelos paramédicos e o realizado no Brasil é que, no ato do atendimento, utilizam-se alguns protocolos americanos – por exemplo, o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) (POGGETTI, 2007). No Brasil, os protocolos são executados pelos profissionais da saúde, respeitando as limitações legais de cada categoria (BRASIL, 2006a). Além disso, há países em que a triagem telefônica do serviço pré-hospitalar não é realizada por médicos. Por exemplo, no Reino Unido é realizada por enfermeiros (CARNEY, 1999) e na Indonésia é realizada por paramédicos (PITT; PUSPONEGORO, 2005), a partir de protocolos predefinidos.

No Brasil, o critério do MS para a instalação das equipes é o de 1 suporte básico para cada 100.000 habitantes e 1 suporte avançado para cada 500.000 habitantes (BRASIL, 2006).

Atualmente, para atender uma população de 1.409.351 habitantes o SAMU de Porto Alegre, (PORTO ALEGRE, 2011) conta com: 12 Equipes de Suporte Básico, 3 Equipes de Suporte Avançado: 21 enfermeiros, 44 médicos, 52 técnicos de

enfermagem, 74 condutores, 26 TARMs e ROPs, 5 assistentes administrativos (CICONET, 2011).

No cenário acima descrito a questão do acesso aos serviços de saúde é de extrema relevância. No tópico abaixo serão tratadas os principais temas do debate atual sobre acesso no contexto do SUS.

3.2 Acesso

O conceito de acesso, na área da saúde, compreende duas instâncias que são destacadas na literatura: uma diz respeito aos serviços de saúde, e a outra tem relação com as informações em saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Com relação aos serviços de saúde, a literatura destaca que a noção de acesso é complexa e tem a ver com a percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde³ e à conversão destas necessidades em demanda a estes serviços (PINHEIRO *et al.*, 2002). Além disto, também faz parte dos sentidos atribuídos a “acesso” a possibilidade ou não do uso efetivo destes serviços de saúde para satisfazer as necessidades sentidas (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Argumenta-se, ainda, que o acesso aos serviços de saúde tem relação com o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece, já que este acesso aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Nesta perspectiva, a falta de informação diminuiria significativamente a capacidade de decisão e de atuação da população em favor da saúde e da coletividade (COMISSÃO, 2008).

Para Messeder, Osório-de-Castro e Luiza (2005), a falta de informação que a população tem sobre o próprio SUS impacta no acesso aos serviços ofertados, no sentido de que pode gerar demanda excedente e não atendida (MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Nos serviços, esta demanda acaba por prejudicar o atendimento da demanda planejada, por não fazerem parte de um ou de

³ Uma necessidade de saúde, para Cecílio (2001), é composta por quatro conjuntos de necessidades: as condições de vida, a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a necessidade de vínculos (a)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

outro nível de atenção. Para os usuários, tal demanda resulta na possibilidade de não resolução de um problema de saúde.

Ainda nesta mesma linha de argumentação, alguns autores enfatizam que a universalidade do acesso poderia, nos serviços de saúde, ser traduzida por igualdade na oportunidade de acesso a estes serviços. Se o usuário conseguir entrar e utilizar um serviço de saúde, isto representa uma expressão positiva de acesso (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Como indicam as questões sobre acesso ao SUS trazidas até aqui, a literatura nem sempre é otimista com relação a esta questão, sugerindo que existem contradições entre o que foi proposto enquanto princípio e o que ocorre na prática (DESLANDES, 2002, COMISSÃO, 2008).

Estudos apontam inúmeras causas para as dificuldades de acesso dos usuários ao SUS e destacam como uma das principais conseqüências negativas deste problema a ampliação de uma demanda que não é atendida (TRAVASSOS *et al.*, 2000; RAMOS; LIMA, 2003; SILVA, 2003; OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004; MARQUES, 2004; VERONESE *et al.*, 2005; MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; MENEZES *et al.*, 2006; BAPTISTA, 2007; TREVISAN, 2007). Um caso que pode ilustrar esta problemática é a situação vivida por idosos e pela população masculina que, por falta de programas planejados a partir das necessidades dos usuários, podem encontrar dificuldades para acessar serviços de saúde (SILVA, 2003; ARAÚJO; LEITÃO, 2005; MERINO; MARCON, 2007; MENEZES *et al.*, 2006; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

As mudanças demográficas relacionadas ao aumento da longevidade dos indivíduos têm influência na saúde. Numa população mais idosa, a tendência é uma demanda maior de serviços de saúde de alta complexidade (SILVA, 2003). Esta questão da necessidade de articulação entre as políticas e os programas de saúde com o perfil demográfico da população local tem sido apontada como importante para a minimização dos problemas de acesso vivenciados no âmbito do SUS (*ibidem*).

O perfil demográfico da região é um dos critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2008b). Sem o adequado ordenamento dos serviços, alinhado com as mudanças demográficas, poderá não haver recursos suficientes para determinadas ações (SILVA, 2003).

No caso das populações mais velhas, a deficiência na regulação dos recursos poderá implicar dificuldades de acesso dos idosos nos diferentes níveis dos serviços do SUS. A dificuldade em encontrar um serviço de saúde com a tecnologia necessária disponível muitas vezes será determinante para que ocorram crises agudas nas doenças crônicas.

Em relação aos homens, pode-se mencionar que a falta de planejamento levando em conta as diferenças entre os sexos também impacta no acesso. Homens e mulheres têm necessidades diferentes, em função das especialidades que procuram para resolver seus problemas de saúde. Observa-se que existem poucas propostas de atenção à saúde do homem (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; MERINO; MARCON, 2006; MENEZES *et al.*, 2006). Da mesma forma que na problemática da saúde dos idosos, a agudização de problemas masculinos, como as doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, muitas vezes não diagnosticadas, podem levá-los também a procurar os serviços de urgência.

Outros fatores apontados na literatura como influentes no acesso dos usuários aos serviços do SUS têm relação a desigualdades socioeconômicas e geográficas. Para alguns autores, aqueles sujeitos cujas condições financeiras são melhores possuem maior facilidade de acesso e poder de escolha para obter recursos tecnológicos de uma ou outra especialidade médica, inclusive, ou, financiar sua saúde suplementar (SILVA, 2003; TREVISAN, 2007; CECCIM *et al.*, 2008). Neste sentido, as desigualdades socioeconômicas podem ser determinantes nas preferências dos indivíduos pelo serviço que seja mais adequado para a resolução de suas necessidades de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002). Na prática assistencial, o que se percebe que influencia nos critérios de escolha dos serviços de saúde, é o local de acesso mais fácil ou possível para a resolução de seu problema (RAMOS; LIMA, 2003; LUDWIG; BONILHA, 2003; MARQUES; LIMA, 2007).

Uma outra situação percebida que influencia as preferências pessoais sobre os serviços de saúde é o não acolhimento de um determinado serviço ou a má experiência em determinadas unidades de saúde. Isto pode, inclusive, ser motivo para um usuário buscar atendimento em serviços distantes de sua residência (RAMOS; LIMA, 2003).

O poder de escolha sobre os serviços de saúde é limitado entre os sujeitos com menor poder aquisitivo, pois, geralmente, estes indivíduos moram nas periferias ou nas zonas rurais das cidades. Isso faz que as diferenças geográficas também

sejam fator de influência no acesso dos usuários aos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Ainda com relação à influência de diferenças geográficas, Pinheiro *et al.* (2002) afirma que as populações rurais possuem menos informação e recursos em saúde em relação às populações urbanas. No geral, os serviços de saúde estão concentrados em determinados lugares e são mais acessíveis às pessoas que deles estão mais próximas (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). No caso do acesso às consultas médicas e à internação hospitalar essas desigualdades são demonstradas por um estudo realizado recentemente pelo IBGE, que analisou esta questão através de uma escala de quatro níveis: o nível crítico, o intermediário, o razoável e o bom (MEDEIROS *et al.*, 2005). Na análise, a região sul apresentou um nível de acesso às consultas médicas que oscila entre razoável e intermediário e, em relação à internação hospitalar, entre razoável e bom. Apesar de que nas outras regiões brasileiras, estes acessos terem níveis mais heterogêneos, pode-se observar que os níveis críticos de acesso se encontram nos estados do Norte e Nordeste. A conclusão é a de que, no Brasil, o acesso a estes recursos medidos não é universal nem igualitário (MEDEIROS *et al.*, 2005).

Situação semelhante pode ocorrer em capitais de grande extensão geográfica e diversidade de contextos, como é o caso de Porto Alegre, onde co-existem áreas urbanas e rurais e uma grande periferia. Nestas cidades, os usuários que moram distantes dos serviços de saúde possivelmente terão maior dificuldade para acessar os serviços de saúde.

Um outro fator que potencializa a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas populações geograficamente distantes e socioeconomicamente desfavorecidas é a ausência de um sistema que viabilize o transporte de pacientes em áreas nas quais os critérios técnicos não indicam a conveniência da implantação de determinados serviços (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004).

Um mecanismo que na atualidade tem sido usado pela população para obter acesso aos serviços de saúde, quando este acesso é dificultado ou lhe é negado, é o apoio do judiciário. Uma situação bem comum é a dos usuários que recorrem a processos judiciais para ter acesso a medicamentos de alto custo ou importados (MESSADER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). A resolução de problemas de acesso pela via judicial acaba criando mais dificuldades para o sistema, reforçando a não-universalidade do acesso, pois o usuário que tem um destes mandados judiciais

expedidos tem preferência no atendimento das suas necessidades de saúde e pode usar um recurso que seria destinado a um outro usuário que esteja acessando o sistema conforme o preconizado. Situações como estas podem contribuir para produzir e aumentar as desigualdades de acesso que vem caracterizando o sistema.

A análise dos problemas de acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, desenvolvida na literatura revisada sugere que, para a compreensão de situações mais localizadas, é importante conhecer os problemas de saúde dos usuários de cada região e as especificidades de cada contexto, identificando os fatores que facilitam ou dificultam tal acesso (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). Além disso, o importante argumento de que, para resolver suas necessidades de saúde, as pessoas optam por utilizar um serviço ou outro como *porta de entrada* do SUS, a partir da identificação de qual a *porta aberta* ao sistema, remete, também à necessidade de se conhecer como os usuários definem suas preferências por determinados serviços de saúde, em detrimento de outros (MARQUES; LIMA, 2007). Neste sentido, o estudo da demanda não pertinente ao SAMU pode ser de grande valia no entendimento destas preferências.

Para desenvolver uma teorização sobre o fenômeno da DNP ao SAMU optou-se pelo referencial da Teoria da Estruturação, considerando seu potencial analítico na compreensão da ação social.

3.3 Teoria da Estruturação

A Teoria da Estruturação (TE) incide sobre a ação social e teve sua elaboração iniciada no ano de 1976 (GIDDENS, 2001). Anthony Giddens pertence à linha de críticos da sociologia clássica, cuja principal premissa é a de que não há como separar a subjetividade dos sujeitos, como é o caso dos fenomenologistas, da objetividade das estruturas sociais, como é o caso dos funcionalistas e dos estruturalistas (CORCUFF, 2001).

Giddens obteve formação na University of Hull e na London School of Economics, atuando como professor de Sociologia na University of Leicester e na University of Cambridge. De 1997 a 2003, foi diretor da London School of Economics and Political Science. Atualmente, leciona no King's College da University of London

e em Cambridge, além de trabalhar como conselheiro de líderes de políticas públicas na Ásia, na América Latina, na Austrália e no Reino Unido⁴.

No presente estudo, a análise destaca a agência do usuário que busca o atendimento do SAMU e as regras e os recursos que produzem e que são produtos dessa agência, considerados, na Teoria da Estruturação, como propriedades estruturais (GIDDENS, 2009).

Agência refere-se à capacidade que as pessoas têm para realizar uma ação em primeiro lugar, dada uma sequência de condutas (ibidem). Na TE, o que quer que tenha acontecido não o teria se esse indivíduo não tivesse interferido. Nesse sentido, a ação é um processo contínuo, um fluxo (idem, 2001).

O conceito de consciência prática ajuda a entender-se a agência, pois a mesma consiste no conhecimento tácito utilizado pelos atores para seguirem suas trajetórias de vida embora não exista uma expressão discursiva direta sobre esta ação (vide exemplo na seção 4.2).

Para Giddens (2009), as propriedades estruturais dos sistemas sociais só existem na medida em que formas de conduta social são cronicamente reproduzidas através do tempo e do espaço. Por isso, agência e estrutura não são consideradas um dualismo, mas fazem parte de uma mesma dualidade.

O autor argumenta que a dualidade da estrutura se refere às relações existentes entre a agência e a estrutura na sociedade, considerando que as propriedades estruturais dos sistemas sociais são, simultaneamente, condições e resultados das atividades realizadas pelos agentes que fazem parte desses sistemas (vide modelo de estratificação do agente no item 4.2). Trata-se de uma visão da construção do mundo social, em que suas dimensões estruturantes estão, ao mesmo tempo, situadas antes da ação, como suas condições, e depois, como produtos desta ação (ibidem).

Na TE, *estrutura* é o conjunto de regras e recursos implicados de modo recursivo na reprodução social. Regras geram ou são o meio de produção e reprodução das práticas. Assim, uma regra não corresponde à generalização daquilo que as pessoas fazem, mas à generalização das práticas habituais (idem, 2001). Os recursos são as bases ou os veículos do poder mobilizados pelos agentes em

⁴ Disponível em: <<http://www2.lse.ac.uk/sociology/whoswho/academic/Giddens.aspx>>. Acesso em: 12 maio 2011.

interação com outros agentes e com a estrutura e reproduzidos através da dualidade da estrutura (GIDDENS, 2001).

Os recursos, podem ser classificados, conforme Giddens (2009), de duas maneiras: materiais ou autoritários. Ele refere que os recursos materiais são aqueles que derivam do domínio humano sobre a natureza e estão envolvidos na geração de poder, incluindo o ambiente natural e os artefatos físicos. Em contraponto, Giddens indica que os recursos autoritários são os não materiais envolvidos na geração de poder, os quais derivam da capacidade de tirar proveito das atividades dos seres humanos, além de serem resultantes do domínio de alguns atores sobre os outros (GIDDENS, 2009).

Os críticos de Giddens consideram que a obra dele foi um modismo dos anos 1990 e que há deficiências em seu trabalho, por ele evitar discussões epistemológicas mais aprofundadas (SILVA, 2010). Isso porque o teórico passou a afirmar que seus conceitos serviriam apenas como dispositivos sensibilizadores para o pesquisador social. A defesa de Giddens é evitar que sua TE se torne uma grande teoria nos moldes parsonianos (risco que ele identifica em Habermas) – ou seja, um amontoado de conceitos que pretendem explicar e determinar toda a situação possível do mundo social (ibidem).

Recentemente, a TE de Giddens foi utilizada em outra tese de doutorado desenvolvida com foco no SAMU. Segundo a autora, este referencial teórico foi utilizado de modo simplificado para analisar a prática da integralidade no contexto deste serviço (O'DWYER, 2009). A tese deu origem a um artigo que destaca o potencial avaliativo da Teoria da Estruturação, sugerindo o seu uso como ferramenta para a avaliação dos serviços de saúde (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Apesar de concordar com o argumento sobre o potencial avaliativo da TE, este estudo segue outro direcionamento, objetivando desenvolver uma teoria analítica sobre a construção da demanda ao SAMU considerada não pertinente à natureza do serviço.

4 METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia que foi utilizada para coletar e analisar os dados do estudo que originou a presente tese.

A metodologia foi escolhida com a intenção de atender o objetivo da pesquisa: analisar a construção da demanda ao SAMU do município de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço. Optou-se por um estudo de caráter exploratório (TRIVIÑOS, 1987), dada a possibilidade de incrementar os conhecimentos sobre a DNP que este trabalho viabiliza.

O estudo desenvolveu-se em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A decisão de utilizar métodos qualitativos e quantitativos na mesma pesquisa deu-se em função da complexidade do fenômeno social a ser estudado e da possibilidade que o uso de métodos complementares oferece para melhor explorar tal complexidade (GIDDENS, 2009). Tal característica metodológica é denominada método misto sequencial (CRESWELL, 2007).

4.1 Etapa I – Abordagem quantitativa

Na etapa quantitativa do estudo, tratou-se de descrever em números o fenômeno da DNP. Os dados quantitativos analisados nesse momento foram obtidos diretamente pela pesquisadora, no banco de dados do SAPH.

O método do estudo quantitativo considerou os pressupostos da estatística descritiva (MOTTA, 2006), a qual orientou a elaboração de tabelas, figuras e quadros de frequências e de percentuais de frequência para organizar e ilustrar os dados da DNP.

Os itens a seguir descrevem em detalhes como se realizou essa primeira etapa.

4.1.1 População e amostra da Etapa I

A população do estudo foi a totalidade da população que pediu socorro ao SAMU durante o ano de 2009: 531.981 usuários (PORTO ALEGRE, 2009). A amostra analisada correspondeu a 26.233 pedidos de socorro classificados pelos MR como não pertinentes ao SAMU, referida no estudo como DNP.

4.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo as chamadas telefônicas ao 192, cujos pedidos de socorro foram classificados e registrados no banco de dados do SAPH como não pertinentes. Desse total de chamadas, excluíram-se as registradas como pedidos de socorro com incidentes, os quais corresponderam a situações nas quais foi impossível para o MR avaliar adequadamente a não pertinência (ligações interrompidas no decorrer da regulação, por exemplo).

4.1.3 Variáveis do estudo

Analisaram-se as seguintes variáveis:

- a) bairro do município de Porto Alegre que constava no SAPH como sendo a origem da chamada telefônica (Quadro 6)
- b) gerência: área que corresponde à gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para fins de planejamento e execução das ações da saúde (Quadro 5 e Quadro 6);
- c) faixa etária: intervalo de idades dos usuários;
- d) sexo: masculino e feminino;
- e) dia da semana em que ocorreu o pedido de socorro;
- f) faixa horária: intervalo de horas em que ocorreu o pedido de socorro;
- g) mês em que ocorreu o pedido de socorro;
- h) tipo de socorro: classificação do tipo de socorro que constava no SAPH;
- i) subtipo de socorro: corresponde à classificação do subtipo de socorro que constou no SAPH (subclassificações dos tipos de socorro). A fim de facilitar a apresentação dos resultados da análise, alguns subtipos de socorro foram agrupados, por semelhança, resultando nos subtipos da Tabela 7.

4.1.4 Análise dos resultados

Os resultados foram analisados com apoio do Núcleo de Assessoria Estatística da UFRGS e do software SPSS para organização dos dados, o que facilitou a análise descritiva dos mesmos.

As distribuições das frequências e dos percentuais de frequência (POLIT; HUNGLER, 1995), referentes aos dados das variáveis descritas anteriormente e ao cruzamento dessas variáveis, estão apresentadas em quadros, tabelas e figuras da seção 5.

4.2 Etapa II – Abordagem qualitativa

Na etapa qualitativa, analisou-se a parte dos dados que não pôde ser quantificada, porque se refere ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2001). Esse momento correspondeu ao relato dos solicitantes sobre os seus pedidos de socorro ao SAMU que foram classificados como não pertinentes pelo serviço.

4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Os critérios de inclusão foram:

- a) ser solicitante do SAMU, procedente de três bairros de maior concentração de ligações ao 192 classificadas como não pertinentes e que fizessem parte de uma mesma região e de uma mesma gerência, exceto o Centro (pois as solicitações neste local procedem, geralmente, de pessoas que buscam atendimento para sujeitos que transitam pelos bancos e comércios locais e não saberiam fornecer informações para a entrevista pretendida);
- b) lembrar-se da solicitação realizada ao SAMU;
- c) ler ou escutar pelo telefone o TCLE (APÊNDICE A) e aceitar participar do estudo.

Foram excluídos do estudo os solicitantes que não quiseram participar e os que não corresponderam aos critérios de inclusão.

4.2.2 Coleta de dados

Após a identificação dos três bairros que apresentavam a maior frequência de DNP, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os solicitantes de pedidos de socorro que resultaram em tal demanda.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente com auxílio de uma bolsista do Programa de Iniciação Científica, acadêmica da graduação em Enfermagem da UFRGS, na residência do solicitante ou via telefone, considerando os endereços de domicílios e telefones que constavam no banco de dados do SAPH.

A decisão, no decorrer da pesquisa, de passar a realizar as entrevistas por telefone deveu-se ao reconhecimento de que as áreas correspondentes aos domicílios dos entrevistados não apresentavam segurança para as entrevistadoras. No local havia uma briga entre gangues, inclusive com tiroteio num dos dias de entrevista. Outro motivo foi a reiterada manifestação de desconfiança dos moradores, que não queriam abrir a porta de suas residências, o que dificultava a gravação das entrevistas.

Foi uma tarefa difícil encontrar solicitantes dispostos a participarem da pesquisa, o que resultou em torno de duas centenas de ligações telefônicas aos solicitantes classificados como DNP para a obtenção de 31 entrevistas. Desconfiança, falta de tempo ou não lembrar do ocorrido foram os principais motivos das dificuldades para encontrar sujeitos para a coleta de dados. Querer participar da pesquisa, portanto, foi o principal critério utilizado para a escolha de quem entrevistar.

O tipo de entrevista escolhida para a coleta dos dados foi a semiestruturada (APÊNDICE B), em função da suposição de que esta possibilitaria, a partir de certos questionamentos básicos iniciais de interesse da pesquisa, formular mais questionamentos na medida em que se recebiam as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987). Desse modo, o solicitante entrevistado seguiria espontaneamente sua linha de pensamento no relato de suas experiências sobre o foco da pesquisa.

A coleta terminou quando foi constatada saturação teórica, ou seja, quando não emergiram na análise novas propriedades ou dimensões dos dados ou novos dados. Isso significa que o desenvolvimento da teoria já estava denso e as relações entre as categorias bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Foram realizadas entre os meses de março e outubro do ano de 2009, 31 entrevistas no total: 11 no bairro Cavahada, 10 no bairro Partenon e 10 no bairro Rubem Berta. Os trechos das entrevistas citados no decorrer da tese foram identificados com letras e números para garantir o anonimato dos entrevistados. Nas transcrições das entrevistas utilizou-se letras E (entrevista), seguida das letras C

(Cavallhada), ou RB (Rubem Berta) ou P (Partenon), de acordo com o bairro de procedência do entrevistado e de um número, de acordo com a sequência da realização das entrevistas.

As observações em relação aos elementos que constituíram o contexto da entrevista, bem como sobre a interação estabelecida entre as entrevistadoras e os solicitantes do SAMU e/ou usuários, foram registradas em *memos* (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Esse tipo de registro foi importante para a análise dos dados, pois ali se apontavam as reflexões, os *insights* e as decisões que iam surgindo durante a coleta, a organização e a análise dos dados, num exercício analítico que se repetia a cada entrevista. A partir das anotações, tomavam-se decisões sobre que informações ainda seriam importantes obter para complementar o que já havia emergido das entrevistas anteriores. Todos os *insights* em relação ao fenômeno pesquisado – registrados nos *memos* – foram utilizados para a organização do estudo e, conseqüentemente, enriqueceram e facilitaram o processo de ir e vir preconizado pela Teoria Fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 1988; CHARMAZ, 2009).

4.2.3 Organização dos dados e análise dos resultados

O processo de análise foi orientado pela Teoria Fundamentada (TF), originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss. Conforme Strauss e Corbin (1998), uma teoria é resultado de um cenário de categorias bem desenvolvidas (por exemplo, temas, conceitos) que são sistematicamente inter-relacionadas, através de extratos de relações, para formar uma estrutura teórica que explica alguma relevância social, psicológica, educacional, de enfermagem ou de outro fenômeno.

Nesse sentido, a metodologia da TF assemelha-se a outras abordagens qualitativas de análise. O que lhe confere especificidade é a forma como o processo analítico é desenvolvido, envolvendo uma constante comparação entre os dados e uma concomitância entre a coleta, a codificação e a análise dos mesmos. Tais comparações são utilizadas como ferramentas analíticas para estimular o pensamento sobre propriedades e dimensões de categorias (ibidem).

A organização dos dados referentes ao fenômeno da DNP, baseada nos pressupostos da TF, iniciou com a transcrição das entrevistas realizadas, uma de cada vez. A cada transcrição era realizada uma análise parcial, que indicava novos temas para serem aprofundados em uma nova entrevista. Não raro, retornou-se ao entrevistado para complementar alguma informação que necessitava maiores explicações para a análise. Nessa organização, o software NVIVO 2.0 (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003) auxiliou no agrupamento de trechos relevantes das entrevistas em categorias. Esse processo iniciou na primeira entrevista, sendo feito a cada entrevista. Nessa primeira *organização*, consideraram-se as seguintes unidades de análise:

- a) agravo de saúde que originou o pedido de socorro;
- b) situação do entorno do agravo de saúde;
- c) o SAMU;
- d) a urgência;
- e) outros serviços para atendimento das urgências;
- f) por que solicitou o SAMU;
- g) o que poderia ter feito além de solicitar o SAMU;
- h) justificativa para escolher o SAMU;
- i) resolução do agravo de saúde;
- j) conhecimentos sobre primeiros socorros;
- k) sentimentos após a negativa do SAMU.

Essas unidades de análise indicavam que, no fenômeno da DNP, há grande quantidade de variações possíveis de acontecer, portanto foram necessárias interpretações complexas e a coleta de dados guiada por evoluções sucessivas de interpretações, feitas durante o curso do estudo, até chegar ao produto final que se desejava, que era a abstração da teoria sobre o fenômeno da DNP. Visando à caracterização do fenômeno, foi preciso examinar os dados para entender a complexidade que estava atrás e além deles (STRAUSS, 1987).

O desenvolvimento concomitante da coleta e da análise dos dados resultou no que Strauss e Corbin (1998) chamaram de amostragem teórica, que se constitui no agrupamento e reagrupamento das informações, encorpando os conceitos da teoria em evolução com base no exercício de comparações.

Essas comparações ocorreram entre: diferentes entrevistados (seus modos de ver, situações, ações, descrições e experiências); dados de mesmos indivíduos

com eles mesmos em diferentes pontos no tempo; incidentes com incidentes; dados com teorias; uma categoria com outra(s) categoria(s). Desse modo, cabe destacar que as comparações não aconteceram de modo linear, sendo realizadas até o final do estudo. O trabalho com os dados teve a intenção de construir a teoria e o conhecimento com base na experiência dos próprios atores sociais, solicitantes da DNP.

Iniciou-se a análise, como já mencionado, a partir da organização dos dados em unidades de análise, em que cada uma foi nomeada com uma palavra ou sentença que representasse seu significado. O agrupamento das unidades de análise gerou categorias, as quais foram nomeadas com a linguagem da pesquisa ou abstraídas, em um processo chamado *codificação aberta* (CHARMAZ, 2009):

- a) problemas de saúde;
- b) agravos de saúde;
- c) necessidades biológicas;
- d) necessidades sociais;
- e) necessidades econômicas;
- f) conflitos no significado de urgência;
- g) primeiros socorros;
- h) problemas de acesso no atendimento aos agravos de saúde.

Importa mencionar que tais categorias (ou *códigos substantivos*), geradas no agrupamento das unidades de análise, correspondem aos dados empíricos e dão origem a conceitos que representam o fenômeno estudado, da construção da DNP. Esse processo denomina-se *codificação aberta* (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Concomitantes à codificação aberta, eram realizadas outras codificações: a *codificação seletiva ou teórica* (que corresponde ao modo mais abstrato da análise, que origina os *códigos teóricos*) e a *codificação axial*, a partir de um paradigma de análise, explicado mais adiante (ibidem; CHARMAZ, 2009).

Nesse momento da análise já haviam sido lidos vários autores que teorizavam a constituição das sociedades, pois se sentia a necessidade de buscar numa teoria social os pressupostos que corroboravam os resultados da análise dos dados do estudo. Isso era necessário para que os argumentos sobre as evidências teóricas fossem expostos com maior segurança. Como a análise da construção da DNP indicava que esta era, ao mesmo tempo, produzida pela agência dos sujeitos e também um produto da estrutura para atendimento dos agravos de saúde, optou-se

pela TE. Essa teoria aborda a agência e a estrutura como partes de uma mesma dualidade (GIDDENS, 2009). Agência e estrutura, portanto, surgiram nesse momento como os *códigos teóricos* da análise.

Realizada a codificação teórica, procedeu-se à codificação axial, na qual foi feita a integração entre as categorias apontadas na codificação aberta e as identificadas na codificação seletiva. O objetivo era reunir os dados elaborando conexões entre as categorias, enquanto buscava-se descobrir a maneira como explicar o processo de construção da DNP, tendo em conta o ponto de vista dos atores e como eles lidavam com o problema, comparando-se à luz dos novos dados que iam chegando e tentando identificar as mais significativas categorias. Tal processo reduziu o número de categorias, as quais se tornaram mais organizadas, originando duas categorias: a) *solicitando socorro ao SAMU: a agência do usuário*; b) *utilizando a estrutura em situações de agravo à saúde*.

O roteiro seguido para o desenvolvimento do paradigma que deu origem a essas duas categorias foi o orientado por Charmaz (2009):

1. condições, circunstâncias ou situações as quais determinam a estrutura dos fenômenos estudados;
2. ações/interações, rotina dos participantes ou suas respostas estratégicas a questões, eventos, problemas; e
3. consequências, efeitos das ações/interações.

A totalidade abordada no paradigma refere-se às codificações e à sequência de ações e interações pertencentes ao fenômeno estudado e é chamada de processo (STRAUSS; CORBIN, 1998). É importante salientar que o processo é o resultado final do estudo, correspondendo ao que foi planejado nos objetivos do mesmo, baseado no paradigma (CHARMAZ, 2009). Esta pesquisa mostra como a DNP é construída. O processo desenvolvido foi denominado *Produzindo a DNP: a dualidade da estrutura* e está representado na Figura 1.

4.3 Considerações bioéticas

Atendendo às recomendações da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), no momento em que os sujeitos do estudo foram convidados para as entrevistas explicou-se o objetivo da pesquisa e que eles, a qualquer momento, poderiam desistir da participação sem nenhum tipo de ônus.

Também lhes foi informado que as entrevistas seriam gravadas, que as fitas seriam transcritas pela pesquisadora e que os dados servirão para os fins da pesquisa e serão divulgados por meio da publicação da tese e de artigos científicos. Foi garantido o anonimato da identidade dos sujeitos, utilizando-se letras e números, em vez de nomes, para identificar as entrevistas. As gravações serão mantidas pela pesquisadora por cinco anos e destruídas após esse período. Tais informações foram parte do TCLE, que foi assinado por cada entrevistado e cuja cópia lhes foi fornecida (APÊNDICE A).

Este projeto teve apreciação do CEP da SMS de Porto Alegre e aprovado sob registro 346 em 3 de junho de 2009 (ANEXO). O fato de as entrevistas precisarem ser realizadas via telefone foi comunicado e autorizado por este mesmo CEP, que orientou a gravação do TCLE, o que foi feito.

5 CARACTERIZAÇÃO DA DNP NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE NO ANO DE 2009

Esta seção apresenta a primeira etapa de análise dos dados referentes à caracterização da DNP do SAMU do ano de 2009.

Conforme o que já foi explicitado anteriormente, a DNP corresponde ao conjunto de pedidos de socorro que, após a triagem realizada pelos médicos responsáveis pela regulação do serviço, não foi atendida pelas equipes das ambulâncias.

A decisão de não atender tem a ver com a avaliação médica de que a situação não representa risco imediato à vida dos solicitantes, nem uma valência social significativa. Apesar da sua importância, não existem pesquisas anteriores sobre as características da DNP do município de Porto Alegre.

No estudo, identificaram-se os três bairros da cidade onde ocorreu a maior frequência de chamados correspondentes à DNP, relacionando-a com as variáveis: idade, sexo, faixa horária, dia da semana, mês, tipo de socorro, subtipo de socorro, gerência e bairro (ver a descrição das variáveis na seção 4, Metodologia).

A identificação dos bairros forneceu subsídios para a delimitação dos locais que serviram de campo de estudo na etapa qualitativa. A caracterização foi realizada através da análise do banco de dados do SAPH, o sistema informatizado do SAMU de Porto Alegre.

Foram analisadas as informações em relação aos números totais da DNP do município de Porto Alegre (26.233 pedidos de socorro), além da análise da DNP por gerências da Secretaria de Saúde, por regiões do Orçamento Participativo e por bairros.

Para fins da apresentação da caracterização da DNP ao SAMU de Porto Alegre, os resultados do estudo foram divididos em três partes:

- a) a primeira versa sobre os resultados totais da DNP ao SAMU da cidade de Porto Alegre;
- b) a segunda versa sobre os resultados do estudo por gerências da Secretaria de Saúde do município de Porto Alegre, a saber: Centro; Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas; Norte e Eixo Baltazar; Leste e Nordeste; Glória, Cruzeiro e Cristal; Sul e Centro-Sul; Partenon e Lomba do Pinheiro; Restinga e Extremo Sul e;

- c) a terceira versa sobre os resultados do estudo nos bairros Partenon, Rubem Berta e Cavalhada do município de Porto Alegre, que foram os que tiveram maiores frequências de pedidos de socorro não pertinente das gerências mencionadas anteriormente, exceto a Centro e também pertenciam a mesmas regiões. Elaboraram-se figuras, tabelas e quadros no decorrer da caracterização da DNP, a partir dos dados do SAPH.

5.1 Resultados totais da DNP

Conforme o Relatório da Gerência do SAMU de Porto Alegre, no ano de 2009, as TARMs atenderam 531.981 ligações. As TARMs transferiram para os MRs 79.078 ligações através do telefone 192 e 7.105 através dos rádios da EPTC, BM ou do telefone interno do HPS, totalizando 86.183 regulações médicas.

O HPS é o hospital onde está sediada a central de regulações do SAMU de Porto Alegre. As demais ligações foram classificadas como trotes, ligações interrompidas, por engano, fora de área ou pedido de informações (PORTO ALEGRE, 2009).

Da totalidade das ligações transferidas aos MRs, 48% (41.348) foram classificadas como *pertinentes* e foram enviadas ambulâncias para atendimento e 33,4% (28.770) foram classificadas como *não pertinentes*. As demais 18,6% das ligações foram classificadas como *sem dados* (15.475 ou 17,9%) e como *necessárias e sem meios* (590 ou 0,7%) (ibidem, 2009).

Entre as ligações *não pertinentes*, ocorreram aquelas que foram assinaladas pelos MRs *com incidentes*, e que foram pedidos de socorro em que eles não tiveram informações suficientes para finalizar a regulação. As ligações telefônicas ao telefone 192 assinaladas *com incidentes* foram descartadas do estudo.

A amostra do estudo, após descartar as ligações *com incidentes*, foi de 26.233 ligações, o que correspondeu a 91% das ligações classificadas como *não pertinentes* no ano de 2009.

Os 26.233 pedidos de socorro que foram classificados como não pertinentes ao SAMU e *sem incidentes* corresponderam a 33,2% das 79.078 ligações que foram transferidas para MRs, procedentes do telefone 192.

As características dos 26.233 pedidos de socorro classificados pelos MRs como não pertinentes ao SAMU e sem incidentes serão apresentadas a seguir.

Os resultados que serão apresentados a seguir levam em consideração a distribuição gerencial apresentada no Quadro 2. No Quadro 2 podem ser constatadas as regiões que compõe cada uma das gerências.

Quadro 2 – Distribuição de regiões por gerências, Porto Alegre, 2009

GERÊNCIA	REGIÃO
1 – CENTRO	16 – Centro
2 – NOROESTE, HUMAITÁ, NAVEGANTES e ILHAS	1 – Humaitá/Navegantes 2 – Noroeste 17 – Ilhas*
3 – NORTE e EIXO BALTAZAR	5 – Norte 14 – Eixo Baltazar
4 – LESTE e NORDESTE	3 – Leste 6 – Nordeste
5 – GLÓRIA, CRUZEIRO e CRISTAL	9 – Glória 10 – Cruzeiro 11 – Cristal
6 – SUL e CENTRO-SUL	12 – Centro-Sul 15 – Sul
7 – PARTENON e LOMBA DO PINHEIRO	7 – Partenon 4 – Lomba do Pinheiro
8 – RESTINGA e EXTREMO SUL	8 – Restinga 13 – Extremo-Sul

* A Região Ilhas foi desmembrada da Região 1, no ano de 2008, para fins do OP, mas esse desmembramento não é reconhecido pela Secretaria de Planejamento nem pela SMS, que consideram essa região ainda agrupada à Região 1, junto com Humaitá e Navegantes.

Fonte: A autora (a partir de informações de PORTO ALEGRE, 2011)

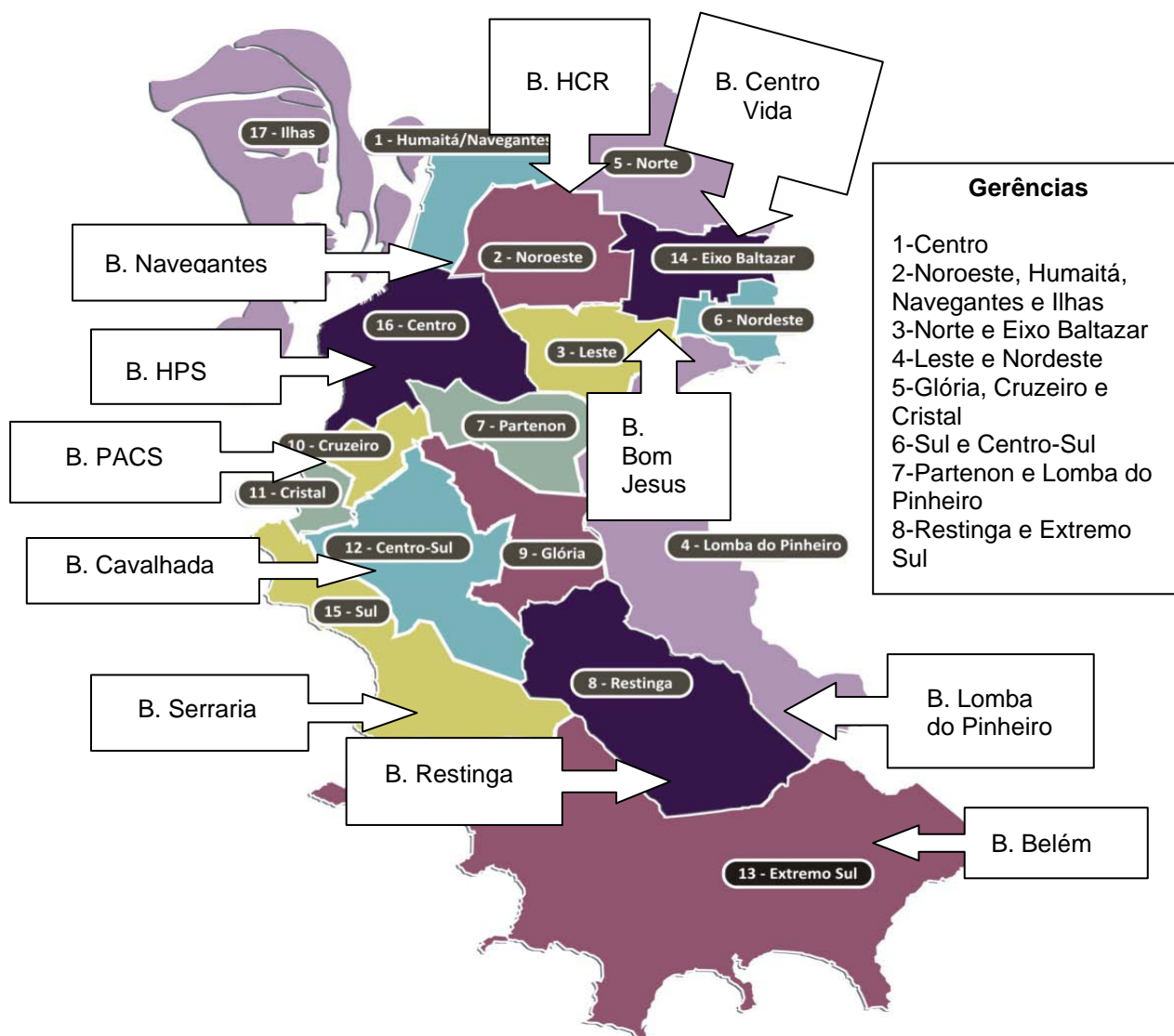
A localização geográfica dos resultados é importante, pois, por ser um município com área total de 405,53 km² (PORTO ALEGRE, 2011), é possível que haja uma diversidade de características locais relacionadas com a demanda não pertinente ao SAMU.

Um exemplo dessa diversidade está exposto na Tabela 1, que mostra que a DNP ocorre com maior frequência em algumas gerências do que em outras.

No mapa apresentado na Figura 1 pode ser visualizada a cidade de Porto Alegre com as divisões regionais e a localização das gerências e das bases do SAMU.

Na Tabela 1, observa-se que na Gerência 1 (Centro) ocorreu o maior percentual de frequência de Porto Alegre, seguido pelas gerências 7 (Partenon e Lomba do Pinheiro), 3 (Norte e Eixo Baltazar) e 6 (Sul e Centro-Sul).

Figura 1 – Gerências, regiões e bases do SAMU, Porto Alegre, 2009



Fonte: A autora (a partir de mapa publicado, PORTO ALEGRE, 2011).

Tabela 1 – Distribuição da DNP por gerência, Porto Alegre, 2009

Gerência	N	%
1	4.993	19,0
2	3.247	12,4
3	3.719	14,2
4	2.161	8,2
5	2.302	8,8
6	3.681	14,0
7	3.790	14,4
8	1.991	7,6
18*	349	1,3
Total	26.233	100

*Gerência 18 são os pedidos com gerência indefinida.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Quadro 3 – Distribuição da DNP por região, bairro oficial, bairro não oficial e população residente conforme o Censo de 2000, Porto Alegre, 2009

REGIÃO	BAIRRO OFICIAL (N)	BAIRRO NÃO OFICIAL (N)	TOTAL (N)	TOTAL (%)	POPULAÇÃO (%)
1-HUMAITÁ/ NAVEGANTES	Anchieta (66), Farrapos (136), Humaitá (213), Navegantes (632), São Geraldo (241)	Parque Humaitá (3), Parque Dona Matilde (6) Mário Quintana-Navegantes (8)	1.305	5	4*
2-NOROESTE	Boa Vista (55), Cristo Redentor (279), Higienópolis (106), Jardim Itu (244), (Jardim Itu-Sabará), Jardim Lindoia (87), Jardim São Pedro (32), Passo D'Areia (319), Santa Maria Goretti (23), São João (202), São Sebastião (74), Jardim Floresta (36), Vila Ipiranga (129)	Vila Iapi (72), Jardim Itati (8), Parque Minuano (4), Vila Floresta (10), Jardim Ipiranga (43)	1.723	7	9
3-LESTE	Bom Jesus (494), Chácara das Pedras (67), Jardim Carvalho (289), Jardim do Salso (45), Jardim Sabará (Jardim Itu-Sabará) (61), Três Figueiras (42), Vila Jardim (250)	Jardim Ypu (43), Cefer (26), São Borja (11), Jardim Guanabara (3), Morro Santana (173)	1.504	6	9
4-LOMBA DO PINHEIRO	Agronomia (324), Lomba do Pinheiro (1184)	Protásio Alves (117), Vila Protásio Alves (4)	1.629	6	4
5-NORTE	Sarandi (1.200)	Porto Seco (90), Vila Santa Rosa (4), Vila Santo Agostinho (3), Parque dos Maias (146), Vila Nova Gleba (1), Vila Nova Brasília (1), Vila Elizabete (1)	1.446	6	7
6-NORDESTE	Mário Quintana (553)	Vila Safira (34), Vila Nova Safira (2), Chácara da Fumaça (12), Safira (56)	657	3	2
7-PARTENON	Coronel Aparício Borges (40), Partenon (1.734), Santo Antônio (129), São José (186), Vila João Pessoa (5)	Intercap (45), Parque Santa Fé (21), Parque Sabiá (1)	2.161	8	9
8-RESTINGA	Restinga (671)	Restinga Nova (301)	972	4	4
9-GLÓRIA	Belém Velho (294), Cascata (83), Glória (594)		971	4	3
10-CRUZEIRO	Medianeira (194), Santa Tereza (524)	Morro Santa Tereza (73)	791	3	5
11-CRISTAL	Cristal (540)		540	2	2
12-CENTRO-SUL	Camaquã (293), Cavalhada (711), Nonoai (331), Teresópolis (240), Vila Nova (560)	Alto Teresópolis (86)	2.221	8	8
13-EXTREMO SUL	Belém Novo (408), Lageado (38), Lami (319), Ponta Grossa (191)	Chapéu do Sol (63)	1.019	4	2
14-EIXO BALTAZAR	Rubem Berta (1525)	Jardim Leopoldina (262), Jardim Planalto (86), Passo da Mangueira (11), Vila Ingá (9), Vila Alexandrina (2), Vila Passo das Pedras (1), Passo das Pedras (376), Vila Varig (1)	2.273	9	7
15-SUL	Espírito Santo (55), Guarujá (102), Hípica (215), Ipanema (250), Pedra Redonda (1), Serraria (175), Tristeza (286), Vila Assunção (4), Vila Conceição (3), Jardim Isabel (2)	Aberta dos Morros (211), Juca Batista (69), Assunção (68), Moradas da Hípica (19)	1.460	6	5
16-CENTRO	Auxiliadora (99), Azenha (227), Bela Vista (85), Bom Fim (214), Centro (1739), Cidade Baixa (403), Farroupilha (48), Floresta (426), Independência (88), Jardim Botânico (158), Menino Deus (361), Moinhos de Vento (122), Mont'Serrat (54), Petrópolis (307), Praia de Belas (55), Rio Branco (167), Santa Cecília (67), Santana (316), Marcílio Dias (1)	Alto Petrópolis (56)	4.993	19	20
17-ILHAS	Arquipélago (28)	Ilha das Flores (39), Ilha da Pintada (85), Ilha dos Marinheiros (33), Ilhas (34)	219	1	0
18-NÃO SABE**	Não sabe (349)		349	1	0
TOTAL			26.233	100	100

* Na população desta região está incluída a da Região Ilhas (desmembrada, para fins do OP, no ano de 2008, da Região 1).

** Não sabe e não informado são nomenclaturas para a classificação de bairros encontrada no banco de dados do SAMU.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009 e de PORTO ALEGRE, 2000).

Quando os resultados foram analisados por regiões do Orçamento Participativo, no Quadro 3, observou-se que as regiões 16 (pertencente à Gerência Centro), 14 (pertencente à Gerência Eixo Baltazar), 12 (pertencente à Gerência Centro-Sul) e 7 (pertencente à Gerência Partenon) geraram as maiores ocorrências de DNP. Verificou-se, portanto, que as regiões com maior frequência de DNP coincidiram com as gerências de maior DNP.

Também no Quadro 3, verificou-se que a porcentagem de frequência da DNP do município de Porto Alegre, por regiões, foi igual ou com diferença menor de 2% de porcentagem de frequência da população residente nas regiões 1, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16 e 17.

Nas regiões 2, 3 e 10, o percentual de frequência da DNP foi menor (até 2%) do que o percentual de frequência da população residente dessas regiões. A constatação de diferença percentual sugere que a população residente nas regiões 2, 3 e 10 esteja mais bem coberta em termos de atendimento às suas urgências do que a população das regiões 4, 13 e 14, cujo percentual de frequência foi maior (até 2%) do que o percentual de frequência da população residente nessas regiões.

Nas demais regiões, os percentuais de frequência de DNP e de população residente foram iguais ou com diferenças menores do que 2%, o que não significa que essas regiões possam estar com melhor ou pior atendimento das urgências da sua população, pois não há informações suficientes para tal conclusão. Também no Quadro 3 se observam as frequências da DNP por bairro que compõe cada região. Para melhor visualização das frequências e dos percentuais de frequência entre os dois tipos de bairros de Porto Alegre, separou-se, no Quadro 3, por colunas, os bairros oficiais e os bairros não oficiais. Estes últimos são aqueles que não foram regulamentados no município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2011).

As maiores frequências da DNP em relação aos bairros, em cada região, foram as seguintes: Região 1 – Humaitá; Região 2 – Passo d’Areia; Região 3 – Bom Jesus; Região 4 – Lomba do Pinheiro; Região 5 – Sarandi; Região 6 – Mário Quintana; Região 7 – Partenon; Região 8 – Restinga; Região 9 – Glória; Região 10 – Santa Tereza; Região 11 – Cristal; Região 12 – Cavahada; Região 13 – Belém Novo; Região 14 – Rubem Berta; Região 15 – Tristeza; Região 16 – Centro; e Região 17 – Ilha da Pintada. As frequências e os percentuais de frequência referentes aos bairros de Porto Alegre podem ser visualizados na Tabela 2.

Nessa tabela, observou-se que, entre os bairros de Porto Alegre, os maiores percentuais de frequência de pedidos de socorro não pertinentes ocorreram no Centro (6,6%), no Partenon (6,6%), no Rubem Berta (5,8%), no Sarandi (4,6%), na Lomba do Pinheiro (4,5%) e na Cavalhada (2,7%).

Os resultados da DNP referentes aos bairros de Porto Alegre corroboram com os achados referentes aos maiores percentuais de frequência da DNP nas gerências e nas regiões, pois o bairro Centro pertence à Gerência 1 e à Região 16, o bairro Partenon pertence à Gerência 4 e à Região 7, o bairro Rubem Berta pertence à Região 14 e à Gerência 3, o bairro Cavalhada pertence à Região Centro-Sul e à Gerência 6. A exceção em relação à coincidência de o bairro também pertencer à região de maior frequência de DNP ocorreu no bairro Sarandi, que pertence à Região 5. Esta região não está entre as quatro de maior frequência de DNP, mas pertence à Gerência 3, como o bairro Rubem Berta.

Tabela 2 – Distribuição da DNP por bairro, Porto Alegre, 2009

Bairro	N	%	Bairro	N	%	Bairro	N	%
Aberta dos Morros	211	0,8	Jardim Carvalho	289	1,1	Porto Seco	90	0,3
Agronomia	324	1,2	Jardim do Salso	45	0,2	Praia de Belas	55	0,2
Alto Petrópolis	56	0,2	Jardim Floresta	36	0,1	Protásio Alves	117	0,4
Alto Teresópolis	86	0,3	Jardim Guanabara	3	0,0	Restinga	671	2,6
Anchieta	66	0,3	Jardim Ipiranga	43	0,2	Restinga Nova	301	1,1
Arquipélago	28	0,1	Jardim Isabel	2	0,0	Rio Branco	167	0,6
Assunção	68	0,3	Jardim Itati	8	0,0	Rubem Berta	1.525	5,8
Auxiliadora	99	0,4	Jardim Itu	244	0,9	Safira	56	0,2
Azenha	227	0,9	Jardim Leopoldina	262	1,0	Santa Cecília	67	0,3
Bela Vista	85	0,3	Jardim Lindoia	87	0,3	Santa Maria Goretti	23	0,1
Belém Novo	408	1,6	Jardim Planalto	86	0,3	Santa Teresa	524	2,0
Belém Velho	294	1,1	Jardim Sabará	61	0,2	Santana	316	1,2
Boa Vista	55	0,2	Jardim São Pedro	32	0,1	Santo Antônio	129	0,5
Bom Fim	214	0,8	Jardim Ypu	43	0,2	São Borja	11	0,0
Bom Jesus	494	1,9	Juca Batista	69	0,3	São Geraldo	241	0,9
Camaquã	293	1,1	Lageado	38	0,1	São João	202	0,8
Cascata	83	0,3	Lami	319	1,2	São José	186	0,7
Cavahada	711	2,7	Lomba do Pinheiro	1.184	4,5	São Sebastião	74	0,3
Cefer	26	0,1	Marcílio Dias	1	0,0	Sarandi	1.200	4,6
Cel. Aparício Borges	40	0,2	Mario Quintana	553	2,1	Serraria	175	0,7
Centro	1.739	6,6	Mario Quintana – Navegantes	8	0,0	Teresópolis	240	0,9
Chácara da Fumaça	12	0,0	Medianeira	194	0,7	Teste	1	0,0
Chácara das Pedras	67	0,3	Menino Deus	361	1,4	Três Figueiras	42	0,2
Chapéu do Sol	63	0,2	Moinhos de Vento	122	0,5	Tristeza	286	1,1
Cidade Baixa	403	1,5	Mont'Serrat	54	0,2	Vila Alexandrina	2	0,0
Cristal	540	2,1	Moradas da Hípica	19	0,1	Vila Assunção	4	0,0
Cristo Redentor	279	1,1	Morro Santa Tereza	73	0,3	Vila Conceição	3	0,0
Espírito Santo	55	0,2	Morro Santana	173	0,7	Vila Elisabete	1	0,0
Farrapos	136	0,5	Não Sabe	348	1,3	Vila Floresta	10	0,0
Farroupilha	48	0,2	Navegantes	632	2,4	Vila IAPI	72	0,3
Floresta	426	1,6	Nonoai	331	1,3	Vila Ingá	9	0,0
Glória	594	2,3	Parque Dona Matilde	6	0,0	Vila Ipiranga	129	0,5
Guarujá	102	0,4	Parque dos Maias	146	0,6	Vila Jardim	250	1,0
Higienópolis	106	0,4	Parque Humaitá	3	0,0	Vila João Pessoa	5	0,0
Hípica	215	0,8	Parque Minuano	4	0,0	Vila Nova	560	2,1
Humaitá	213	0,8	Parque Sabiá	1	0,0	Vila Nova Brasília	1	0,0
Ilha das Flores	39	0,1	Parque Santa Fé	21	0,1	Vila Nova Gleba	1	0,0
Ilha da Pintada	85	0,3	Partenon	1.734	6,6	Vila Nova Safira	2	0,0
Ilha dos Marinheiros	33	0,1	Passo da Areia	319	1,2	Vila Passo das Pedras	1	0,0
Ilhas	34	0,1	Passo da Mangueira	11	0,0	Vila Protásio Alves	4	0,0
Independência	88	0,3	Passo das Pedras	376	1,4	Vila Safira	34	0,1
Intercap	45	0,2	Pedra Redonda	1	0,0	Vila Santa Rosa	4	0,0
Ipanema	250	1,0	Petrópolis	307	1,2	Vila Santo Agostinho	3	0,0
Jardim Botânico	158	0,6	Ponta Grossa	191	0,7	Vila Varig	1	0,0
Total	9.598	36,5	-	8.840	33,5	-	7.795	29,5

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na tabela a seguir, as variáveis analisadas foram a faixa etária e o sexo.

Tabela 3 – Distribuição da DNP por faixa etária e por sexo, Porto Alegre, 2009

Faixa etária	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Menor que 1	882	6,5	1.903	16,6	2.785	11,6
1 a 4	421	3,1	421	3,6	842	3,3
5 a 9	241	1,8	311	2,6	552	2,2
10 a 14	309	2,3	322	2,7	631	2,5
15 a 19	1.009	7,5	635	5,4	1.644	6,4
20 a 24	1.249	9,3	904	7,7	2.153	8,5
25 a 29	1.035	7,7	789	6,7	1.824	7,2
30 a 34	937	7,0	867	7,4	1.804	7,2
35 a 39	861	6,4	701	6,0	1.562	6,2
40 a 44	846	6,3	744	6,3	1.590	6,3
45 a 49	842	6,2	707	6,0	1.549	6,1
50 a 54	888	6,6	743	6,3	1.631	6,4
55 a 59	642	4,8	493	4,2	1.135	4,5
60 a 64	693	5,1	614	5,2	1.307	5,1
65 a 99	2.602	19,3	1.569	13,2	4.171	16,4
Erro	23	0,2	15	0,1	38	0,1
Totais*	13.480	100	11.738	100	25.218	100

*Ao total, é necessário somar à DNP de 2009 o montante de 1.015 chamadas que foram classificadas com uma tecla de atalho do sistema informatizado do SAMU. Esse atalho corresponde à tecla *tab* que, quando pressionada, insere automaticamente o sexo “N” referente a “não sabe” e a idade “1”. Na Tabela 3 esse montante foi excluído, pois iria causar um viés importante na primeira faixa etária.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *faixa etária*, a maior parte das pessoas que ligaram para o 192 e que não foram atendidas pelo SAMU concentrou-se entre os 20 e os 39 anos (29,1%).

Em relação às demais faixas etárias, os menores de 10 anos, aqueles entre 10 e 19 anos, aqueles entre 40 e 59 anos e os acima dos 60 anos tiveram percentuais de 17,1%, 8,9%, 23,3% e 21,5%, respectivamente.

Em relação à variável *sexo*, 53% dos pedidos de socorro não pertinente ao SAMU procederam de pessoas do sexo feminino e 47% de pessoas do sexo masculino. Entre as faixas etárias, o sexo masculino apresentou o maior percentual de frequência somente entre os menores de 10 anos, com 11,4% no sexo feminino e 22,8% no sexo masculino.

Tabela 4 – Distribuição da DNP por dia da semana, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	N	%
Domingo	3.981	15,2
Segunda	3.649	13,9
Terça	3.554	13,5
Quarta	3.501	13,3
Quinta	3.819	14,6
Sexta	3.988	15,2
Sábado	3.741	14,3
Total	26.233	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 4, em relação à variável *dia da semana*, os percentuais foram semelhantes em todos os dias, e os maiores foram igualmente 15,2%, às sextas-feiras e aos domingos. A frequência encontrada nas sextas-feiras foi um pouco maior do que a dos domingos, com sete pedidos de socorro a mais.

Tabela 5 – Distribuição da DNP por faixa horária, Porto Alegre, 2009

Faixa horária	N	%
1h – 5h59min	3.316	12,6
6h – 12h59min	6.483	24,7
13h – 18h59min	7.821	29,8
19h – 0h59min	8.613	32,8
Total	26.233	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 5, em relação à variável *faixa horária*, constatou-se que a maioria as ligações ao 192 ocorreu entre 19h e 0h59min, com um percentual de 32,8%.

Na Tabela 6, em relação à variável *mês*, verificou-se que ocorreu uma diferença sazonal, havendo um aumento da DNP nos meses de julho e agosto. Em Porto Alegre, esses meses correspondem aos meses de inverno, em que a maioria dos dias é frio, com chuva e umidade. Além disso, nos meses quentes de novembro e dezembro e que correspondem ao final do ano também ocorreu um aumento da frequência da DNP.

Tabela 6 – Distribuição da DNP por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	N	%
Janeiro	2.002	7,6
Fevereiro	1.706	6,5
Março	2.120	8,1
Abril	2.109	8,0
Mai	2.064	7,9
Junho	2.154	8,2
Julho	2.688	10,2
Agosto	2.471	9,4
Setembro	2.116	8,1
Outubro	2.234	8,5
Novembro	2.238	8,8
Dezembro	2.331	8,9
Total	26.233	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Quanto à variável *tipo de socorro*, as suas frequências podem ser observadas na Tabela 7. Ocorreram, em relação à demanda não pertinente, os seguintes tipos de socorro:

- a) Clínico: 11.860 (45% do total);
- b) Orientação: 6.811 (26% do total);
- c) Psiquiátrico: 3.573 (14% do total);
- d) Traumático: 2.859 (11% do total);
- e) Obstétrico: 861 (3% do total); e
- f) Transporte: 269 (1% do total).

Além da variável *tipo de socorro*, o SAPH possibilita que o MR escolha também subtipos de socorro para melhor classificar a DNP.

Na Tabela 7 demonstra-se a variável *subtipo de socorro* com as suas categorizações. Observou-se que as maiores frequências e os maiores percentuais de frequência entre os subtipos de socorro foram:

- a) Digestivo (19,4% do tipo de socorro clínico);
- b) Trabalho de parto (56,8% do tipo de socorro obstétrico);
- c) Agitação (49,5% do tipo de socorro psiquiátrico); e
- d) Queda altura/própria (43,8% do tipo de socorro traumático).

Tabela 7 – Distribuição da DNP por tipo e subtipo de socorro, Porto Alegre, 2009

Tipo de socorro	Subtipo de socorro	N	%
Clínico	Digestivo	2.297	19,4
	Outros/Acamados	1.685	14,2
	Síncope/Tonturas	1.306	11,0
	Infecto.	1.391	11,7
	Neuro.	1.263	10,6
	Reum./Ortop./Dor	1.085	9,1
	Respiratório	1.018	8,6
	Cardio.	777	6,6
	Int. Exógena	420	3,5
	Metabólico	318	2,7
	Nefro.	136	1,1
	Neoplasia	105	0,9
	Gineco.	59	0,5
Total	Clínico	11.860	100
Obstétrico	Trabalho parto	489	56,8
	Outros gineco.	303	35,2
	Aborto	52	6,0
	Puerpério	14	1,6
	Parto	3	0,3
Total	Obstétrico	861	100
Psiquiátrico	Agitação	1.768	49,5
	Abuso álcool/drogas	1.342	37,6
	Depressão	259	7,2
	Outros psiquiátricos	204	5,7
Total	Psiquiátrico	3.573	100
Traumático	Queda altura/própria	1.252	43,8
	Outros traumas	576	20,1
	Agressão/Enforc./Fab./Faf.	489	17,1
	Colisão/Queda/Capotagem	280	9,8
	Atropelamento	81	2,8
	Queimadura	69	2,4
	Ac. produto tóxico	10	0,3
	Asp. conteúdo gástrico	7	0,2
	Afog./Eletrop.	4	0,1
Total	Traumático	2.859	100
Orientação	Orientação	6.811	100
Total	Orientação	6.811	100
Transporte	Transporte	269	100
Total	Transporte	269	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Os próximos resultados vão considerar a divisão gerencial para expor as frequências e os percentuais de frequência das variáveis relacionadas à DNP. Tal apresentação é importante para verificar as características da DNP em cada gerência e se há diferenças entre os resultados de cada local. É importante identificar diferenças para que a elaboração de um futuro planejamento de ações que visem a diminuir a DNP possa ser adequada a cada localidade.

5.2 DNP por gerências

Tabela 8 – Distribuição da DNP por faixa etária, por sexo e por Gerência, Porto Alegre, 2009

Gerência	G 1		G 2		G 3		G 4		G 5		G 6		G 7		G 8		Total		
	F. Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 10	939	20	488	16	483	13	308	15	333	15	596	17	586	16	314	16	4.047	16	
F	298	32	183	37	210	43	125	41	142	43	216	36	221	38	115	37	1.510	37	
M	641	68	305	63	273	57	183	59	191	57	380	64	365	62	199	63	2.537	63	
10 a 19	298	7	245	8	296	8	217	10	225	10	338	9	387	11	237	12	2.243	9	
F	159	53	136	56	172	58	122	56	131	58	201	59	236	61	149	63	1.303	58	
M	139	47	109	44	124	42	95	44	94	42	137	41	151	39	88	37	937	42	
20 a 39	1.299	28	834	27	1.041	29	623	30	709	32	1.066	30	1.110	30	594	31	7.276	29	
F	670	52	468	56	604	58	338	54	378	53	582	55	643	58	370	62	4.053	56	
M	629	48	366	44	437	42	285	46	331	47	484	45	467	42	224	38	3.223	44	
40 a 59	989	22	695	22	942	26	497	24	564	25	825	22	896	24	451	23	5.859	24	
F	512	52	377	54	502	53	261	53	323	57	493	60	475	53	251	56	3.194	55	
M	477	48	318	46	440	47	236	47	241	43	332	40	421	47	200	44	2.665	45	
60 e mais	1.058	23	834	27	863	24	450	21	412	18	770	21	712	19	344	18	5.433	22	
F	646	61	503	60	506	59	245	54	272	66	482	63	416	58	207	60	3.277	60	
M	412	39	331	40	357	41	205	46	140	34	288	37	296	42	137	40	2.166	40	
Subtotal	4.583	100	3.096	100	3.625	100	2.095	100	2.243	100	3.595	100	3.691	100	1.940	100	24.868	95	
Erro*	403	-	143	-	87	-	58	-	57	-	86	-	97	-	47	-	978	4	
Indefinida**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	349	1	
> 99***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	0	
Total	4.986	-	3.239	-	3.712	-	2.153	-	2.300	-	3.681	-	3.788	-	1.987	-	26.233	100	

*Corresponde ao número de valores de idades 0 e sexo N (atalho de teclado automático)

**Gerências indefinidas

***Corresponde ao número de idades superior a 99 anos (descontados por serem prováveis erros de registro)

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *idade*, a análise da Tabela 8 permite pontuar, entre outros achados, que os pedidos de socorro ocorreram com maior frequência na faixa etária dos 20 aos 39 anos em todas as gerências. Observa-se que na Gerência 2, houve a mesma frequência nessa faixa etária e na faixa etária dos idosos (60 anos e mais). A segunda faixa etária de maior frequência foi a dos 40 aos 59 anos nas gerências 2 a 8. Na Gerência 1, a segunda faixa etária de maior frequência foi a dos idosos.

Quanto à variável *sexo* em relação às faixas etárias, o sexo masculino (nos menores de 10 anos) e o sexo feminino (nos maiores de 60 anos) tiveram as maiores frequências entre as demais faixas etárias, em todas as gerências.

Tabela 9 – Distribuição da DNP por gerência e por sexo, Porto Alegre, 2009

Tipo Soc.	G 1		G 2		G 3		G 4		G 5		G 6		G 7		G 8		TOTAL (N)
	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	F(N)	M(N)	
Cl.	1.113	963	818	679	1.020	763	507	501	546	417	848	668	941	805	486	365	11.440
Obs.	45	0	97	0	109	0	76	0	92	0	142	0	150	0	128	0	839
Psiqu.	336	378	191	176	262	259	141	128	170	175	237	245	254	217	108	103	3.380
Tr.	223	331	123	205	114	158	84	122	99	121	184	231	139	190	77	105	2.506
Ori.	541	597	431	355	479	440	279	243	321	276	552	461	490	462	279	261	6.467
Tr.	32	29	13	14	15	12	8	13	18	9	11	15	19	23	15	17	263
St*	2.290	2.298	1.673	1.429	1.999	1.632	1.095	1.007	1.246	998	1.974	1.620	1.993	1.697	1.093	851	24.895
Erro**	405		145		88		59		58		87		100		47		989
Ind.***																	349
Total																	26.233

*Subtotal

**Corresponde ao número de valores de idades 0 e sexo N (atalho de teclado automático)

***Gerência indefinida

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 9, foram cruzadas as informações das gerências com as variáveis *tipo de socorro* e *sexo* dos solicitantes. Nesse cruzamento, verificou-se que, em todas as gerências, o tipo de socorro clínico foi o de maior frequência, considerando ambos os sexos. Destaca-se que, em cada uma das gerências, foi no sexo feminino que esse tipo de socorro teve a maior frequência.

Entre todas, a Gerência 1 apresentou a menor frequência de DNP por tipo de socorro obstétrico.

O tipo de socorro psiquiátrico ocorreu com maior frequência no sexo masculino nas gerências 1, 5 e 6. Nas demais, a maior frequência ocorreu no sexo feminino.

O tipo de socorro traumático ocorreu com maior frequência no sexo masculino em todas as gerências.

O tipo de socorro orientação ocorreu com maior frequência no sexo feminino em todas as gerências, exceto na Gerência 1. O tipo de socorro orientação é aquele em que o MR classifica os pedidos de socorro que o usuário telefonou ao 192, solicitando um conselho sobre como proceder diante de um problema de saúde como, por exemplo, o que fazer em casos de febre em crianças.

O tipo de socorro transporte ocorreu com maior frequência no sexo masculino nas gerências 2, 4, 6, 7 e 8. Nas demais, a DNP por tipo de socorro transporte ocorreu com maior frequência no sexo feminino.

Tabela 10 – DNP por tipo de socorro clínico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	13	13	15	14	17	16	12	100
Gerência 2	14	15	15	12	16	15	13	100
Gerência 3	15	14	15	15	15	14	12	100
Gerência 4	15	13	16	12	17	15	12	100
Gerência 5	12	15	16	13	16	14	14	100
Gerência 6	15	13	14	13	15	15	15	100
Gerência 7	15	14	15	14	15	14	13	100
Gerência 8	16	15	12	15	15	15	12	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *tipo de socorro clínico* e à variável *dia da semana*, é possível considerar, a partir da Tabela 10, que a demanda por dias da semana não segue um padrão.

Foi constatado que as quintas-feiras tiveram maior percentual de frequência de pedidos de socorro não pertinentes nas gerências 1, 2 e 4 e o domingo na Gerência 8. Na Gerência 3, o maior percentual de frequência foi verificado nos domingos, nas terças-feiras, nas quartas-feiras e nas quintas-feiras. Na Gerência 6, o maior percentual de frequência foi verificado nos domingos, nas quintas-feiras, nas sextas-feiras e nos sábados. Na Gerência 7, o maior percentual de frequência foi verificado nos domingos, nas terças-feiras e nas quintas-feiras.

Em relação ao menor percentual de frequência de pedidos de socorro não pertinentes, o sábado foi o dia com menor frequência de pedidos de socorro nas gerências 1, 3 e 7, as quartas-feiras na Gerência 2 e os domingos na Gerência 5. Na Gerência 4, o menor percentual de frequência foi encontrado nas quartas-feiras e nos sábados. Na Gerência 6, o menor percentual de frequência foi encontrado nas segundas-feiras e nas quartas-feiras. Na Gerência 8 o menor percentual de frequência foi encontrado nas terças-feiras e nos sábados.

Tabela 11 – Distribuição por tipo de socorro obstétrico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	16	12	14	10	20	14	14	100
Gerência 2	18	11	13	11	18	13	16	100
Gerência 3	10	13	19	15	15	15	13	100
Gerência 4	21	14	16	9	14	12	14	100
Gerência 5	21	9	13	13	17	17	10	100
Gerência 6	19	13	7	11	22	15	13	100
Gerência 7	12	11	14	14	17	20	12	100
Gerência 8	15	15	11	13	18	13	15	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *tipo de socorro obstétrico* e à variável *dia da semana*, é possível considerar, a partir da Tabela 11, que, assim como na situação anterior, a demanda não segue um padrão por dias da semana.

Às quintas-feiras, ocorreu a maior frequência nas gerências 1, 6 e 8, nos domingos nas gerências 4 e 5, nas terças-feiras na gerência 3 e nas sextas-feiras na Gerência 7. Na Gerência 2, o maior percentual de frequência foi verificado nos domingos e nas quintas-feiras.

Os menores percentuais de frequência ocorreram nos domingos na Gerência 3, nas segundas-feiras nas gerências 5 e 7, nas terças-feiras nas gerências 6 e 8 e nas quartas-feiras nas gerências 1 e 4. Na Gerência 2, os menores percentuais de frequência ocorreram nas segundas-feiras e nas quartas-feiras.

Na Tabela 12, em relação à variável *tipo de socorro psiquiátrico* e à variável *dia da semana*, diferentemente das duas situações anteriores, a demanda não pertinente ao SAMU teve um padrão. Observou-se que os maiores percentuais de frequência ocorreram nos sábados e nos domingos (finais de semana) em todas as gerências, e os menores percentuais de frequência ocorreram nos demais dias da semana.

Tabela 12 – Distribuição da DNP por tipo de socorro psiquiátrico, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	17	11	11	13	14	17	17	100
Gerência 2	19	8	14	13	13	15	18	100
Gerência 3	16	13	15	12	16	16	12	100
Gerência 4	20	12	13	16	11	10	18	100
Gerência 5	19	10	15	14	12	14	16	100
Gerência 6	17	12	15	11	12	15	18	100
Gerência 7	16	11	14	14	12	13	20	100
Gerência 8	20	12	13	13	14	14	14	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Os maiores percentuais de frequência referentes ao tipo de socorro psiquiátrico, observados na Tabela 12, ocorreram nos domingos nas gerências 2, 4, 5 e 20 e nos sábados nas gerências 6 e 7. Na Gerência 1, o maior percentual de frequência ocorreu nas sextas-feiras, nos sábados e nos domingos. Na Gerência 3, o maior percentual de frequência ocorreu nos domingos, nas quintas-feiras e nas sextas-feiras.

Os menores percentuais de frequência referentes a esse tipo de socorro manifestaram nas segundas-feiras nas gerências 2, 5, 7 e 8 e nas sextas-feiras na gerência 4. Na Gerência 1, os menores percentuais de frequência foram percebidos nas segundas-feiras e terças-feiras, e na Gerência 3, nas quintas-feiras e nos sábados.

Em relação à variável *tipo de socorro traumático* e à variável *dia da semana*, observa-se, na Tabela 13, que nas quintas-feiras houve maior percentual de frequência de pedidos de socorro nas gerências 1, 4, 6 e 8, nas sextas-feiras nas gerências 2 e 7, e nos domingos na Gerência 5. Nesta última gerência, apresentou-se o mesmo percentual de frequência nas quintas-feiras e nas sextas-feiras.

Conforme a Tabela 13, os menores percentuais de frequência do tipo de socorro traumático ocorreram nas segundas-feiras nas gerências 2, 5 e 7, nas terças-feiras nas gerências 6 e 8 e nas quartas-feiras nas gerências 1, 3 e 4.

Tabela 13 – Distribuição da DNP por tipo de socorro traumático, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	14	12	14	11	19	17	13	100
Gerência 2	13	10	13	12	18	19	15	100
Gerência 3	14	14	11	10	18	18	15	100
Gerência 4	14	15	15	10	17	14	15	100
Gerência 5	21	9	13	13	17	17	10	100
Gerência 6	19	13	7	11	22	15	13	100
Gerência 7	12	11	14	14	17	20	12	100
Gerência 8	15	15	11	13	18	13	15	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 13 não se constatou um padrão de frequência em relação aos dias da semana de pedidos referentes ao tipo de socorro traumático.

Tabela 14 – Distribuição da DNP por tipo de socorro orientação, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	14	18	11	13	11	18	15	100
Gerência 2	15	17	10	15	10	16	17	100
Gerência 3	19	18	9	14	11	15	14	100
Gerência 4	14	16	12	12	13	18	15	100
Gerência 5	15	14	13	14	12	15	17	100
Gerência 6	16	17	12	16	12	14	13	100
Gerência 7	16	16	11	14	11	16	16	100
Gerência 8	16	14	13	15	10	15	17	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *tipo de socorro orientação* e à variável *dia da semana*, a Tabela 14 mostra um maior percentual de frequência de pedidos de socorro nos domingos na Gerência 3, nas sextas-feiras na Gerência 4, nos sábados na Gerência 5, nas segundas-feiras na Gerência 6 e nos sábados na Gerência 8.

Na Gerência 1, o maior percentual de frequência de pedidos de socorro do tipo orientação ocorreu nas segundas-feiras e nas sextas-feiras, na Gerência 2 nas segundas-feiras e nos sábados, e na Gerência 7 nos domingos, nas segundas-feiras, nas sextas-feiras e nos sábados.

As menores frequências do tipo de socorro orientação foram constatadas nas terças-feiras nas gerências 3 e 7 e nas quintas-feiras nas gerências 5, 7 e 8. Nas

gerências 1 e 2, os menores percentuais de frequência desse tipo de socorro manifestaram-se, conforme a Tabela 14, nas terças-feiras e nas quintas-feiras, na Gerência 4 nas terças-feiras e nas quartas-feiras, e na Gerência 6 nas terças-feiras e nas quintas-feiras.

Tabela 15 – Distribuição da DNP por tipo de socorro transporte, por dia da semana e por gerência, Porto Alegre, 2009

Dia da semana	Domingo (%)	Segunda (%)	Terça (%)	Quarta (%)	Quinta (%)	Sexta (%)	Sábado (%)	Total (%)
Gerência 1	9	13	10	22	27	16	3	100
Gerência 2	7	11	15	22	15	19	11	100
Gerência 3	8	33	30	0	15	7	7	100
Gerência 4	14	5	29	14	14	19	5	100
Gerência 5	7	22	11	11	21	21	7	100
Gerência 6	15	31	12	15	15	8	4	100
Gerência 7	7	28	17	10	26	5	7	100
Gerência 8	16	24	16	6	16	9	13	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação às variáveis *tipo de socorro transporte* e *dia da semana*, a Tabela 15 mostra que houve maior frequência de pedidos de socorro nos dias úteis da semana e menor nos fins de semana, em todas as gerências, com exceção da Gerência 3, onde não ocorreu nenhuma frequência nas quartas-feiras, e da Gerência 8, onde também houve menor porcentagem de solicitações de transporte nas quartas-feiras. Nas segundas-feiras, ocorreu o maior percentual de frequência de pedidos de socorro do tipo transporte nas gerências 3, 5, 6, 7 e 8, nas terças-feiras na Gerência 4, nas quartas-feiras na Gerência 5 e nas quintas-feiras na Gerência 1. Os menores percentuais de frequência do tipo de socorro transporte ocorreram nos domingos na Gerência 2, nas segundas-feiras na Gerência 4, nas quartas-feiras nas gerências 3 e 8, nas sextas-feiras na Gerência 5, e nos sábados nas gerências 1, 4, 5 e 6.

Em suma, ao analisar a DNP, a partir do Quadro 4, referente aos maiores percentuais de frequência do cruzamento das variáveis *tipo de socorro* e *dia da semana*, em cada gerência, obteve-se os seguintes resultados: nos domingos foi quando ocorreram os maiores percentuais de frequência total nas gerências 3, 4, 6, 7 e 8, sextas-feiras nas gerências 1 e 2, e terças-feiras na Gerência 3.

Quadro 4 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS), por dia da semana (DS) e por gerência (G), Porto Alegre, 2009.

G	TS Clín. % (DS)	TS Obst. % (DS)	TS Psiq. % (DS)	TS Traum. % (DS)	TS Orient. % (DS)	TS Transp. % (DS)	Todos TS % (DS)
1	16,7 (5ª)	20 (5ª)	17,4 (Dom.)	18,5 (5ª)	18,1 (2ª)	27 (5ª)	16,7 (6ª)
2	16,4 (5ª)	18 (Dom. e 5ª)	19,2 (Dom.)	18,7 (6ª)	17,4 (Sáb.)	22,2 (4ª)	15,4 (6ª)
3	15,3 (4ª)	18,9 (3ª)	16,2 (5ª)	18 (6ª)	18,6 (Dom.)	33,3 (2ª)	15,7 (Dom.)
4	17,7 (5ª)	20,8 (Dom.)	20,5 (Dom.)	16,8 (5ª)	18,5 (6ª)	28,6 (3ª)	15,5 (Dom.)
5	16,7 (5ª)	21,5 (Dom.)	18,6 (Dom.)	17 (3ª)	16,1 (Sáb.)	21,4 (2ª,5ª,6ª)	15 (3ª)
6	16,3 (5ª)	22,9 (5ª)	18,4 (Sáb.)	16,4 (Sáb.)	17,3 (2ª)	30,8 (2ª)	15,7 (Dom.)
7	15,5 (3ª)	20,1 (6ª)	19,9 (Sáb.)	17,6 (Dom.)	16,5 (Dom.)	28,6 (2ª)	15,4 (Dom.)
8	15,9 (Dom.)	18,8 (5ª)	20,1 (Dom.)	22,4 (Dom.)	16,5 (Sáb.)	25 (2ª)	16,9 (Dom.)

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

No Quadro 4, percebe-se que, entre os tipos de socorro por dia da semana, o tipo de socorro psiquiátrico e o tipo de socorro transporte foram os que apresentaram um padrão de percentual de frequência. O padrão encontrado, em relação ao tipo de socorro psiquiátrico, foi que em todas as gerências, exceto na Gerência 3, houve maior frequência nos fins de semana. Já o tipo de socorro transporte teve maior percentual de frequência, em todas as gerências, nos dias úteis.

Quadro 5 – Distribuição da DNP por faixa horária, por gerência e por tipo de socorro, Porto Alegre, 2009

Faixas horárias	Gerências	Tipos de socorro					
		Clínico	Obstétrico	Psiquiátrico	Traumático	Orientação	Transporte
1h às 5h59min	1	11	10	20	12	16	8
	2	11	21	14	7	17	4
	3	12	22	12	12	13	0
	4	9	22	13	9	13	0
	5	13	19	12	10	14	0
	6	14	17	14	11	11	4
	7	11	19	13	11	12	0
	8	11	20	13	9	13	9
6h às 12h59min	1	31	30	19	24	24	25
	2	27	16	21	24	20	44
	3	29	22	23	23	23	33
	4	29	23	16	25	16	62
	5	29	27	19	22	17	35
	6	29	24	17	21	22	42
	7	27	21	22	23	18	38
	8	28	30	17	24	19	31
13h às 18h59min	1	33	36	31	37	29	46
	2	30	29	31	38	28	37
	3	27	24	32	32	25	48
	4	30	22	31	33	29	24
	5	28	22	33	33	29	36
	6	26	23	28	33	28	31
	7	30	8	32	34	29	43
	8	28	21	31	39	30	38
19h às 0h59min	1	25	24	30	27	31	21
	2	32	34	34	31	35	15
	3	32	32	33	33	39	19
	4	32	32	40	33	42	14
	5	30	33	36	35	40	29
	6	31	36	41	35	39	23
	7	32	42	33	32	41	19
	8	33	27	39	28	48	22

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

O Quadro 5, apresentado anteriormente, foi elaborado relacionando as variáveis *faixa horária* e *tipo de socorro* nas gerências. Os resultados obtidos na sua análise foram os seguintes:

- a) na Gerência 1, todos os tipos de socorro apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min, exceto o

- tipo de socorro orientação, que apresentou maior percentual de frequência na faixa horária das 19h às 0h59min;
- b) na Gerência 2, os tipos de socorro clínico, obstétrico, psiquiátrico e orientação apresentaram os maiores percentuais de frequência na faixa horária das 19h às 0h59min; o tipo de socorro traumático apresentou o maior percentual de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min; e o tipo de socorro transporte apresentou o maior percentual de frequência na faixa horária das 6h às 12h59min;
 - c) nas gerências 3 e 5, todos os tipos de socorro apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min, exceto o tipo de socorro transporte, que apresentou seu maior percentual na faixa horária das 13h às 18h59min;
 - d) na Gerência 4, maiores percentuais de frequência dos tipos de socorro clínico, obstétrico, psiquiátrico e orientação ocorreram na faixa horária das 19h às 0h59min; o tipo de socorro traumático apresentou os maiores percentuais de frequência nas faixas horárias das 19h às 0h59min e das 6h às 12h59min. O tipo de socorro transporte apresentou maior percentual de frequência na faixa horária das 6h às 12h59min;
 - e) na Gerência 6, todos os tipos de socorro apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min, exceto o tipo de socorro transporte, que apresentou seu maior percentual de frequência na faixa horária das 6h às 12h59min;
 - f) na Gerência 7, os tipos de socorro clínico, obstétrico, psiquiátrico e orientação apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min. Os tipos de socorro traumático e transporte apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min;
 - g) na Gerência 8, os maiores percentuais de frequência dos tipos de socorro clínico, psiquiátrico e orientação ocorreram na faixa horária das 19h às 0h59min. O tipo de socorro obstétrico apresentou seu maior percentual de frequência na faixa horária das 6h às 12h59min, e os tipos de socorro traumático e transporte apresentaram seus maiores percentuais de frequência na faixa horária das 13h às 18h59min.

As próximas variáveis – *mês e tipo de socorro da DNP* – foram analisadas a partir do seu cruzamento. Nas tabelas 16 a 21, compararam-se as porcentagens de cada tipo de socorro ocorridas em cada mês, por gerência.

Tabela 16 – Distribuição da DNP por tipo de socorro clínico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	7	7	8	8	9	9	7	9
Fev	7	6	8	8	6	6	7	7
Mar	8	7	9	6	8	9	11	9
Abr	10	8	8	7	8	8	7	8
Mai	8	8	8	8	9	7	9	7
Jun	9	8	8	7	8	9	10	8
Jul	11	11	10	13	12	10	11	11
Ago	9	10	10	10	10	10	9	8
Set	7	8	7	7	7	7	7	9
Out	8	9	7	9	8	9	8	9
Nov	7	8	8	8	7	8	6	7
Dez	9	10	9	9	8	8	8	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 16, constatou-se que o tipo de socorro clínico teve maior percentual de frequência no mês de julho em todas as gerências, com exceção da Gerência 7, na qual o maior percentual de frequência ocorreu nos meses de julho e março. Portanto pode-se afirmar que há uma influência sazonal na DNP por tipo de socorro clínico, em relação aos meses mais frios do ano.

O clima frio e chuvoso pode estar relacionado a uma maior ocorrência de problemas respiratórios e à maior dificuldade de acesso a outros serviços de saúde por parte de quem não dispõe de veículos próprios. Esta é uma hipótese que necessita de estudos para ser confirmada.

Tabela 17 – Distribuição da DNP por tipo de socorro obstétrico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	10	11	14	10	16	11	10	13
Fev	10	8	9	12	9	4	12	7
Mar	10	10	8	10	10	12	6	9
Abr	6	9	9	13	5	12	8	10
Mai	4	11	7	5	9	7	8	11
Jun	2	11	6	10	7	7	12	8
Jul	14	2	7	5	5	10	9	4
Ago	4	8	5	7	4	8	7	6
Set	6	9	8	12	4	6	8	11
Out	16	8	7	5	11	10	3	7
Nov	8	6	11	7	6	8	9	6
Dez	10	7	9	4	14	5	8	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Tabela 18 – Distribuição da DNP por tipo de socorro psiquiátrico, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	8	8	8	6	9	7	8	11
Fev	7	7	5	6	7	6	6	6
Mar	7	7	8	8	8	8	6	6
Abr	11	9	9	7	8	10	13	12
Mai	11	7	12	10	8	9	6	9
Jun	7	9	10	6	8	8	6	3
Jul	7	7	6	10	10	8	11	6
Ago	8	7	8	8	6	8	8	9
Set	7	12	9	9	7	10	11	9
Out	9	11	8	12	8	8	9	10
Nov	9	7	8	9	10	9	9	9
Dez	9	9	9	9	11	9	7	10
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Tabela 19 – Distribuição da DNP por tipo de socorro traumático, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	9	7	5	7	4	9	9	13
Fev	6	7	7	5	12	6	6	8
Mar	9	10	8	18	10	9	7	8
Abr	6	10	8	9	7	9	8	9
Mai	10	6	7	5	9	6	6	8
Jun	7	9	10	7	7	7	10	8
Jul	9	8	5	7	10	7	10	7
Ago	7	7	10	5	7	8	7	10
Set	9	9	8	5	7	8	11	7
Out	9	9	10	14	10	11	7	9
Nov	8	8	10	7	9	8	10	5
Dez	11	10	12	11	8	12	9	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Tabela 20 – Distribuição da DNP por tipo de socorro orientação, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	6	7	6	6	7	7	7	6
Fev	6	8	6	6	5	5	4	5
Mar	7	7	7	6	6	7	6	8
Abr	7	7	6	8	6	7	6	4
Mai	6	7	8	7	7	8	8	7
Jun	8	7	7	6	9	7	9	7
Jul	10	12	13	11	12	12	14	13
Ago	11	9	11	12	14	9	13	12
Set	9	11	9	11	7	9	7	10
Out	10	9	8	8	9	8	7	9
Nov	12	9	12	10	9	11	10	10
Dez	8	7	7	9	9	10	9	9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Tabela 21 – Distribuição da DNP por tipo de socorro transporte, por gerência e por mês, Porto Alegre, 2009

Mês	Gerência 1	Gerência 2	Gerência 3	Gerência 4	Gerência 5	Gerência 6	Gerência 7	Gerência 8
Jan	5	7	4	0	7	11	9	10
Fev	6	4	8	9	14	8	2	3
Mar	1	19	4	14	3	23	10	3
Abr	13	4	22	0	18	8	12	10
Mai	5	4	0	5	0	11	17	6
Jun	13	4	7	5	11	8	2	25
Jul	13	7	11	5	3	8	5	19
Ago	11	7	4	14	4	4	2	0
Set	14	11	11	14	18	0	17	9
Out	3	11	7	10	4	0	2	3
Nov	5	7	15	5	7	8	12	9
Dez	11	15	7	19	11	11	10	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 17, observou-se, em relação ao tipo de socorro obstétrico, que os maiores percentuais de frequência ocorreram nos primeiros sete meses do ano: na Gerência 1 em julho, na Gerência 2 em janeiro, maio e junho (com mesmos percentuais de frequência), nas gerências 3, 5 e 8 em janeiro, na Gerência 4 em abril e na Gerência 7 em fevereiro e junho (com mesmos percentuais de frequência).

Na Tabela 18, quanto ao tipo de socorro psiquiátrico, a sazonalidade sofreu variações entre as gerências, não se observando um padrão de frequência entre os meses e em relação às gerências como um todo. Observou-se que nas gerências 1, 3, 7 e 8 os pedidos de socorro do tipo psiquiátrico tiveram maiores percentuais de frequência nos meses próximos ao meio do ano (abril e maio na Gerência 1, maio na Gerência 3 e abril nas gerências 7 e 8). Nas gerências 2, 4 e 5, os maiores percentuais de frequência ocorreram nos meses finais do ano (setembro, outubro e dezembro). Na Gerência 6, os maiores percentuais de frequência ocorreram em abril e setembro, que são meses próximos ao meio do ano.

Na Tabela 19, em relação ao tipo de socorro traumático, observaram-se os maiores percentuais de frequência em dezembro, último mês do ano, nas gerências 1, 3 e 6. Na Gerência 2, o maior percentual de frequência ocorreu nos meses de dezembro, março e abril, e na Gerência 7 em setembro. Nas gerências 4, 5 e 8, os maiores percentuais de frequência ocorreram nos meses do início do ano: março, fevereiro e janeiro, respectivamente.

Na Tabela 20, em relação ao tipo de socorro orientação, constatou-se que, em todas as gerências – exceto na Gerência 1, na qual o maior percentual de frequência se deu em novembro –, os maiores percentuais de frequência ocorreram nos meses de inverno: julho nas gerências 2, 3, 6, 7 e 8 e agosto nas gerências 4 e 5. Esse achado foi semelhante ao que se identificou quanto ao tipo de socorro clínico, na Tabela 16.

Na Tabela 21, em relação ao tipo de socorro transporte, verificou-se que antes da metade do ano ocorreram os maiores percentuais de frequência nas gerências 2, 3, 5, 7 e 8 (março, abril, abril, março, maio e junho, respectivamente). Nas demais gerências (1, 4, 5 e 7), os maiores percentuais de frequência ocorreram após a metade do ano (setembro, dezembro, setembro e setembro, respectivamente).

Na próxima seção, é apresentada a análise da DNP ao SAMU, considerando a distribuição das variáveis por regiões.

5.3 DNP nos bairros Partenon, Cavahada e Rubem Berta

5.3.1 DNP no bairro Partenon

No município de Porto Alegre, em 2009, conforme a Tabela 2, do bairro Partenon procederam 1.734 (6,6%) pedidos de socorro não pertinentes ao SAMU.

Na Tabela 35, constatou-se que o sexo feminino constituiu a maior parte da DNP do Partenon, em frequência de 885, enquanto do sexo masculino foram 784 chamados. Portanto o percentual de diferença entre os sexos foi de 6%.

Tabela 22 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

Sexo Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
> 1	35	4	117	15	152	9
1 a 4	31	4	33	4	64	4
5 a 9	20	2	23	3	43	3
10 a 14	24	3	22	3	46	3
15 a 19	66	7	42	5	108	6
20 a 24	90	10	54	7	144	9
25 a 29	77	9	43	6	120	7
30 a 34	78	9	69	9	147	9
35 a 39	43	5	50	6	93	5
40 a 44	66	7	60	8	126	7
45 a 49	58	7	46	6	104	6
50 a 54	56	6	55	7	111	7
55 a 59	42	5	35	4	77	5
60 a 64	45	5	48	6	93	6
65 a 99	154	17	87	11	241	14
Totais	885	100	784	100	1.669	100
Total + Erro	-	-	-	-	1.734	-

*O valor do erro corresponde a uma idade acima dos 99 anos e 64 registros sem identificação de idade e de sexo.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *faixa etária*, 16% do total dos pedidos de socorro da DNP no Partenon ocorreram na faixa etária dos menores de 10 anos, 9% na faixa dos 10 aos 19 anos, 30% na faixa dos 20 aos 39 anos, 25% na faixa dos 40 aos 59 anos e 20% na faixa etária acima dos 60 anos.

Tabela 23 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

TS	Clínico		Obstétrico		Psiquiát.		Traum.		Orient.		Transporte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dom	120	15	6	11	42	16	26	16	84	18	0	0	278	16
Seg	105	13	4	7	23	9	19	12	69	15	3	28	223	13
Ter	117	15	9	17	39	15	27	17	48	10	3	27	243	14
Qua	101	13	8	15	44	17	21	13	67	14	0	0	241	14
Qui	126	16	15	28	29	11	17	10	44	10	2	18	233	13
Sex	114	15	7	13	33	13	29	18	81	17	0	0	264	15
Sáb	98	13	5	9	49	19	22	14	75	16	3	27	252	15
Total	781	100	54	100	259	100	161	100	468	100	11	100	1.734	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 23, cruzaram-se as variáveis *tipo de socorro* e *dia da semana* dos dados referentes ao bairro Partenon. Em relação à variável *tipo de socorro*, constatou-se que nesse bairro, o clínico foi o mais frequente, seguido de orientação, psiquiátrico, traumático, obstétrico e transporte.

Ainda em relação ao tipo de socorro, o clínico e o obstétrico tiveram maior percentual de frequência às quintas-feiras, o psiquiátrico aos sábados, o traumático às sextas-feiras, a orientação aos domingos e o transporte teve pouca frequência, ocorrendo mais nas segundas-feiras.

No total da Tabela 23, referente à DNP do bairro Partenon, os pedidos de socorro tiveram maior percentual de frequência nos dias de fim de semana (16% nos domingos, 15% nas sextas e nos sábados).

Tabela 24 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

FH	1h às 5h59min		6h às 12h59min		13h às 18h59min		19h às 0h59min	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Clínico	94	43	215	52	229	46	243	40
Obstétrico	14	6	14	3	7	1	19	3
Psiquiátrico	29	13	55	13	83	17	92	15
Traumático	22	10	39	9	43	9	57	10
Orientação	60	28	86	21	131	26	191	32
Transporte	0	0	6	2	3	1	2	0
Total	219	100	415	100	496	100	604	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *faixa horária*, verificou-se que, no bairro Partenon, ocorreu um padrão quanto às frequências dos tipos de socorro. Em todas as faixas horárias, o tipo de socorro mais frequente foi o clínico, seguido de orientação, psiquiátrico, traumático, obstétrico e transporte.

Nos números totais da Tabela 24, as maiores frequências de pedidos de socorro ocorreram na faixa horária das 19h às 0h59min, seguido das faixas das 13h às 18h59min, das 6h às 12h59min e da 1h às 5h59min.

Na Tabela 24, apresentada a seguir, identifica-se a sazonalidade da DNP ao SAMU, no bairro Partenon, no ano de 2009. Para tal, cruzaram-se as variáveis *tipo de socorro* e *mês*, cujos resultados mostram que em julho ocorreu a maior frequência e o maior percentual de frequência da DNP no Partenon, em 2009. O tipo

de socorro clínico apresentou o mesmo maior percentual de frequência nos meses de abril, julho e agosto; o obstétrico, em abril e novembro; o psiquiátrico, em abril; o traumático, em janeiro; a orientação, em julho; o transporte, em abril.

Tabela 25 – Distribuição da DNP por tipo de socorro e por mês, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

Tipo de socorro	Clínico		Obstétrico		Psiquiátrico		Traumático		Orientação		Transporte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mês														
Janeiro	49	7	0	0	18	7	22	14	32	7	1	9	122	7
Fevereiro	53	7	6	11	19	7	6	4	17	4	0	0	101	6
Março	47	6	3	5	24	9	14	9	34	7	1	9	123	7
Abril	79	11	8	15	36	14	12	7	30	7	3	28	168	10
Mai	76	10	3	6	20	8	11	7	37	8	0	0	147	9
Junho	71	10	6	11	13	5	9	5	47	10	0	0	147	9
Julho	84	11	7	13	27	10	19	12	72	15	1	9	210	12
Agosto	83	11	4	7	16	6	10	6	52	11	1	9	166	10
Setembro	40	5	3	6	26	10	20	12	38	8	1	9	128	8
Outubro	48	7	1	2	21	8	9	6	29	6	0	0	108	6
Novembro	44	6	8	15	22	9	16	10	43	9	1	9	134	8
Dezembro	66	9	5	9	17	7	13	8	37	8	2	18	140	8
Total	740	100	54	100	259	100	161	100	468	100	11	100	1.694	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 26, apresentada a seguir, foram cruzadas as variáveis *subtipo de socorro* e *mês*. Especificaram-se os 12 subtipos de socorro mais frequentes da DNP ao SAMU no bairro Partenon, no ano de 2009. O restante dos subtipos de socorro foi incluído no item *outros*. Nos números totais da Tabela 39, o maior percentual de frequência ocorreu no mês de julho. Os subtipos de socorro orientação e queda/própria altura apresentaram os maiores percentuais de frequência nesse mês. O subtipo de socorro abuso álcool/drogas apresentou o mesmo maior percentual de frequência nos meses de fevereiro, abril e setembro. Os subtipos de socorro síncope/tonturas, neuro., reum./ort./dor e int. exógena apresentaram maior percentual de frequência no mês de março. Os subtipos de socorro digestivo e agitação apresentaram maior percentual de frequência em abril. Os subtipos de socorro infecto e respiratório apresentaram os maiores percentuais de frequência no mês de agosto. O subtipo de socorro cardio. apresentou o maior percentual de frequência em outubro. Todos os outros subtipos de socorro apresentaram o mesmo maior percentual de frequência nos meses de maio e de novembro.

Tabela 26 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

Subtipos		Meses												Total
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Orientação	N	32	17	34	30	37	47	72	52	38	29	43	37	468
	%	6,8	3,6	7,3	6,4	7,9	10	15,4	11,1	8,1	6,2	9,2	7,9	100
Digestivo	N	10	15	16	18	14	13	16	17	4	6	5	14	148
	%	6,8	10,1	10,8	12,2	9,5	8,8	10,8	11,5	2,7	4,1	3,4	9,5	100
Agitação	N	9	9	12	22	13	6	8	13	6	11	12	4	125
	%	7,2	7,2	9,6	17,6	10,4	4,8	6,4	10,4	4,8	8,8	9,6	3,2	100
Infecto.	N	3	7	12	15	11	11	16	18	7	5	2	5	112
	%	2,7	6,3	10,7	13,4	9,8	9,8	14,3	16,1	6,3	4,5	1,8	4,5	100
Abuso álcool/drogas	N	6	10	6	10	4	6	16	3	10	7	7	9	94
	%	6,4	10,6	6,4	10,6	4,3	6,4	17	3,2	10,6	7,4	7,4	9,6	100
Síncope/tonturas	N	6	2	10	4	12	9	6	8	4	3	8	8	80
	%	7,5	2,5	12,5	5	15	11,3	7,5	10	5	3,8	10	10	100
Respiratório	N	3	4	3	3	11	10	8	12	6	6	2	5	73
	%	4,1	5,5	4,1	4,1	15,1	13,7	11	16,4	8,2	8,2	2,7	6,8	100
Neuro.	N	7	6	11	10	8	3	8	4	2	6	3	4	72
	%	9,7	8,3	15,3	13,9	11,1	4,2	11,1	5,6	2,8	8,3	4,2	5,6	100
Queda/própria altura	N	8	0	8	5	6	2	12	3	11	4	3	6	68
	%	11,8	0	11,8	7,4	8,8	2,9	17,6	4,4	16,2	5,9	4,4	8,8	100
Reum./ort./dor	N	3	3	13	8	8	5	6	5	3	4	4	5	67
	%	4,5	4,5	19,4	11,9	11,9	7,5	9	7,5	4,5	6	6	7,5	100
Cardio.	N	5	2	3	6	3	8	4	4	1	8	6	5	55
	%	9,1	3,6	5,5	10,9	5,5	14,5	7,3	7,3	1,8	14,5	10,9	9,1	100
Int. exógena	N	2	2	5	0	1	1	3	0	0	2	1	7	24
	%	8,3	8,3	20,8	0	4,2	4,2	12,5	0	0	8,3	4,2	29,2	100
Subtotal	N	94	77	133	131	128	121	175	139	92	91	96	109	1.386
	%	7	5	10	9	9	9	13	10	7	6	7	8	100
Todos os outros	N	28	24	31	37	19	25	35	27	36	17	38	31	348
	%	8	7	9	11	5	7	10	8	10	5	11	9	100
Total	N	122	101	164	168	147	146	210	166	128	108	134	140	1.734
	%	7	5,8	9,5	9,7	8,5	8,4	12,1	9,6	7,4	6,2	7,7	8,1	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 27, exposta a seguir, cruzaram-se as variáveis *subtipo de socorro* e *faixa etária* referentes à DNP no bairro Partenon. Identificou-se que o tipo de socorro queda/altura própria apresentou o maior percentual de frequência na faixa dos menores de 10 anos.

Tabela 27 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

Subtipos		Faixas etárias					Total
		< 10	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a mais	
Orientações	N	118	42	141	89	78	468
	%	25,2	9	30,1	19,1	16,7	100
Digestivo	N	17	11	43	40	37	148
	%	11,5	7,5	29,1	27	25	100
Agitação	N	9	18	47	35	16	125
	%	7,2	14,4	37,6	28	12,8	100
Infecto.	N	22	9	37	25	19	112
	%	19,6	8,1	33,1	22,4	17	100
Abuso álcool/drogas	N	27	7	32	25	3	94
	%	28,7	7,5	34	26,6	3,2	100
Síncope/tonturas	N	11	7	23	18	21	80
	%	13,8	8,8	28,8	22,3	26,3	100
Respiratório	N	10	8	17	18	20	73
	%	13,7	11	23,3	24,7	27,4	100
Neuro.	N	6	6	20	22	18	72
	%	8,4	8,3	27,7	30,6	25	100
Queda/altura própria	N	20	5	12	17	14	68
	%	29,4	7,3	17,6	25	20,6	100
Reum./ort./dor	N	5	3	17	22	20	67
	%	7,5	4,5	25,4	32,9	29,9	100
Cardio.	N	6	1	5	19	24	55
	%	10,9	1,8	9	34,5	43,6	100
Int. exógena	N	7	2	7	8	0	24
	%	29,2	8,4	29,9	33,3	0	100
Subtotal	N	258	119	401	338	270	1.386
	%	19	9	29	24	19	100
Todos os outros	N	65	35	103	80	64	347
	%	19	10	30	23	18	100
Total	N	323	154	504	418	334	1.733
	%	18,7	8,9	29,1	24,1	19,3	100

*Foi desconsiderado um registro do total das idades por erro.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Os subtipos de socorro orientações, digestivo, agitação, infecto., abuso álcool/drogas e síncope/tonturas apresentaram maior percentual de frequência na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Os subtipos de socorro neuro., reum./ort./dor e int. exógena apresentaram maior percentual de frequência na faixa dos 40 aos 59 anos. Os subtipos respiratório e cardio. apresentaram maior percentual de frequência na faixa acima dos 60 anos.

Na Tabela 27, em relação às frequências apresentadas, observou-se em número totais que o subtipo de socorro orientações, seguido do digestivo foram os mais frequentes dos 12 subtipos identificados no bairro Partenon.

Na análise do subtipo de socorro, considerando as faixas etárias de menores de 10 anos, dos 10 aos 19 anos, dos 20 aos 39 anos e dos acima de 60 anos, percebeu-se que o subtipo orientação foi o mais frequente em todas as faixas etárias referentes ao Partenon.

Após o subtipo orientação, o subtipo queda/altura própria ficou em segundo lugar entre os menores de 10 anos. Nas faixas dos 10 aos 19 anos e dos 20 aos 39 anos, o segundo mais frequente foi o subtipo de socorro agitação. Na faixa dos 40 a 59 anos, o subtipo de socorro digestivo foi o segundo mais frequente. E na faixa acima de 60 anos, o segundo lugar foi o subtipo de socorro cardio.

A seguir, será apresentada a distribuição das mesmas variáveis analisadas até o momento, em relação à DNP do bairro Cavanhada, no qual ocorreu maior DNP na região Centro-Sul.

5.3.2 DNP no bairro Cavanhada

No município de Porto Alegre, no ano de 2009, do bairro Cavanhada procederam 711 pedidos de socorro (2,7%) da DNP, conforme informações obtidas na Tabela 2.

Na Tabela 28, apresentada a seguir, identificam-se a frequência e o percentual de frequência da DNP no bairro Cavanhada por *faixa etária* e por *sexo*. Constatou-se que o sexo feminino constitui a maior parte da DNP desse bairro, com 387 frequências; no sexo masculino foram percebidas 304 frequências. Portanto a diferença entre os sexos foi de 12%.

Tabela 28 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1	24	6	45	15	69	10
1 a 4	7	2	21	7	28	4
5 a 9	11	3	10	3	21	3
10 a 14	4	1	5	2	9	1
15 a 19	41	10	16	5	57	8
20 a 24	41	11	31	10	72	10
25 a 29	25	6	17	6	42	6
30 a 34	20	5	18	6	38	6
35 a 39	26	7	10	3	36	5
40 a 44	22	6	22	7	44	6
45 a 49	21	5	18	6	39	6
50 a 54	26	7	23	8	49	7
55 a 59	31	8	10	3	41	6
60 a 64	14	4	18	6	32	5
65 a 99	74	19	40	13	114	17
Total	387	100	304	100	691	100
Erro*	-	-	-	-	20	-
Total + Erro	-	-	-	-	711	-

*O valor do erro corresponde a registros sem identificação de idade nem sexo.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação à variável *faixa etária*, observou-se que 17% do total dos pedidos de socorro ocorreram entre os menores de 10 anos, 9% na faixa dos 10 aos 19 anos, 27% na faixa dos 20 e 39 anos, 25% na faixa dos 40 aos 59 anos e 22% entre os de 60 anos ou mais.

Na Tabela 29, apresentada a seguir, cruzaram-se as variáveis *tipo de socorro* e *dia da semana* dos dados referentes ao bairro Cavalhada. Verificou-se que o tipo de socorro clínico foi o mais frequente, seguido de: orientação, psiquiátrico, traumático, obstétrico e transporte. Ainda em relação ao tipo de socorro, o clínico e o obstétrico tiveram maior percentual de frequência às quintas-feiras, o psiquiátrico aos sábados, o traumático aos domingos e às quintas-feiras, e a orientação às terças-feiras. O transporte teve pouca frequência, mas seu percentual foi predominante nas quartas-feiras.

Tabela 29 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

TS	Clínico		Obstétrico		Psiquiátrico		Traumático		Orientação		Transporte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Domingo	41	13,4	5	19,2	10	11,9	15	18,5	29	13,9	0	0	100	14,1
Segunda	50	16,3	0	0	10	11,9	7	8,6	33	15,8	1	20	101	14,2
Terça	39	12,7	4	15,4	14	16,7	9	11,1	37	17,7	0	0	103	14,5
Quarta	35	11,4	2	7,7	9	10,7	8	9,9	27	12,9	2	40	83	11,7
Quinta	54	17,6	9	34,6	12	14,3	15	18,5	26	12,4	1	20	117	16,5
Sexta	46	15	5	19,2	12	14,3	14	17,3	32	15,3	1	20	110	15,5
Sábado	41	13,4	1	3,8	17	20,2	13	16	25	12	0	0	97	13,6
Total	306	100	26	100	84	100	81	100	209	100	5	100	711	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

No total da Tabela 29, referente à DNP no bairro Cavalhada, os pedidos de socorro tiveram maior percentual de frequência nas quintas-feiras.

Tabela 30 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

TS	1h às 5h59min		6h às 12h59min		13h às 18h59min		19h às 0h59min		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clínico	38	12,4	90	29,4	97	31,7	81	26,5	306	100
Obstétrico	2	7,7	8	30,8	6	23,1	10	38,5	26	100
Psiquiátrico	10	11,9	12	14,3	29	34,5	33	39,3	84	100
Traumático	12	14,8	10	12,3	27	33,3	32	39,5	81	100
Orientação	24	11,5	48	23	62	29,7	75	35,9	209	100
Transporte	0	0	2	40	1	20	2	40	5	100
Total	86	12,1	170	23,9	222	31,2	233	32,8	711	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 30, a partir do cruzamento das variáveis *tipo de socorro* e *faixa horária* referentes ao bairro Cavalhada, manifestou-se que, nas faixas horárias apresentadas, o tipo de socorro clínico teve maior percentual de frequência das 13h às 18h59min. O tipo de socorro transporte apresentou o mesmo maior percentual de frequência nas faixas das 6h às 12h59min e das 19h às 0h59min. Os demais tipos de socorro foram mais frequentes na faixa das 19h às 0h59min. No total da DNP da Cavalhada, a faixa horária das 19h às 0h59min foi a que obteve maior percentual de frequência.

Tabela 31 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por mês, bairro Cavalhada, 2009

TS Mês	Clínico		Obstét.		Psiquiát.		Traum.		Orient.		Transp.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Janeiro	20	7	1	4	12	14	4	5	18	9	0	0	55	8
Fevereiro	20	7	2	8	4	5	4	5	9	4	0	0	39	5
Março	29	9	5	19	7	8	4	5	10	5	1	20	56	8
Abril	23	7	8	31	7	8	12	15	11	5	1	20	62	9
Maiο	30	10	1	4	10	12	3	4	22	11	0	0	66	9
Junho	25	8	1	4	9	11	8	10	13	6	0	0	56	8
Julho	38	12	1	4	8	9	3	4	24	11	1	20	75	11
Agosto	27	9	0	0	7	8	4	5	21	10	0	0	59	8
Setembro	15	5	1	4	5	6	7	8	21	10	0	0	49	7
Outubro	35	11	3	11	4	5	9	11	21	10	0	0	72	10
Novembro	23	8	0	0	3	4	6	7	22	11	1	20	55	8
Dezembro	21	7	3	11	8	10	17	21	17	8	1	20	67	9
Total	306	100	26	100	84	100	81	100	209	100	5	100	711	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Quanto à sazonalidade da DNP no bairro Cavalhada, a Tabela 31 demonstra que os tipos de socorro não tiveram um padrão de frequência em relação aos meses em que aconteceram.

Contudo pôde ser constatado, na frequência total, que julho foi o mês em que ocorreu maior demanda não pertinente, sendo o mesmo mês de maior demanda dos tipos de socorro clínico e orientação.

O tipo de socorro obstétrico apresentou maior frequência no mês de abril, o psiquiátrico no mês de março, o traumático no mês de dezembro. O tipo de socorro transporte apresentou pouca frequência em relação aos demais tipos de socorro, com uma ocorrência em março, uma em abril, uma em julho, uma em novembro e uma em dezembro.

Tabela 32 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

Subtipo de Socorro		Mês												Total
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Orientações	N	18	9	10	11	22	13	24	21	21	21	22	17	209
	%	9	4	5	5	11	6	11	10	10	10	11	8	100
Digestivo	N	4	1	6	8	9	5	4	4	5	6	6	4	62
	%	6,5	1,6	9,7	12,9	14,5	8,1	6,5	6,5	8,1	9,7	9,7	6,5	100
Agitação	N	6	2	5	3	6	4	3	4	2	2	1	4	42
	%	14,3	4,8	11,9	7,1	14,3	9,5	7,1	9,5	4,8	4,8	2,4	9,5	100
Queda/própria altura	N	1	1	1	7	2	4	2	2	4	1	5	10	40
	%	2,5	2,5	2,5	17,5	5	10	5	5	10	2,5	12,5	25	100
Síncope/Tonturas	N	1	2	8	4	3	2	4	5	1	3	3	2	38
	%	2,6	5,3	21,1	10,5	7,9	5,3	10,5	13,2	2,6	7,9	7,9	5,3	100
Neuro.	N	1	1	3	1	0	1	7	6	1	9	3	1	34
	%	2,9	2,9	8,8	2,9	0	2,9	20,6	17,6	2,9	27	8,8	2,9	99,7
Abuso álcool/drogas	N	5	2	1	3	4	3	4	2	3	1	2	2	32
	%	15,6	6,3	3,1	9,4	12,5	9,4	12,5	6,3	9,4	3,1	6,3	6,3	100
Infecto.	N	4	3	3	1	4	1	7	2	0	2	0	4	31
	%	12,9	9,7	9,7	3,2	12,9	3,2	22,6	6,5	0	6,5	0	13	100
Respiratório	N	2	1	0	2	5	5	5	1	3	2	0	1	27
	%	7,4	3,7	0	7,4	18,5	18,5	18,5	3,7	11	7,4	0	3,7	100
Cardio.	N	1	4	2	3	0	4	0	3	1	3	3	1	25
	%	4	16	8	12	0	16	0	12	4	12	12	4	100
Reum./ort./dor	N	2	0	5	1	2	1	3	2	0	2	3	2	23
	%	8,7	0	21,7	4,3	8,7	4,3	13	8,7	0	8,7	13	8,7	99,8
Trab. parto	N	0	2	5	4	0	1	1	0	1	2	0	2	18
	%	0	11,1	27,8	22,2	0	5,6	5,6	0	5,6	11	0	11	100
Subtotal	N	45	28	49	48	57	44	64	52	49	54	48	50	588
	%	8	5	8	8	10	7	11	9	8	9	8	9	100
Outros	N	28	20	17	25	31	25	35	28	20	39	29	34	332
	%	8	6	5	8	9	8	11	8	6	12	9	10	100
Total	N	55	39	56	62	66	56	75	59	49	72	55	67	711
	%	7,7	5,5	7,9	8,7	9,3	7,9	10,5	8,3	6,9	10	7,7	9,4	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

A variável *subtipo de socorro* foi analisada na Tabela 32 em relação à variável *mês*. Foram especificados os 12 subtipos de socorro mais frequentes, e restante dos subtipos foi incluído no item *outros*.

O mês de julho foi o que apresentou maior percentual de frequência no número total de subtipos de socorro da DNP, no bairro Cavalhada, no período de amostra. As maiores frequências dos subtipos de socorro neuro. e infecto. ocorreram também no mês de julho.

O subtipo de socorro abuso álcool/drogas apresentou maior frequência no mês de janeiro; cardio., em fevereiro e junho; síncope/tonturas, reum./ort./dor e trab. parto, em março; queda/própria altura, em abril, digestivo e agitação, em maio; outros, no mês de outubro. O subtipo de socorro orientação apresentou o mesmo maior percentual de frequência nos meses de maio, julho e novembro. O subtipo de socorro respiratório teve o maior percentual de frequência nos meses de maio, junho e agosto.

Na Tabela 33, a seguir, cruzaram-se as variáveis *subtipo de socorro* e *faixa etária*, referentes aos dados da DNP do bairro Cavalhada, no ano de 2009.

Tabela 33 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

Subtipo		Faixa etária					Total
		< 10	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 ou mais	
Orientação	N	46	10	61	50	42	209
	%	22	4,8	29,3	23,9	20,1	100
Digestivo	N	7	7	19	12	17	62
	%	11,3	11,3	30,6	19,3	27,4	100
Agitação	N	3	6	20	12	1	42
	%	7,1	14,3	47,5	28,5	2,4	100
Queda/altura própria	N	16	5	8	7	4	40
	%	40	12,5	20	17,5	10	100
Síncope/tonturas	N	4	3	11	9	11	38
	%	10,5	7,9	28,9	23,7	28,9	100
Neuro.	N	7	0	4	11	12	34
	%	20,6	0	11,7	32,3	35,3	100
Abuso álcool/drogas	N	9	1	9	8	5	32
	%	28,1	3,1	28,2	25	15,6	100
Infecto.	N	3	6	6	12	4	31
	%	9,7	19,3	19,4	38,8	12,9	100
Respiratório	N	7	5	4	6	5	27
	%	25,9	18,5	14,8	22,2	18,5	100
Cardio.	N	1	3	3	11	7	25
	%	4	12	12	44	28	100
Reum./ort./dor	N	1	1	6	8	7	23
	%	4,3	4,3	26	34,6	30,4	100
Trab. parto	N	0	11	7	0	0	18
	%	0	61,1	39	0	0	100
Subtotal	N	104	58	158	146	115	581
	%	18	10	27	25	20	100
Outros	N	34	8	30	27	31	130
	%	26	6	23	21	24	100
Total	N	138	66	188	173	146	711
	%	19,4	9,3	26,4	24,4	20,5	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na tabela acima, apresentaram-se as frequências dos subtipos de socorro no bairro Cavalhada, no ano de 2009, em relação à DNP. Os subtipos de socorro

queda/altura própria, respiratório e outros apresentaram maior frequência na faixa etária dos menores de 10 anos. O subtipo de socorro trabalho de parto foi mais frequente na faixa dos 10 aos 19 anos. Os subtipos de socorro orientações, digestivo, agitação e abuso álcool/drogas foram mais frequentes na faixa dos 20 aos 39 anos. Os subtipos de socorro respiratório, cardio. e reum./ort./dor foram mais frequentes na faixa dos 40 a 59 anos. O subtipo de socorro neuro. teve maior frequência na faixa acima de 60 anos. O subtipo de socorro síncope/tonturas apresentou a mesma frequência nas faixas dos 20 aos 39 anos e dos 60 anos ou mais.

5.3.3 DNP no bairro Rubem Berta

No município de Porto Alegre, no ano de 2009, 1.525 pedidos de socorro (5,8%) da DNP procederam do Rubem Berta (Tabela 2), que foi o bairro com maior frequência de DNP da Região Eixo Baltazar, naquele ano.

A seguir, a Tabela 34 cruza as variáveis *faixa etária* e *sexo* referentes a essa demanda do bairro Rubem Berta.

Tabela 34 – Distribuição da DNP por sexo e por faixa etária, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

Faixa etária	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1	40	5	59	9	99	7
1 a 4	34	4	28	4	62	4
5 a 9	15	2	16	2	31	2
10 a 14	21	3	28	4	49	3
15 a 19	55	7	28	4	83	6
20 a 24	86	10	43	7	129	9
25 a 29	68	8	40	6	108	7
30 a 34	70	8	46	7	116	8
35 a 39	59	7	42	6	101	7
40 a 44	58	7	66	10	124	8
45 a 49	58	7	44	7	102	7
50 a 54	66	8	51	8	117	8
55 a 59	32	4	43	6	75	5
60 a 64	47	6	31	5	78	5
65 a 99	119	14	98	15	217	14
Total	828	100	663	100	1.491	100
Erro	-	-	-	-	34	-
Total	828	100	663	100	1.525	100

*Idades acima dos 99 anos.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 34, o sexo feminino constituiu a maior parte da DNP no bairro Rubem Berta, no ano de 2009, com 828 pedidos de socorro; o sexo masculino teve 663 chamados incluídos na DNP. Portanto a diferença entre a frequência dos sexos foi de 12%.

Em relação à variável *faixa etária*, observou-se que 13% do total dos pedidos de socorro ocorreram entre menores de 10 anos, 9% na faixa dos 10 aos 19 anos, 31% na faixa dos 20 aos 39 anos, 28% na faixa dos 40 aos 59 anos e 19% na faixa acima dos 60 anos.

A Tabela 35, apresentada a seguir, refere-se ao cruzamento das variáveis *tipo de socorro* e *dia da semana* em relação aos dados da DNP do bairro Rubem Berta, no ano de 2009.

Tabela 35 – Distribuição da DNP por tipo de socorro (TS) e por dia da semana (DS), bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

TS	Clínico		Obstétrico		Psiquiátrico		Traumático		Orientação		Transporte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Domingo	123	16	3	6	45	20	16	14	76	21	1	10	264	17
Segunda	98	13	9	18	24	10	17	15	63	17	4	40	215	14
Terça	123	16	11	21	29	13	15	13	31	9	4	40	213	14
Quarta	116	16	6	12	28	12	12	10	58	16	0	0	220	14
Quinta	99	13	10	19	44	19	15	13	41	11	0	0	209	14
Sexta	92	12	5	10	36	16	21	18	44	12	1	10	199	13
Sábado	104	14	7	14	24	10	19	17	51	14	0	0	205	14
Total	755	100	51	100	230	100	115	100	364	100	10	100	1.525	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 35, constata-se que o tipo de socorro clínico foi o mais frequente, seguido de: orientação, psiquiátrico, traumático, obstétrico e transporte. No total da DNP ao SAMU, no bairro Rubem Berta, os pedidos de socorro ocorreram com maior frequência aos domingos.

A mesma tabela demonstra que os pedidos de socorro do tipo clínico ocorreram com a mesma maior frequência nos domingos e nas terças-feiras. Os pedidos do tipo transporte ocorreram com a mesma maior frequência nas segundas e nas terças-feiras. Quanto aos pedidos de socorro do tipo obstétrico, ocorreram com maior frequência nas terças-feiras. Os pedidos dos tipos de socorro psiquiátrico e orientação deram-se com maior frequência nos domingos. E, finalmente, o tipo de socorro traumático teve maior frequência nas sextas-feiras.

Na Tabela 36, apresentada a seguir, foi feito o cruzamento das variáveis *tipo de socorro* e *faixa horária* nos dados da DNP do bairro Rubem Berta, em 2009.

Tabela 36 – Distribuição da DNP por faixa horária (FH) e por tipo de socorro (TS), bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

FH	1h às 5h59min		6h às 12h59min		13h às 18h59min		19h às 0h59min		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clínico	99	13,3	230	30,5	184	24,4	242	32,1	755	49
Obstétrico	10	19,6	12	23,5	12	23,5	17	33,3	51	3
Psiquiátrico	27	11,7	45	19,6	70	30,4	88	38,3	230	15
Traumático	11	9,6	23	20	42	36,5	39	33,9	115	8
Orientação	47	12,9	73	20,1	100	27,5	144	39,6	364	24
Transporte	0	0	4	40	6	60	0	0	10	6
Total	194	12,7	387	25,4	414	27,1	530	34,8	1525	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Em relação às variáveis *tipo de socorro* e *faixa horária*, verificou-se o tipo de socorro clínico teve maior percentual de frequência das 19h às 0h59min, bem como os tipos obstétrico, psiquiátrico e orientação. Os tipos de socorro transporte e traumático apresentaram maior frequência na faixa horária das 13h às 18h59min. No total, a DNP no bairro Rubem Berta, em 2009, teve maior frequência no horário das 19h às 0h59min.

Tabela 37 – Distribuição da DNP por tipo de socorro e por mês, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

Tipo de socorro	Clínico		Obstét.		Psiquiát.		Traumát.		Orient.		Transp.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Janeiro	64	9	8	15	22	9	5	4	26	7	1	10	126	8
Fevereiro	51	7	5	10	18	8	7	6	25	7	0	0	106	7
Março	68	9	4	8	18	8	7	6	25	7	1	10	123	8
Abril	64	8	4	8	20	9	10	9	28	7	0	0	126	8
Maio	62	8	2	4	30	13	7	6	32	9	0	0	133	9
Junho	54	7	2	4	20	9	14	12	12	3	2	20	104	7
Julho	83	11	4	8	12	5	8	7	38	10	1	10	146	10
Agosto	88	12	3	6	20	9	12	11	50	14	1	10	174	11
Setembro	44	6	6	12	15	6	10	9	28	8	2	20	105	7
Outubro	56	7	2	4	11	5	7	6	32	9	0	0	108	7
Novembro	56	7	8	15	21	9	12	10	47	13	1	10	145	10
Dezembro	65	9	3	6	23	10	16	14	21	6	1	10	129	8
Total	755	100	51	100	230	100	115	100	364	100	10	100	1.525	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 37, apresentou-se o cruzamento das variáveis *tipo de socorro* e *mês*, referentes aos dados da DNP do Bairro Rubem Berta, no ano de 2009. As informações indicam que, quanto à sazonalidade, os tipos de socorro não tiveram um padrão de frequência nos meses em que aconteceram. O que se constatou é que, na frequência total, agosto foi o mês em que ocorreu maior demanda não pertinente e também o mês de maior frequência dos tipos de socorro clínico e orientação. O tipo de socorro obstétrico teve o mesmo maior percentual de frequência nos meses de janeiro e novembro, o psiquiátrico em maio, o traumático em dezembro e o transporte em junho e setembro.

Na Tabela 38, exposta a seguir, cruzou as variáveis *subtipo de socorro* e *mês*. Foram especificados os 12 subtipos de socorro mais frequentes, e o restante dos subtipos foi incluído no item *outros*.

No bairro Rubem Berta, o mês com maior percentual total de frequência de subtipos de socorro foi agosto. Os subtipos orientação, neuro. e respiratório também

apresentaram os maiores percentuais de frequência em agosto. O subtipo de digestivo teve maior frequência em abril. Os subtipos agitação e reum./ort./dor apresentaram maior percentual de frequência no mês de maio. O subtipo infecto. indicou maior frequência em julho. O subtipo outros apresentou o maior percentual de frequência em janeiro. O subtipo abuso álcool/drogas apresentou os mesmos maiores percentuais de frequência nos meses de janeiro e fevereiro. O subtipo queda/própria altura teve percentuais de frequência idênticos em agosto, setembro e novembro. O subtipo metabólico apresentou os mesmos maiores percentuais de frequência nos meses de janeiro e fevereiro. Os subtipos cardio. e síncope/tonturas apresentaram o maior percentual de frequência no mês de março.

Tabela 38 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por mês, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009.

Subtipo		Mês												Total
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Orientação	N	26	25	25	28	32	12	38	50	28	32	47	21	364
	%	7,1	6,9	6,9	7,7	8,8	3,3	10,4	13,7	7,7	8,8	12,9	5,8	100
Digestivo	N	12	17	21	22	14	10	10	13	11	9	12	13	164
	%	7,3	10	12,8	13,4	8,5	6,1	6,1	7,9	6,7	5,5	7,3	7,9	100
Agitação	N	9	5	6	11	19	12	9	9	7	7	9	15	118
	%	7,6	4,2	5,1	9,3	16,1	10,2	7,6	7,6	5,9	5,9	7,6	12,7	100
Infecto.	N	8	2	9	4	4	7	23	12	1	5	8	7	90
	%	8,9	2,2	10	4,4	4,4	7,8	25,6	13,3	1,1	5,6	8,9	7,8	100
Neuro.	N	8	8	3	4	12	7	8	15	5	4	4	6	84
	%	9,5	9,5	3,6	4,8	14,3	8,3	9,5	17,9	6	4,8	4,8	7,1	100
Reum./ort./dor	N	2	2	3	3	13	7	10	11	3	11	10	5	80
	%	2,5	2,5	3,8	3,8	16,3	8,8	12,5	13,8	3,8	13,8	12,5	6,3	100
Abuso álcool/ drogas	N	10	10	7	7	7	4	1	7	8	4	7	6	78
	%	13	13	9	9	9	5,1	1,3	9	10,3	5,1	9	7,7	100
Respiratório	N	2	2	2	4	2	8	13	11	2	6	7	6	65
	%	3,1	3,1	3,1	6,2	3,1	12,3	20	16,9	3,1	9,2	10,8	9,2	100
Síncope/tonturas	N	5	2	8	5	2	2	6	7	6	7	6	6	62
	%	8,1	3,2	12,9	8,1	3,2	3,2	9,7	11,3	9,7	11,3	9,7	9,7	100
Queda/Própria altura	N	1	2	4	3	4	7	4	6	6	4	6	7	54
	%	1,9	3,7	7,4	5,6	7,4	13	7,4	11,1	11,1	7,4	11,1	13	100
Cardio.	N	2	1	7	5	4	3	4	5	5	5	1	4	46
	%	4,3	2,2	15,2	10,9	8,7	6,5	8,7	10,9	10,9	10,9	2,2	8,7	100
Metabólico	N	5	5	3	3	1	4	2	0	3	0	2	3	31
	%	16	16	9,7	9,7	3,2	12,9	6,5	0	9,7	0	6,5	9,7	100
Subtotal	N	90	81	98	99	114	83	128	146	85	94	119	99	1.236
	%	7	6	8	8	9	7	10	12	7	8	10	8	100
Outros	N	36	25	25	27	19	21	18	28	20	14	26	30	289
	%	12	9	9	9	7	7	6	10	7	5	9	10	100
Total	N	126	106	123	126	133	104	146	174	105	108	145	129	1.525
	%	8,3	7	8,1	8,3	8,7	6,8	9,6	11,4	6,9	7,1	9,5	8,5	100

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

Na Tabela 39, apresentada a seguir, foi realizado o cruzamento das variáveis *subtipo de socorro* e *faixa etária* da DNP do bairro Rubem Berta. Observa-se que o subtipo de socorro queda/altura própria teve maior percentual de frequência na faixa etária dos menores de 10 anos. Os subtipos de socorro digestivo, infecto., agitação, outros e abuso álcool/drogas apresentaram maior frequência na faixa dos 20 aos 39 anos. Os subtipos de socorro orientação, neuro., respiratório, síncope/tonturas, cardio. tiveram maior frequência na faixa etária dos 40 a 59. O subtipo de socorro reum./ort./dor apresentou maior percentual de frequência tanto na faixa dos 20 aos 39 anos quanto na dos acima de 60 anos. O subtipo de socorro metabólico apresentou o mesmo maior percentual de frequência na faixa etária 40 aos 59 anos e na dos 60 anos ou mais.

Tabela 39 – Distribuição da DNP por subtipo de socorro e por faixa etária, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

Subtipo	Faixa etária						Total
	< 10	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 ou mais		
Orientação	N	74	31	95	102	62	364
	%	20,3	8,5	26,2	27,9	17	100
Digestivo	N	7	13	53	51	38	162
	%	4,3	8	32,7	31,5	23,5	100
Agitação	N	9	12	53	36	8	118
	%	7,6	10,1	45	30,6	6,8	100
Infecto	N	13	10	31	20	15	89
	%	14,6	11,3	34,8	22,4	16,9	100
Neuro.	N	10	4	21	29	20	84
	%	11,9	4,8	25	34,5	23,8	100
Reum./ort./dor	N	4	5	24	23	24	80
	%	5,1	6,3	30,1	28,9	30,1	100
Abuso álcool/drogas	N	17	13	26	17	5	78
	%	21,8	16,7	33,4	21,9	6,4	100
Respiratório	N	15	3	16	18	13	65
	%	23	4,6	24,6	27,7	20	100
Síncope/tonturas	N	9	6	14	18	15	62
	%	14,5	9,7	22,5	29,1	24,2	100
Queda/altura própria	N	17	2	9	13	13	54
	%	31,5	3,7	16,7	24,2	24,1	100
Cardio.	N	1	0	10	18	17	46
	%	2,2	0	21,7	39,1	37	100
Metabólico	N	3	1	5	11	11	31
	%	9,7	3,2	16,2	35,5	35,5	100
Subtotal	N	179	100	357	356	241	1.233
	%	14	8	29	29	20	100
Todos os outros	N	43	32	97	62	54	288
	%	15	11	34	21	19	100
Total	N	222	132	454	418	295	1.521
	%	14,6	8,7	29,8	27,5	19,4	100

*Foram descontados do total da idade, quatro registros com erro.

Fonte: A autora (a partir do banco de dados do SAMU de Porto Alegre do ano de 2009).

A primeira etapa da análise da DNP apresentada nesta seção indicou algumas primeiras conclusões.

Inicialmente, foi constatado que o bairro com a maior frequência da DNP foi o Centro. Segundo tem-se experienciado, como enfermeira do SAMU, que os pedidos de socorro atendidos pelas ambulâncias nesse bairro são casos de pessoas não moradoras, clientes de bancos e do comércio. Provavelmente, a DNP também tenha tal característica, portanto seria importante uma pesquisa que abordasse somente esse local. Quanto aos outros bairros, identificados como os de maior frequência da DNP – Rubem Berta, Partenon e Cavallhada –, cada um pertencente a uma diferente região/gerência. O que pode se identificar em comum é que em todos esses bairros existem vários loteamentos populares onde se concentra a população porto-alegrense com menor condição socioeconômica.

Embora a caracterização da DNP de Porto Alegre indique que há especificidades em cada bairro, região ou gerência, algumas características da DNP são semelhantes, permitindo alguns apontamentos descritos a seguir.

A faixa etária de maior concentração da DNP no município de Porto Alegre ficou entre os 20 e os 39 anos (29,9%), sendo, portanto, constituída de adultos jovens. O não atendimento de agravos nessa faixa etária pode levar a sequelas físicas e sociais irreversíveis, dependendo do motivo da busca por socorro e da possibilidade de o usuário conseguir atendimento resolutivo em outro serviço do setor saúde.

Em relação ao sexo, a predominância foi do sexo feminino (53%), porém é preciso considerar que nesse percentual estão incluídos os casos obstétricos (3%). Esse dado leva a considerar que, em relação ao sexo dos usuários, não houve diferenças importantes de frequência na DNP estudada.

Em relação ao horário, os usuários buscam atendimento predominantemente entre as 19h e as 0h59min. Esse é um horário no qual os usuários não encontram atendimento nos serviços da atenção primária, por já estarem fechados. Além disso, é nesse horário que acontece o maior número de acidentes de trânsito na cidade (VERONESE, 2004). Em tal período do dia, a maioria das ambulâncias do SAMU está ocupada no atendimento das vítimas desse tipo de acidente, o que pode ser motivo de recusa dos MRs de enviar atendimento para situações consideradas menos graves.

Quanto à sazonalidade da DNP, pode-se constatar que julho e agosto foram os meses nos quais ocorreu a maioria dos pedidos de socorro. É possível que tal sazonalidade esteja relacionada com o tipo de socorro de maior frequência, o socorro clínico (45%). Dos casos incluídos nesse tipo de socorro, 8,6% são de natureza respiratória, o que pode estar relacionado com o fato de os meses de julho e de agosto serem os mais frios e úmidos do ano.

Outro ponto a destacar é que, conforme mencionado anteriormente, 2009 foi o ano em que a gripe pelo vírus H1N1 passou a ser uma preocupação importante por parte da população e das autoridades sanitárias da cidade. A emergência de uma *nova doença* pode ter tido relação com a maior frequência do subtipo de socorro orientação (6.811) entre os subtipos constituintes da DNP. Ainda em relação aos subtipos de socorros, além da orientação, outros se destacaram na análise como mais frequentes. São eles: entre o tipo de socorro clínico, o digestivo (19,4%); entre o tipo de socorro obstétrico, o trabalho de parto (56,8%); entre o tipo de socorro psiquiátrico, agitação (49,5%); e entre o tipo de socorro traumático, queda/altura própria (43,8%).

Apenas com os dados descritivos já é possível concluir que o fenômeno da DNP é complexo e diverso, e tem relação com um montante de variáveis nos quais estão implicados fatores sociais.

A próxima etapa aprofundará essa análise, enfocando as experiências dos usuários que solicitaram socorro ao SAMU oriundos dos bairros Partenon, Rubem Berta e Cavahada.

6 PRODUZINDO DEMANDA NÃO PERTINENTE: IMPLICAÇÕES DA AGÊNCIA E DA ESTRUTURA

Nesta seção, serão apresentados os resultados da análise qualitativa das entrevistas realizadas com solicitantes da DNP.

Nos quadros abaixo estão descritas as principais características da amostra por bairro – Partenon, Cavalhada e Rubem Berta –, que são: a hora em que foi realizada a ligação para o SAMU, a idade do usuário e o tipo de relação entre o solicitante do serviço e o usuário.

Essas características informam, preliminarmente, que a DNP é composta de uma diversidade de usuários e de solicitantes.

No Apêndice C, as entrevistas aparecem esquematizadas com auxílio do software Cmap Tools, versão 5.04.02⁵ (APÊNDICE C). Apesar de não ser essa a finalidade do software, seu uso facilitou a visualização resumida de cada entrevista, contribuindo com a análise qualitativa. A forma como foram realizadas as entrevistas e o critério que determinou quantas entrevistas foram realizadas em cada bairro serão descritos no próximo item.

No Quadro 6 estão apresentadas a idade do usuário e a sua relação com a pessoa que realizou o pedido de socorro ao SAMU no bairro Partenon.

Quadro 6 – Amostra da etapa qualitativa, bairro Partenon, Porto Alegre, 2009

Entrevista	Idade do usuário	Relação solicitante/usuário
EP1	21	Esposo
EP2	41	Irmã
EP3	78	Cabeleireira
EP4	2	Mãe
EP5	55	Filha
EP6	80	Filha
EP7	39	Amigo
EP8	48	Irmã
EP9	19	Mãe
EP10	78	Colega de trabalho

Fonte: A autora (a partir das entrevistas do estudo, Porto Alegre, 2009).

⁵ O Cmap Tools é um *software* de domínio público para elaboração de mapas conceituais e está disponível em: <<http://cmap.ihmc.us>>.

No Quadro 7 estão apresentadas a idade do usuário e a sua relação com a pessoa que realizou o pedido de socorro ao SAMU no bairro Cavalhada.

Quadro 7 - Amostra da etapa qualitativa, bairro Cavalhada, Porto Alegre, 2009

Entrevista	Idade do usuário	Relação solicitante/usuário
EC1	9	Mãe
EC2	38	Mãe
EC3	38	Esposa
EC4	66	Filha
EC5	58	Esposa
EC6	37	Irmã
EC7	23	Mãe
EC8	18	Ex-professora
EC9	79	Esposa
EC10	22	Mãe do amigo
EC11	26	A própria

Fonte: A autora (a partir das entrevistas do estudo, Porto Alegre, 2009).

No Quadro 8 estão apresentadas a idade do usuário e a sua relação com a pessoa que realizou o pedido de socorro ao SAMU no bairro Rubem Berta.

Quadro 8 - Amostra da etapa qualitativa, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, 2009

Entrevista	Idade do usuário	Relação solicitante/usuário
ERB1	51	A própria
ERB2	70	Cuidadora
ERB3	31	Irmã
ERB4	81	Filha
ERB5	70	Filha
ERB6	64	Irmão
ERB7	75	Filha
ERB8	75	Esposa
ERB9	65	Amigo da igreja que frequenta
ERB10	22	Vizinho

Fonte: A autora (a partir das entrevistas do estudo, Porto Alegre, 2009).

Conforme já indicou os quadros anteriores e a seção anterior, a DNP envolve aspectos de natureza social. Por abranger um conjunto de pessoas (doentes, solicitantes, telefonistas, MRs etc.) e de situações (falta de orientação sobre

primeiros socorros, dificuldades de transporte etc.) que se inter-relacionam, considera-se a DNP como sendo o resultado de um processo de construção social (PINHEIRO; MATTOS, 2005; HACKING, 2001; BERGER; LUCKMANN, 2008).

A DNP é o produto da agência (ação) de sujeitos (agentes ou atores) em interação com a agência de outras pessoas. Além disso, a DNP não é formada somente por aspectos biológicos do problema de saúde em questão, mas por uma gama de outros aspectos da vida das pessoas (MORAIS, 1978; BOLTANSKI, 1989; CANGUILHEM, 2007; GIDDENS, 2009). Esses aspectos vão configurar a competência do usuário para resolução de um agravo de saúde, o que pode incluir a busca de socorro no SAMU.

O pressuposto de que o ato de pedir socorro ao SAMU é condicionado pela interação entre sujeitos e pelos recursos disponíveis para realizar o atendimento de um agravo à saúde está embasado na TE de Giddens (2009). Segundo esse autor, não se deve considerar a ação (agência) e a estrutura como elementos contrapostos de um dualismo, deve-se vê-los como termos complementares de uma dualidade, a dualidade da estrutura. Nessa perspectiva, pode-se argumentar que a DNP existe em função da agência dos sujeitos na solicitação de um recurso para atender aos seus agravos de saúde.

Apesar da orientação de Giddens de que a agência e a estrutura fazem parte de uma dualidade, estas aparecem separadas nas duas seções a seguir, a fim de conferir maior clareza à análise.

6.1 Solicitando socorro ao SAMU: a agência do usuário

A DNP tem origem na tomada de decisão (agência) do sujeito de um agravo à saúde ou de alguém que presencia o sofrimento de outro para resolver ou minimizar o problema que se apresenta. O resultado dessa tomada de decisão pode se configurar num pedido de socorro ao SAMU.

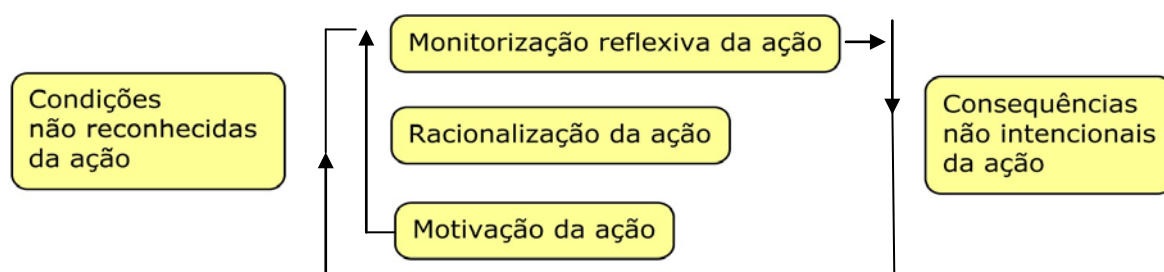
A noção de consciência prática de Giddens (2009) contribui para a análise dessa tomada de decisão. Segundo o autor, a consciência prática consiste no conhecimento tácito utilizado pelos atores para seguirem suas trajetórias de vida sem a capacidade de lhes dar uma expressão discursiva direta. Por outro lado, a capacidade de retornar à ação passada e descrever suas circunstâncias durante as

entrevistas dá visibilidade a uma consciência discursiva (ibidem), que resulta na capacidade de dizer ou expressar verbalmente as condições de sua própria ação.

Os discursos dos solicitantes sobre a sua ação foram analisados nas subseções a seguir (6.1.1, 6.1.2 e 6.1.3), que vão focar especificamente a agência do solicitante do socorro ao SAMU que compõe a DNP.

Para analisar a continuidade de uma agência (ação), Giddens (ibidem, p. 6) sugere o seguinte modelo de estratificação:

Figura 2 – Modelo de estratificação do agente



Fonte: A autora (adaptado de GIDDENS, 2001)

No seu modelo, Giddens (ibidem) diferencia motivação de racionalização e de monitorização reflexiva. Esses elementos do pensamento do autor orientarão a análise das informações obtidas nas entrevistas, tendo em conta o foco na agência dos solicitantes do SAMU.

No modelo da estratificação do agente, Giddens incluiu outros dois elementos: as condições não reconhecidas da ação e as consequências não intencionais dessa ação, que são elementos implicados na reprodução de práticas sociais e cuja análise, em relação à produção dos pedidos de socorro ao SAMU que resultaram na DNP, está incluída ao final desta tese.

6.1.1 Sofrendo ou presenciando um agravo de saúde: a motivação da ação dos solicitantes de socorro

Conforme Giddens (2009), os motivos de uma ação referem-se às necessidades que a instigam. O autor destaca, ainda, que a motivação não está diretamente vinculada à continuidade da ação, mas ao potencial para a ação,

admitindo, porém, que essa afirmativa não é rígida, porque em situações que quebram a rotina o motivo tem influência direta na ação. É o caso dos indivíduos que buscam ajuda do SAMU para atendimento de um agravo de saúde. Na maioria das vezes, tais solicitações correspondem a um pedido de atendimento de saúde originado na agudização de uma doença crônica ou em um caso agudo envolvendo um indivíduo previamente hígido.

O caráter agudo do problema que dá origem à chamada telefônica ao 192 e a surpresa e inevitável ausência de prontidão e preparo para atendê-lo são circunstâncias que extrapolam a rotina do dia a dia do usuário, gerando ansiedade e motivando o pedido de socorro ao SAMU.

Rotina é um conceito central na TE, referida por Giddens (2009) como um elemento básico da atividade social cotidiana. Para o autor, rotina refere-se ao caráter habitual da maior parte das atividades da vida cotidiana e às condutas familiares hegemônicas, sustentando e sendo sustentadas por um senso de segurança ontológica.

No conteúdo das entrevistas é possível encontrar evidências de que a motivação da ação de solicitar socorro ao 192 tem a ver com a quebra de rotina dos usuários, relacionado a problemas de saúde que, na perspectiva do solicitante, o SAMU poderia resolver. A esse conjunto de problemas incluem-se as necessidades sentidas pelos solicitantes para que o seu estado de saúde volte ao normal, ou seja, *necessidades de saúde* (MATUSUMOTO, 1999; STOTZ, 1991; CECÍLIO, 2001).

A diferença entre necessidades de saúde e problema de saúde tem sido expressa de modo confuso na literatura (STOTZ, 1991, p. 59). Nesta tese, considera-se que, em ambos os casos (doentes crônicos e os previamente hígidos), as necessidades sentidas pelos usuários fazem parte do conjunto denominado problema de saúde. Nesse conjunto, são necessidades de saúde: as necessidades biológicas, as necessidades econômicas e as necessidades sociais, apresentadas a seguir.

6.1.1.1 Necessidades biológicas

Para que um estado de saúde volte ao seu estado normal, depende da percepção de um sujeito do que está anormal. Por isso, as necessidades biológicas correspondem aos agravos de saúde percebidos pelos usuários/solicitantes do

SAMU. As necessidades biológicas foram relatadas em quatro tipos: clínico, traumático, obstétrico e psiquiátrico, como ilustram as falas abaixo:

Eu fui pintar o cabelo dela, fui lavar o cabelo dela, quando sentei ela na cadeira, ela passou mal, ela ficou com os olhos estalados, olhando para mim, não falava. (P3)

Ele foi descer da árvore, caiu em cima da ponta da grade da casa e furou o braço. Foi um sangramento forte. (RB4)

Ela estava em trabalho de parto. (RB10)

Ele estava num estado de dependência química. (C6)

As necessidades de ordem biológica referem-se às condições físicas e clínicas de uma pessoa, as quais são percebidas a partir de sinais e sintomas de anormalidade:

Ele estava com dor nas costas, ele não conseguia erguer, começou a sentir tonturas e parecia que ia desmaiar. Ele nunca desmaiou, ele nunca teve nada, eu pensei que era uma coisa grave. (C3)

Eu estava com a diabetes alta e com a pressão alta. Se a boca está muito ressecada é porque a diabetes está alta e eu tenho muito vômito quando a pressão está alta, então eu já conheço os sintomas. (RB1)

Ele simplesmente não falava, ele ficou completamente branco, e nós somos negros. Ele não conseguia nem respirar direito de tanta dor. (P8)

Nas narrativas referentes às necessidades biológicas, os doentes crônicos referem sinais e sintomas de agravo à saúde conforme a sua experiência como portadores de uma doença. Nas narrativas referentes a pacientes previamente hígidos, um agravo de saúde é gerador de preocupação para quem observa o evento. Às vezes, a percepção de gravidade do agravo de saúde pode ser exacerbada quando o evento é um fato novo e de natureza desconhecida.

6.1.1.2 Necessidades econômicas

As necessidades econômicas referem-se a todo suporte que um sujeito perceba como imprescindível ou facilitador para melhorar o seu estado de saúde e que implique valores a serem pagos. As necessidades econômicas variam de um sujeito para outro, conforme as suas possibilidades monetárias. No caso do

solicitante que forma a DNP, essas necessidades estão diretamente relacionadas ao transporte gratuito que o SAMU oferece, como nas situações em que o solicitante perceba como necessário o transporte de táxi ou mesmo de ambulância e que não disponha da quantia para contratar esses serviços:

Se tivesse dinheiro eu pegaria um táxi para o hospital, mas isso aí é uma coisa assim que não é sempre. (C3)

Eu tive que usar a ambulância em quinze dias três vezes para ir e para voltar do hospital, eu teria que pagar 80,00 reais. (P6)

Nos casos relatados, a motivação do pedido de socorro ao SAMU foi a falta de recursos financeiros para atender à necessidade de transporte adequado de um usuário em situação de agravo agudo. Esse problema do transporte foi, reiteradas vezes, trazido nos relatos dos usuários que compuseram a DNP, para justificar a busca pelo atendimento de uma ambulância do SAMU.

Por exemplo, nos casos supracitados, C3 presenciou o marido, previamente hígido, sentir dor nas costas, no estômago, tonturas e, até, desmaiar. O caso de P6, também acima mencionado, teve um argumento a mais de sua filha, que informou o seguinte:

Ele tem demência senil, diabetes, não se movimenta, não se locomove, é acamado, é um homem pesado, não é gordo, mas precisa de ajuda para se movimentar. A partir do meio dia, ele simplesmente ficou prostrado, ele ficava branco, um suor, deu uma espécie de diarreia nele. Nós temos uma Parati velha, parece uma ambulância também que é o carro que nós utilizamos para levar ele para o hospital, mas ele está com dificuldade de se locomover, cada vez que ele entrava no carro o coração dele parecia que ia saltar, a gente estava levando ele por um problema e a gente tinha medo de perder ele dentro do carro porque parecia que o coração dele ia parar. A única maneira de tirá-lo com mais tranquilidade dentro de casa é uma ambulância. Nós começamos a passar por esse problema. (P6)

Em relação aos doentes crônicos, a necessidade econômica como fator motivador é diferente, no sentido que pode potencializar a motivação de socorro ao SAMU. Isso foi o que levou a solicitante P6, supracitada, a pedir socorro ao SAMU. A mesma já tinha utilizado uma ambulância particular três vezes, com o custo de 80 reais cada, no mês em que solicitou socorro ao SAMU, e estava com dificuldade de conseguir a quantia novamente. Nesse caso, a motivação foi a combinação de necessidades biológicas com as necessidades econômicas.

6.1.1.3 Necessidades sociais

As necessidades sociais fazem parte do rol de condições para a existência de uma demanda ao SAMU considerada não pertinente. As necessidades sociais, bem como as necessidades econômicas podem ser potencializadoras de necessidades biológicas que resultam no pedido de socorro ao SAMU.

Por necessidade social entendem-se aquelas condições cuja ausência pode gerar a diminuição da promoção, da proteção e da recuperação da saúde das pessoas. As necessidades sociais produzem e são produtos das ações das pessoas que fazem um pedido de socorro ao SAMU.

Tais necessidades estão diretamente ligadas ao modo singular de os indivíduos perceberem e atuarem no mundo, em um determinado tempo e espaço, e que pode, portanto, modificar esse modo o tempo todo (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009). Um mesmo sujeito pode expressar várias singularidades no tempo-espaço no qual ele está inserido e nos fatores de afetivação aos quais ele se expõe (ibidem), o que quer dizer que a posição social do indivíduo repercute sobre sua saúde (SAMAJA, 2000; BARATA, 2009).

A posição ocupada pelo indivíduo na sociedade pode ser entendida através da reflexão de Stotz (2009) sobre redes sociais como *conceito de junção*. A partir dessa consideração, entende-se que as redes sociais exercerão um papel mediador entre os saberes, no caso, entre um solicitante e um MR, o que vai ser determinante na decisão em solicitar socorro ao SAMU.

É importante mencionar que existem dois tipos de redes sociais (ibidem). As redes primárias dizem respeito às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem cotidianamente ao longo de suas vidas (relações de familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade etc.) e que correspondem ao processo de socialização dos indivíduos. As redes secundárias formam-se pela atuação coletiva de grupos, instituições e movimentos que defendem interesses comuns.

As redes sociais primárias estão presentes nas narrativas dos solicitantes entrevistados. Familiares, amigos e vizinhos foram mencionados nesse nível. Não se encontraram exemplos de redes secundárias de proteção nas falas dos solicitantes. A Brigada Militar, a escola e os taxistas foram mencionados como exemplos de um outro nível que não o primário; embora não estejam articulados com a finalidade de

rede social em prol do atendimento de um agravo de saúde, foram citados com destaque nas situações que foram consideradas DNP, conforme relatos a seguir.

A família, em geral, é considerada o fundamento básico e universal das sociedades, por se encontrar em todos os agrupamentos humanos, embora variem as estruturas e o funcionamento (LAKATOS; MARCONI, 1999). É o primeiro vínculo social que o indivíduo estabelece, e são geralmente os familiares que prestam auxílio no momento de um agravo de saúde ou que é procurada para tentar resolver um agravo de saúde de um de seus membros.

Minha mãe começou a se sentir mal, medimos a pressão dela e a pressão estava 19 por 10, deitamos ela e ligamos para o SAMU. (P5)

A escola pode ser vista como uma opção para aqueles cujo apoio familiar é complicado em situações de um agravo de saúde.

A guria veio aqui chorando era uma ex-aluna dizendo que estava com muita dor. Eu acho que era uma cólica normal de parto. Ela morava só com a vó a vó não podia levar ela. Daí a gente chamou a Brigada. (C8)

No trabalho de parto em gestantes primíparas, sem apoio familiar e que vão buscar apoio na escola, resta aos professores solicitar os serviços do SAMU para atender, o que vai ser considerado uma demanda não pertinente. Isso pode ocasionar o desvio da função da Brigada Militar, pois, na negativa do SAMU, a professora solicitou aos militares o transporte da gestante.

Na ausência da família, amigos, vizinhos e até ex-professores exercem um papel especial de apoio diante de um agravo de saúde:

Eu estava em casa e de repente me deu uma dor. Eu tenho hérnia de disco e dependendo dos movimentos que eu faço no outro dia eu não consigo nem caminhar. Ele ligou para ver se o SAMU vinha. (P7)

Eu vou sempre sozinha para o hospital. Eu estava vomitando, com os pés muito inchados, eu estava com hemorragia. Além da hemorragia eu estava com a diabetes alta e pressão alta. Eu não tinha uma pessoa para me acompanhar, então pensei no SAMU para me largar lá no Conceição [hospital]. Aí teve uma enfermeira aposentada que me emprestou 20 reais e eu peguei lotação e fui até um pedaço e peguei ônibus. (RB1)

Além de estar sem dinheiro, o fato de necessitar de alguma companhia para ir ao hospital, em função dos sintomas do agravo de saúde, é um motivo comum para as solicitações de socorro ao SAMU. Nessa perspectiva, viver sozinho e ter um

agravo crônico de saúde são importantes problemas de natureza social que têm contribuído muito na produção da DNP.

Os taxistas prestam um papel de relevância dentro da rede social de vários dos solicitantes considerados DNP. Nas entrevistas, eles foram mencionados como os responsáveis pelo destino de 25% dos usuários entrevistados (APÊNDICE C), conforme o exemplo abaixo:

Eles poderiam ter vindo e pelo menos me levado, porque eu não conseguia nem caminhar, nem levantar, chegaram a me arrastar para eu sair do prédio. Imagina, eu quase desmaiei no táxi, o taxista se apavorou e chegou em 15 minutos lá no Clínicas [hospital]. (C7)

A porcentagem do uso de táxi pelos solicitantes do SAMU aos serviços de saúde que eles consideraram mais adequados para tratar seus agravos de saúde é um indicativo de que esses profissionais precisam de uma atenção do setor saúde. O *pavor* de um taxista, diante de agravo de saúde, pode implicar num aumento de velocidade para chegar a um serviço de saúde e gerar um novo agravo: um acidente de trânsito. Normalmente, cursos de primeiros socorros são obrigatórios aos motoristas, no momento em que fazem a Carteira Nacional de Habilitação. Uma sugestão para minimizar o *pavor* dos taxistas diante de um agravo de saúde, demonstrado pelo excesso de velocidade relatado, seria uma capacitação para lidar com as situações práticas que se apresentam no cotidiano da categoria, como a do exemplo acima.

A análise dos dados permite concluir que a motivação dos solicitantes que buscam ajuda do SAMU para si ou para alguém próximo, e cuja busca resulta em DNP, está relacionada a quatro aspectos que podem ou não estar interligados. O primeiro é a quebra da rotina do dia a dia, com a vivência repentina de um agravo agudo de saúde, originado, ou não, em uma condição crônica. O segundo aspecto refere-se a um conjunto de necessidades econômicas e sociais, reforçadas nos casos de usuários com doenças crônicas, em que os agravos e os recursos financeiros para atendê-los são mais frequentes. O terceiro aspecto que constitui essa motivação tem a ver com o efeito potencializador da concomitância de necessidades biológicas, econômicas e sociais na percepção da urgência de um agravo de saúde. Por fim, pode-se concluir a importância de uma rede social num pedido de socorro ao SAMU e sua influência direta na promoção, na proteção e na

recuperação da saúde dos indivíduos (BARATA, 2009; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; MARTELETO; STOTZ, 2009).

6.1.2 Escolhendo o SAMU: a racionalização da ação dos solicitantes de socorro

Sobre racionalização da ação, Giddens (2009) argumenta que o agente mantém um contínuo *entendimento teórico* das bases de sua atividade. Para o autor, isso significa que, se o agente souber explicar os atos da conduta cotidiana, pode ser considerado competente em relação a eles. Nessa perspectiva, a análise dos dados sugere que os agentes que solicitaram socorro ao SAMU tinham uma boa compreensão sobre o que estavam fazendo, explicando sua decisão de ligar para o 192 com base no conhecimento sobre a missão do serviço e sobre que problemas de saúde são considerados urgentes e, portanto, destinados à natureza do serviço. Considerando o papel que a legislação atribui ao SAMU no atendimento às urgências em saúde, pode-se inferir que esses agentes têm um conhecimento bem adequado das características do serviço e que a decisão de buscar ajuda de uma das suas equipes evidencia competência na realização da ação. Os trechos de entrevistas transcritos a seguir ilustram essa competência e o conhecimento que a embasa.

6.1.2.1 Conhecimento sobre a missão do serviço

Ele tomou o remédio [31 comprimidos de Rohipnol] e ficou quase, bem dizer, morto ali no chão, quando ele quis voltar ele já estava até variando. Eu acho que num caso de urgência é eles que tu tens que chamar. O SAMU é um serviço de urgências. (C2)

Pelo que eu vi, a SAMU atende casos de emergência, meu caso era um caso de emergência pela dor que eu estava. (EC11)

Na falas acima, subentende-se a ideia de que os solicitantes consideram que atendimento do agravo de saúde trata-se de uma urgência.

Mas, a relação entre usuário e MR não é pacífica, pois há conflitos em relação aos significados da urgência atribuída ao agravo de saúde (VERONESE; OLIVEIRA, 2009), como as falas abaixo sugerem:

É a primeira coisa que a gente pensa quando alguma coisa grave acontece em relação a isso, a um acidente, primeira coisa que tu lembra é o 192, é chamar o SAMU até porque eu sei que eles têm paramédicos, então, claro, que a primeira alternativa é essa porque um hospital não vai vir até aqui eu achei que a ambulância viria, para mim era uma urgência, no meu ver era, só que para eles não, eles não agem dessa forma, com urgência, emergência é só nos casos de baleado, esfaqueado, tem que ter sangue. (ERB3)

Eles me disseram: só um momentinho que nós vamos passar para o paramédico que faz a avaliação, aí nisso tu perdes mais uns 10 minutos. Quando chegou a segunda pessoa, aí ele me perguntou: Ele está em óbito? Morrendo? Desacordado? Na verdade meu pai não estava totalmente desacordado, mas ele estava com pouca lucidez, ele está em óbito? E eu disse não, eu espero justamente uma ambulância para ele não ir a óbito, e com urgência. Aí ele falou que a SAMU não era para isso só se fosse caso de extrema urgência ou se estiver em óbito, ele até me disse em outras palavras, em resumo, eles me negaram o atendimento. (EP6)

No primeiro momento a mesma informou que não tinha disponível ambulâncias, que era para nós tentar levar ele no posto. Depois, na segunda tentativa, a pessoa que faz a filtragem foi até meio grosseira, disse não, a gente não vai porque se ele já está sentado, ele já está melhor. (EP10)

Se todos os agravos de saúde considerados urgências por parte dos usuários fossem atendidos, não existiria DNP. Mas, como existe uma expressiva demanda ao SAMU, há necessidade de uma triagem dos casos, em que se realiza atendimento das urgências de quem está em risco de vida iminente (VERONESE; OLIVEIRA, 2009). Por isso, o conceito de urgência é um importante elemento presente na produção da DNP.

Não ter a sua urgência atendida em função da agência do MR é uma demonstração de que a agência dos solicitantes tem um poder parcial sobre esse pedido de socorro, pois depende das interações realizadas com outros agentes (GIDDENS, 2009). Ou seja, os solicitantes da DNP têm poder para fazer um pedido de socorro em termos de intenção ou de vontade, mas não em relação à capacidade de obter resultados desejados ou pretendidos. Essa parcialidade tem ocorrido pelo fato de que há contradições entre as percepções de usuários e de profissionais de saúde quando o assunto é urgência, o que já foi relatado em outros estudos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; VERONESE; OLIVEIRA, 2009; GARLET *et al.*, 2009).

Nesses estudos, foi descrito que as concepções sobre urgências entre os usuários e os profissionais de saúde envolvem diferentes saberes. Especialmente sobre diferentes concepções de urgências, um estudo cuja coleta de dados se deu

nos serviços de pronto atendimento e nas centrais do 192 (SAMU) e do 193 (Bombeiros) da cidade de Marília (RJ) identificou que as influências do modelo biomédico nas concepções dos profissionais de saúde podem ser uma das causas de conflitos entre aqueles profissionais e os usuários desses serviços de saúde (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A conclusão da autora foi que a perspectiva de usuários dos serviços de pronto atendimento – aqueles serviços que se propõem a atender os problemas urgentes de saúde – entra em choque frontal com a dos profissionais da saúde. Giglio-Jacquemot chegou a essa conclusão principalmente ao estudar os usuários com agravos de saúde que, apesar de não representarem risco à vida, no sentido biomédico, ameaçavam e dificultavam seriamente, porque impediam os sujeitos de realizar atividades cotidianas. Ela citou, por exemplo, as dores nas costas, que podem impedir uma mulher de cuidar dos filhos ou um motorista de trabalhar.

Para os usuários com agravos à saúde, o SAMU tem uma imagem forte de serviço *ideal* para o atendimento de urgências reforçado na mídia constantemente, desde a implantação da PNAU. Não causa surpresa, portanto, o fato de que, ao se depararem com um agravo de saúde percebido como urgente, os solicitantes que foram sujeitos da DNP recorram ao SAMU, um serviço que lhes é cotidianamente ofertado.

Além disso, a fala abaixo mostra que solicitantes também entendem que o SAMU tem uma função social:

Eu acho que ele é uma entidade que atende as pessoas quando necessitam. (C9)

Eu acho que a SAMU é, como eu posso dizer, a emergência, muitas vezes tem pessoas que não têm condições de pegar um táxi, e ir pro Pronto Socorro. (P8)

As falas acima ilustram o argumento de que os solicitantes atribuem ao SAMU uma função de ajuda a necessitados. Esse entendimento pode proceder de situações que os usuários acompanham, como já mencionado anteriormente (na seção 3), quando envolvem a *valência forte* de um caso, como o exemplo relatado a seguir.

Eu te dou um exemplo do cárcere privado que o homem manteve a mulher em Canoas, que lá ficaram durante três dias, duas ambulâncias do SAMU naquela rua na frente da casa da pessoa,

mais não sei quantas viaturas da Brigada Militar [...] parados por causa de uma briga de casal, e outras pessoas passando mal, sujeitas a morrerem, ter um infarto ou coisa assim, e eles se negarem a atender. (P6)

A valência forte também faz parte do rol de critérios para demanda de ambulâncias e refere-se ao valor social do evento em questão como justificativa para o MR enviar uma ambulância para atendimento, mesmo que a gravidade seja nula. Contudo, como não é possível o SAMU atender todas as situações de valor social que não representariam um risco iminente à vida, uma grande parte desse tipo de chamado acaba compondo a DNP.

Eu pensei que ela estava morrendo, ela simplesmente olhou para mim, fixou os olhos nos meus, não falava e foi perdendo os sentidos. A única coisa que me passou foi SAMU, urgência. (EP3)

Nós tínhamos um parâmetro que a SAMU era numa hora dessas, urgência. Era uma urgência porque demonstrava debilidade física, uma pessoa de idade, o que tu imaginas de uma pessoa de idade que está fragilizada? Baixa a pressão por quais motivos não se sabe, mas a qualquer momento pode dar um infarto nele. (EP10)

Um agravamento em pessoas idosas pressupõe que a morte está próxima. No caso acima, o risco de morte do idoso, que justifica o pedido de socorro ao SAMU, transpareceu ao solicitante pelos sinais que a usuária apresentou: olhos fixos, sem fala, perda dos sentidos. A solicitante refere esses sinais de agravamento para explicar por qual motivo considerou uma urgência e, portanto, caso para o SAMU atender, o que está compatível com a natureza do serviço.

Embora evidenciando um bom conhecimento sobre o caráter de urgência como critério definidor de um caso pertinente à natureza do SAMU, é possível inferir que o julgamento do que seja uma urgência é influenciado por aspectos culturais, levando a avaliações nem sempre adequadas. É o caso de avaliações sobre a urgência de situações envolvendo a gravidez e o parto.

Ela estava em trabalho de parto e eu era o único que tinha telefone perto. Eu liguei para o SAMU, expliquei a situação. Porque é um caso de gravidez, é alto risco, poderia ter risco de morte, tanto dela quanto da criança, é o nascimento de uma vida. (ERB10)

O parto é uma das situações que mostra a influência do fenômeno da medicalização (TESSER, 2010; PINHEIRO; LOPES, 2010) na produção da DNP.

O parto, um evento que já foi atendido domesticamente, tornou-se medicalizado nas sociedades ocidentais contemporâneas, requerendo a atenção de especialistas e sua realização em ambiente hospitalar. A fala citada sugere que a percepção de que a gravidez e o parto são situações de risco está relacionada a questões culturais. Nesse sentido, é possível que a presença do SAMU no cotidiano das gestantes esteja reforçando a cultura da medicalização por meio da ideia de que o transporte de grávidas a um serviço de saúde deva ser realizado por especialistas.

A análise das falas dos solicitantes indica que o entendimento teórico sobre a missão e a natureza de um serviço de saúde cuja atribuição é atender urgências tem ligação com a motivação do pedido de socorro (necessidades biológicas, econômicas e sociais) e com questões culturais (surgimento de uma nova tecnologia, medicalização). Diante desse contexto, os solicitantes demonstram ser competentes em relação à ação de solicitar o atendimento do SAMU para o seu agravo de saúde. O serviço dispõe de todos os recursos que eles precisam para resolver o problema de saúde: pronto atendimento de agravos de saúde no local da ocorrência (em casos graves e em casos de pessoas que moram sozinhas) e transporte especializado e gratuito até um serviço de saúde fixo (ver subseção 6.2.1.1).

A continuidade da ação de fazer um pedido de socorro ao SAMU tem relação, além do entendimento teórico exposto neste item, com o monitoramento reflexivo da ação, explicado a seguir.

6.1.3 Atribuindo ao SAMU a competência de atender urgências: o monitoramento reflexivo da ação

A reflexividade é uma característica das sociedades modernas que os solicitantes do SAMU compartilham. Como refere Beck (1992), quanto mais as sociedades são modernizadas, mais os agentes adquirem a capacidade de refletir sobre as condições sociais de sua existência e, assim, modificá-las, como ilustra C6 ao explicar por que pediu socorro ao SAMU:

Olha, naquele momento eu achei que o mais provável era chamar o SAMU porque eles que teriam um médico ali para me auxiliar ou até um enfermeiro, alguém para me dizer realmente se o sintoma dele era um caso de risco de vida ou não. Primeiro momento, chamar o SAMU, porque eu acho que o SAMU é o serviço de urgência. Imagina uma pessoa dizer para ti eu estou morrendo, eu não estou conseguindo respirar, está doendo o meu peito, ainda mais um

parente, com um estranho a gente já não sabe o que fazer, em estado de choque, imagina um irmão, em plena madrugada, falando isso pra ti. (C6)

Demonstrando conhecimento sobre a missão, a natureza do SAMU e a competência de sua ação, o solicitante relata uma série de pontos de reflexão que influenciaram sua decisão de ligar para o 192. A proximidade ou a relação afetiva como o sujeito que sofre um agravo de saúde resulta numa atitude de solidariedade e compartilhamento do sofrimento. Nesse cenário, não é possível ficar passivo à situação e, dado o conhecimento sobre a existência do SAMU e a percepção dos riscos envolvidos, o serviço torna-se uma óbvia opção para resolução do problema.

Hoje, diante de um agravo de saúde, os sujeitos normalmente consideram os riscos envolvidos na situação.

Uma pessoa já de idade, com o problema que ele tem [diabete, infecção no pé] e com a febre que ele estava, fraco de não se alimentar direito porque não tinha fome, acho que isso aí é um risco de vida. Eu acho que para mim e para qualquer pessoa. E pra eles [regulação do SAMU] não é. (C10)

Ele disse assim “não estou conseguindo respirar, não estou conseguindo respirar”. E ele tava suando e dizia assim: “ó estou com muita dor no peito, mana, acho que eu vou morrer, acho que vou morrer”. E ele suava muito frio e se queixava da dor no peito e da falta de ar. Eu acho que ele podia ter corrido risco, de ter parado de respirar, e eu não ia saber o que fazer. (C6)

O que eu tava era um risco [grávida com hiperêmese], porque se eu não tivesse condução pra ir, se não arrumasse dinheiro pro táxi, eu não ia ir, ia ficar em casa e ia acabar morrendo em casa né, desidratando. (C8)

Faz parte da modernidade viver constantemente pensando numa ação em termos dos riscos dessa ação. Os sujeitos avaliam o risco de uma situação e tomam a decisão sobre como intervir na situação de perigo presumido, de acordo com as opções disponíveis e conhecidas. Por isso, a consideração do que constitui uma situação arriscada de saúde, do ponto de vista dos usuários, é importante quando se analisa a agência dos sujeitos que tomaram a decisão de chamar o SAMU.

Os riscos que os sujeitos dos pedidos de socorro classificados como DNP consideraram na tomada de decisão que resultou na chamada ao SAMU foram filtrados conforme os saberes aprendidos no cotidiano, aí incluídos os especializados, transmitidos pelos profissionais da saúde (GIDDENS, 2002). Dada a onipresença de riscos no dia a dia, não é possível levar uma vida totalmente segura,

tornando-se imperativo, portanto, escolher que riscos correr e evitar. Para esportistas radicais, é normal arriscar a vida, mas, para quem não costuma expor sua integridade física a algum dano, a possibilidade de ter algum agravo de saúde pode ser avaliada como extremamente relevante (LE BRETON, 2009).

Na contemporaneidade, há uma proliferação de especialismos, e os indivíduos que não estão incluídos nas categorias de profissionais da saúde são socialmente identificados como *leigos em saúde*.

Por mais que tenha um motivo, claro, foi realmente da bebida [a convulsão], mas até então eu sou leiga, eu não tenho medicina, eu gostaria de ser atendida. (RB3)

Eu sou ignorante para qualquer tipo de doença, a única coisa que eu sei é a asma do guri que eu controlo, dou meticorten, faço nebulização, agora, os outros tipos de doença eu não conheço. (P4)

Eu sou leiga em atendimento, eu não sou doutora, não sou enfermeira então qualquer coisinha para mim já é o suficiente. (C1)

Nesse sentido, como sugerem as falas acima, não é apenas o saber profissional que reitera essa definição, mas também a população se autorreconhece de tal modo, delegando a médicos e enfermeiros do SAMU a legitimidade para atender urgências. Na fala abaixo, o usuário aponta claramente que foi por influência de um saber especialista que decidiu pedir socorro ao SAMU:

O SAMU diz, quando a gente vê queda não é para a gente mexer na pessoa, tem que esperar eles chegar. (RB4)

O caso acima exemplifica a afirmação de Giddens (2009), de que o monitoramento reflexivo da atividade é uma característica crônica da ação cotidiana e envolve a conduta não apenas do indivíduo (o solicitante do SAMU), mas também de outros (os profissionais do SAMU).

Em resumo, em diversas situações, as atividades diárias são produzidas, reproduzidas e reflexivamente monitoradas pelo agente como parte do *seguir em frente* de sua vida (idem, 2002), e essa agência ao mesmo tempo é produto e produtora da estrutura. A próxima seção tratará mais especificamente do modo como a estrutura influencia a produção da DNP.

6.2 Utilizando os recursos e seguindo as regras da estrutura diante do agravo de saúde

Segundo Giddens (2009), as propriedades estruturais, sobretudo as institucionalizadas, são características estruturadas de sistemas sociais, estendendo-se ao longo do tempo e do espaço. Nessa perspectiva, as propriedades estruturais dos sistemas sociais não atuam ou *agem sobre* alguém como as forças da natureza, para *compelir* o indivíduo a comportar-se de um modo particular, mas condicionam os sujeitos a tomarem as suas decisões de acordo com as regras e os recursos presentes na estrutura. Tal estrutura, por sua vez, é produzida pela agência dos sujeitos e reproduzida pelos mesmos no momento de cada ação, o que quer dizer que há uma sobreposição entre agência e estrutura.

A análise da experiência dos usuários cujos pedidos de socorro ao SAMU foram classificados como DNP permite conhecer como os sujeitos se mobilizam diante de regras e recursos da estrutura em situações de agravo de saúde e quais propriedades estruturais estão envolvidas nessa mobilização. A análise a seguir mostrará que, diante de um agravo de saúde considerado urgente, o usuário se mobiliza para agir em duas direções: *chamar o SAMU* e *executar primeiros socorros*.

6.2.1 Chamando o SAMU

Além de estar diretamente relacionado à agência do solicitante, o ato de chamar o SAMU também tem ligação com a estrutura.

O SAMU, conforme analisado anteriormente, é percebido pelos usuários como sendo o serviço cuja missão é atender urgências; conseqüentemente, é esperado que, na presença de um evento percebido como *urgente*, a resolução do problema em questão seja buscada no atendimento do serviço. Nesse sentido, a tomada de decisão que resulta numa chamada telefônica ao 192 dependerá do que cada solicitante entender por urgência em saúde.

A percepção de um agravo como sendo uma *urgência*, para o qual a falta de atendimento médico implica risco à vida, envolve outras questões que aparecem nos relatos dos usuários, como a facilidade do acesso ao SAMU em relação a outros serviços, dúvidas dos usuários sobre o que o serviço atende e o imaginário social de um SAMU que *salva vidas*.

6.2.1.1 Entraves no acesso a um serviço para atendimento do agravo de saúde

A noção de acesso, a exemplo da noção de urgência, é complexa e está relacionada à percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde e à conversão de tais necessidades em demanda aos respectivos serviços (PINHEIRO *et al.*, 2002).

Se o usuário identifica que necessita imediatamente do apoio de um serviço de saúde, a opção mais rápida é chamar o SAMU, através de uma simples ligação telefônica:

Minha mãe começou a se sentir mal, medimos a pressão dela e a pressão estava 19 por 11. Começou a sentir-se enjoada, tonta, com formigamento no corpo, aí nós deitamos ela, porque ela estava sem condições de ficar em pé. Quando acontece isso, o SAMU que é para atender emergências. Qualquer outra coisa é mais demorado do que ligar para o SAMU. (P5)

O bairro tem ônibus que passa no Clínicas e no Pronto Socorro, tem o T6 que vai para o Cardiologia, só que, assim, a gente pode pegar ônibus, só que no meu caso eu levo 40 minutos até o Centro e eu vou esperar 40 minutos para chegar no hospital? (RB1)

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) reitera que o usuário tem direito ao acesso aos serviços de saúde quando, na sua perspectiva, necessitar seu atendimento, embora esse direito não seja uma conquista tranquila, pois os usuários seguem precisando submeter-se às regras de cada instância.

Conforme sugerem os depoimentos dos solicitantes do SAMU, na atenção básica as dificuldades de acesso para atendimento de agravos de saúde contribui significativamente para a produção da DNP. Nesse sentido, a experiência dos solicitantes destaca: a ausência de médicos para pronto atendimento nos postos de saúde, a dificuldade em conseguir *fichas* para atendimento, problemas de relacionados à localização dos postos (em lombas, sem segurança), o horário limitado para atendimento, a forma de atendimento regionalizado dos postos e a recusa em atender agravos de saúde, dependendo da sua especificidade. Semelhantes resultados foram observados na revisão sistemática da literatura sobre o uso inadequado de ambulâncias de Carret, Fassa e Domingues (2009).

O postinho aqui perto de casa é precário, trabalha só como PSF [Estratégia Saúde da Família] das 8 às 17 horas, só tem um clínica geral, aí quando chega ali uma emergência eles não têm estrutura

suficiente para atender e te mandam para o hospital. A comunidade é grande e são três fichas por dia, agendamento toda a sexta-feira, tem dias que se tu passas mal mesmo, se tu não madrugar, tu não consegue ser atendida no dia. (C1)

Não tem posto de saúde, a gente depende de um outro posto que fica numa vila mais próxima. Quando a gente vai no posto Monte Cristo é difícil de conseguir atendimento, tem que ir de madrugada. Às vezes tem três fichas para um clínico e milhares de pessoas ali tentando consultar. Pediatra às vezes tu chegas ali, tem duas ou três fichas também, às vezes tu só perde tempo de ir de madrugada. (C6)

Saúde a gente está péssimo, porque tem o posto aqui que tem só um médico aqui pra atender praticamente dois bairros e o número de ficha é muito pouco, tu vai de manhã e marca pra uma outra semana. (C10)

Se eu levasse no posto, eles nunca têm médico, nunca têm remédio direito. Mesmo se fosse eu e meu pai levando ele, porque ele estava fraquinho, não podia parar em pé, mesmo assim, eu não ia saber se ia ser atendida. Eles iam dizer que era grave, era caso para o Pronto Socorro. Eu já levei o meu outro filho e eles disseram que era para eu levar no Pronto Socorro. (P9)

Não tinha posto de saúde, ou era emergência do hospital. Não tinha posto naquele horário. (RB9)

Os obstáculos para conseguir uma ficha para atendimento médico, relatada junto de uma série de outros empecilhos, são uma realidade que os usuários da DNP não enfrentam, pois conseguem falar com um médico através de uma ligação telefônica.

Ele começou a vomitar, ele tinha febre, só que a gente não tinha termômetro, e ele começou a vomitar e começou a se cagar aí eu liguei para o SAMU para saber o que era e o [MR do] SAMU mandou dar soro caseiro para ele hidratar bastante, porque podia dar uma desidratação. (P4)

As situações que eu ligo para a SAMU são as que eu desconheço, são as situações que eu não sei lidar. (P4)

A dificuldade em conseguir um atendimento médico nos postos, em relação à facilidade de conseguir se comunicar com o médico do SAMU, é um fato preocupante, pois indica a formação de um vínculo problemático, como ilustra o relato de P4. Via telefone, o MR, na tentativa de auxiliar um solicitante com um conselho, está contribuindo para que usuários deixem de ir aos postos para serem clinicamente examinados, preferindo ligar para os MRs.

Um exame clínico presencial é imprescindível para um bom diagnóstico médico e sua ausência pode aumentar a gravidade de uma situação. No caso abaixo, uma situação pertinente ao SAMU foi, num primeiro momento, equivocadamente classificada como não pertinente, provavelmente por dificuldades de comunicação entre solicitante e MR:

Eu liguei para o SAMU e me atendeu uma moça e eu pedi para ela ajudar, porque eu não sabia o que estava acontecendo com a minha mãe, que ela estava toda tonta, não conseguia mexer um lado dela, e eu dei os dados e tudo. Ela disse que era uma labirintite, então que não era um caso de muita emergência, então eu disse que era emergência, sim, e eu liguei pro posto nosso daqui e do posto a enfermeira veio e disse que estava dando um AVC na minha mãe, aí ela chamou o SAMU. Aí ela [o SAMU] veio. (C4)

As dificuldades de comunicação entre um solicitante e um MR são um indicativo que contraria o Manual de Regulação Médica (2006b), pois parece que não é fácil avaliar a gravidade de uma situação (ver seção 3). Apesar desses problemas que podem ocorrer em relação à regulação médica, o fato de ter acesso a uma opinião médica imediata é um recurso muito importante disponibilizado pelo SAMU. A rapidez do serviço também foi mencionada em relação ao seu tempo resposta, sendo preferido inclusive por usuários com planos de ambulâncias particulares. O tempo resposta é proporcionado pelo fato de as bases de ambulâncias serem organizadas regionalmente.

Ele estava com muita febre, infecção no pé, que ele é diabético [...] Tinha a necessidade de se hospitalizar. Nós temos o plano da E., e na hora a gente estava tão desesperado que o meu neto disse assim: vó aqui na curva tem um posto do SAMU quem sabe eles vem mais depressa. (C9)

Os dados sugerem que a preferência dos solicitantes pelo SAMU, em lugar da busca por atendimento nos postos de saúde, também tem relação com a disponibilidade do serviço em prestar um primeiro atendimento a qualquer usuário, independentemente do lugar onde mora. Porém o relato abaixo ilustra que, ao contrário do que se espera, a regionalização foi um elemento dificultador de acesso da usuário ao serviço de saúde, podendo servir de desculpa para não ser ofertado um pronto atendimento.

A saúde é uma coisa que lá está meio brabo, por causa, que nem no caso da minha mãe, o posto dela fica mais próximo ao bairro Parque

dos Maias do que o nosso próximo e eles não aceitam a pessoa que é moradora da Cohab nesse perto e no Leopoldina que são os mais próximos, e eles são meio negligentes. Eu também precisei de um auxílio deles, orientado pelo médico, o médico disse que eu poderia ir em qualquer posto, daí eu fui no posto do Leopoldina e eles não quiseram me atender, daí eu disse, mas o médico mesmo disse que eu poderia ser atendido aqui, daí eles aceitaram porque eu reivindiquei, porque se eu não tivesse reivindicado, eles teriam me mandado procurar o lá perto, dos Maias. (RB5)

Os serviços de primeira escolha para o atendimento de urgência geralmente são as emergências hospitalares, distantes dos locais de residência de onde se origina a maioria dos chamados que correspondem à DNP. A distância geográfica e a ausência de um sistema que viabilize o transporte de usuários em áreas nas quais os critérios técnicos não indicam a conveniência da implantação de determinados serviços (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004) contribuem para a DNP, pois é dispendioso para os menos favorecidos economicamente se deslocar até os serviços de saúde disponíveis (vide seção 6.1.1.1).

Além do fator econômico, a dificuldade dos solicitantes – em relação ao transporte dos usuários que são sujeitos de um agravo de saúde considerado urgente para acesso a outros serviços de saúde – tem a ver, também, com as limitações físicas desses sujeitos, o que exige um recurso de transporte diferenciado. Daí a opção pelo SAMU, que, se necessário, realiza o atendimento no próprio local da ocorrência, não necessitando deslocamento até outro serviço de saúde.

O nosso posto aqui nada é a mesma coisa. Nosso posto a gente vai ali, ah meu marido está mal, e eles não vêm. Eles não vêm, eles não atendem, se leva ele ali eles mandam levar pro [Hospital] Conceição. (RB8)

[No posto] tu tens que chegar lá porque eles não vêm até aqui, então imagina, é uma lomba gigante que eu tenho que subir, imagina com meu irmão do jeito que estava, todo confuso, ele até quebrou a tábua do banheiro porque a gente foi sentar ele lá para lavar o rosto dele tudo e ele se batendo todo, não em estado de convulsão, ainda, mas ele se debatia porque ele estava confuso, não sabia o que estava acontecendo. (RB3)

Há uma semana ele estava passando mal, só que como não era tão grave, ele não queria ir ao médico [...] ele estava com tremor de frio, pálido, fraqueza, perdendo as forças. Era vômito e desarranjo, e a gente até achou que era da água. [Chamamos o SAMU] porque ele não podia parar de pé, se a SAMU buscasse eles iam medir a pressão dele para ver se era grave ou não, porque eles podiam

medicar ele até em casa, não precisaria nem sair de casa, porque o SAMU tem os remédios ali dentro. (P9)

A dificuldade de acesso a serviços de saúde, tanto para chegar até o local como para conseguir uma *ficha*, pode também estar colaborando para o agravamento de doenças crônicas, como ilustra o relato a seguir:

Eu tenho posto de saúde, mas é assim ó, é uma vila aqui no Rubem Berta, aqui no Leopoldina e no Rubem Berta, para eu subir a lomba onde eu moro é muito perigoso, então eu tenho medo de ir de madrugada, daí é só de madrugada, agora mesmo eu estou precisando de médico e não estou indo porque eu tenho medo de tirar ficha. Tem que ir às 4h da manhã, então por isso que eu não procuro o posto, eu estou precisando do posto, mas ir pra lá de madrugada eu não tenho como. Se tu posas lá, os bandidos ficam te complicando, querem dinheiro. A fila é grande, consulta é pouca, é muito pouca, consulta para uma comunidade aqui do Rubem Berta que são 39 núcleos, cada núcleo tem cento e poucas famílias. Olha bem, tem mais de 10 mil pessoas, fora a vila que tão botando aqui atrás. As piores vilas estão botando aqui. O que acontece, sobrecarrega os postos de saúde, e a gente que já mora aqui, como eu que moro há 26 anos, fica na mão. Não tem um posto para conseguir medicação para todo mundo, consulta. Eu gastei R\$50,00 de remédio para diabete, hipertensão, é uma sacola de remédio. (RB1)

Para a solicitante, trata-se de sorte conseguir uma *ficha de atendimento*, uma dificuldade reiterada diversas vezes, além de uma maratona de resistência física e psicológica: acordar às 4h, driblar bandidos, subir uma lomba e, finalmente, ter a sorte de conseguir essa disputada *ficha*.

Essa solicitante e usuária que foi classificada como DNP sofreu um agravo de saúde já mencionado: *estava vomitando, estava com os pés muito inchados, diabete alta, pressão alta*. Talvez esse agravo pudesse ter sido evitado, se ela não tivesse sido atendida no posto previamente, o que tem tido dificuldades para fazer.

O não acolhimento ou a má experiência em um determinado serviço de saúde é influente nas preferências pessoais sobre os serviços de saúde (RAMOS; LIMA, 2003). O local de acesso mais fácil ou possível para a resolução de um agravo de saúde é fator que influencia na escolha dos serviços de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; LUDWIG; BONILHA, 2003; MARQUES; LIMA, 2007; MARQUES, 2010), contradizendo o que prevê a Portaria GM nº 2.048 (BRASIL, 2006a). Segundo essa portaria, não é admissível que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde por hipertensão arterial, por exemplo, quando acometido por uma

crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento.

O texto da portaria segue explicando que nessa situação é que se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação terapêutica de acordo com as medicações disponíveis na unidade (BRASIL, 2006a).

Em suma, nas falas, os solicitantes pontuam problemas relacionados à estrutura, justificando a chamada do SAMU pelos usuários classificados como DNP. Mostrando que não há uma relação igual entre a percepção da necessidade de atendimento por um serviço de saúde e o atendimento efetivo, a análise que se realiza sobre a produção da DNP ilustra uma contradição entre o que é preconizado na legislação (BRASIL, 2006a, 2010) e a realidade encontrada pelos usuários.

Essa contradição gera a necessidade de apresentar o conceito de acessibilidade, utilizado quando os usuários encontram uma *porta aberta* para serem atendidos (STARFIELD, 2002). A diferença entre os conceitos é que um trata de uma percepção de necessidade e de um direito e o outro trata de direito alcançado. Os usuários da DNP não têm conseguido acessibilidade nem nos postos de saúde, onde um pronto atendimento não tem sido disponibilizado, nem no SAMU, no qual o chamado foi considerado DNP, ficando a seu cargo conseguir acesso em outro serviço ou desistir da busca.

Era para levar ele pro posto. Para o posto nós não tínhamos condições de levar porque ele estava muito tonto [...] de repente ele tomou uma medicação errada ou deixou de tomar, só sei que ele melhorou e ficou ali, quietinho, paradinho, quando eu saí de tarde ele tava ali, tu vias que ele não estava legal ainda. (P10)

Teria que levar ele no hospital mais próximo, numa emergência. Ele não conseguia levantar, não podia fazer nada, então não tinha como. Eu fiz um chá para ele, uma coisa assim, a dor muito forte foi aos pouquinhos melhorando, ele melhorou mais no dia seguinte. (C3)

Dificuldades de acesso encontradas pelos usuários para o atendimento dos agravos de saúde podem produzir situações de maior gravidade e novas tentativas de chamadas ao SAMU que poderão vir a se tornar, finalmente, uma demanda pertinente.

Como indicam as questões trazidas sobre as dificuldades de acesso que os usuários vivenciam no SUS (MARQUES, 2010), pode-se dizer que os relatos dos usuários da DNP corroboram a literatura, que nem sempre é otimista quanto a essa questão, sugerindo que existem contradições (DESLANDES, 2002) entre o que foi proposto enquanto princípio⁶ e o que ocorre na prática. Os estudos destacam inúmeras causas para as dificuldades de acesso dos usuários ao SUS (TRAVASSOS *et al.*, 2000; RAMOS; LIMA, 2003; SILVA, 2003; OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004; MARQUES, 2004; VERONESE *et al.*, 2005; MESSEDER; OSÓRIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; MENEZES *et al.*, 2006; BAPTISTA, 2007; TREVISAN, 2007). A maioria dessas pesquisas destaca a ampliação de uma demanda que não é atendida como um dos principais aspectos negativos desse problema.

6.2.1.2 Dúvidas sobre o atendimento do SAMU

A análise dos dados mostrou que as dúvidas sobre o funcionamento do SAMU também têm relação com a produção de DNP. Na análise das entrevistas, emergiram vários exemplos de que tais dúvidas podem ter contribuído para que o solicitante tenha acionado o SAMU por um motivo não pertinente ou para que seu pedido de socorro fosse classificado como DNP.

Para ser atendido pelo SAMU, o usuário com um agravo de saúde deve ligar para um número gratuito, o 192, porém nem todas as pessoas têm conhecimento desse número.

Não sei nem o telefone, me deram o telefone e eu liguei. (RB9)

Apesar de o SAMU ser um serviço que os cidadãos de Porto Alegre têm à disposição há 15 anos, o 192 ainda não é um número conhecido por toda a população. Além disso, também se demonstra desconhecimento sobre o processo de atendimento dos chamados de socorro para esse número.

Tem que passar para o enfermeiro, depois tem que passar para o doutor. (C3)

⁶ A Lei Federal Nº 8080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Art. 7º desta lei trata dos 13 princípios das ações e serviços de saúde que integram o SUS. A universalidade de acesso aos serviços de saúde é o princípio que refere-se nesta crítica.

Os enfermeiros do SAMU atuam nas intervenções aos usuários, compondo a tripulação das UTIs móveis, nas atividades gerenciais e de educação. Na sala de regulação, quem atende as ligações que chegam ao 192, procedentes dos usuários, são os TARMs, que registram os nomes e os endereços. Após o registro, os TARMs transferem as ligações aos MRs.

As falas sugerem, ainda, que há dificuldades na comunicação entre o solicitante e o MR e que a tentativa deste em coletar mais informações, para determinar a pertinência do caso, costuma ser recebida com desconfiança por parte do usuário.

A atendente me passou para o médico e aí o médico fez perguntas, mas muitas. No caso a pessoa não pode falar e eles insistem que a pessoa tem que falar [a paciente]. (C4)

Não sei os sintomas para eles virem atender, não sei o que tem que ter para ser atendido. (P5)

O desconhecimento do procedimento de coleta de informações realizado pelas TARMs e pelos MRs, que pode ser excessivamente demorado na perspectiva de quem está diante de uma *urgência*, pode gerar desconfiança e ansiedade nos solicitantes de socorro. A análise mostrou que a falta de conhecimento sobre como é realizada a triagem não se relaciona somente com a divergência de significados de urgência entre solicitantes e MRs, já pontuada na seção anterior (6.1.1), mas também com experiências do cotidiano, como é o caso dos trotes e de situações que envolvem algum tipo de violência. Trotes e violência são problemas enfrentados pelos profissionais do SAMU no cotidiano do trabalho e são de conhecimento dos solicitantes de atendimento do serviço. O efeito desse conhecimento, às vezes, é imaginar que o MR, durante o procedimento de avaliação do caso, estaria achando que o pedido de socorro fosse trote, ou que o atendimento da ambulância fosse negado em função de proceder de uma área onde há risco de violência contra as equipes:

Eu acho que essa avaliação que eles fazem por telefone muitas vezes não é certa, porque o que ele tava sentindo não sei como é que é realmente o diagnóstico de alguma coisa, eu não poderia dar um diagnóstico por telefone para o médico, eu só sabia que ele tava sentindo dor, mas que tipo de dor era ele não conseguia me dizer, eu não conseguia apertar nele para dizer onde era exatamente a dor. Essa parte eu achei meio estranho, é um tipo que não dá para ter

triagem porque tu não sabes exatamente o que está acontecendo. Não sei se é em função também da quantidade de trotes que a SAMU recebe que eu ouço falar. (P8)

De repente, eu senti a situação deles, muitas vezes eles acham que é brincadeira e tudo, então a gente tem que relevar, porque dão muito trote mesmo e infelizmente tem muita gente que gosta de ficar fazendo palhaçada, ligando dando trote com coisa séria. (RB6)

Bem detalhado eu não sei, mas eu sei que SAMU é correria, sei que tem cinco ou seis ocorrências ao mesmo tempo, e que é difícil, que é meio precário até, a condição deles de trabalho, o local onde eles entram, os bairros e tudo mais, a gente acaba entendendo um pouco o lado do SAMU que não dá para dar atenção para todos [...]. (P1)

Aqui é o Morro da Cruz, não sei se eles têm medo de vir ou coisas assim, quando eu morava no Cristal eles também não iam me ver, eles apedrejavam as ambulâncias aqui. (P4)

Todo o tempo que o MR despende para entender a gravidade de uma situação para demandar ambulâncias pode resultar em um fila de espera para falar com o MR:

Tu ligas, daí a atendente te atende, daí fica um tempão esperando. Depois de 15 minutos eles me passam pro médico, até o médico te atender, daí ele fala que tu podes fazer isso, ou aquilo. Aí depois deu. (P4)

Em consequência de dúvidas do usuário sobre como acessar o serviço, uma DNP pode representar apenas uma *tentativa* de resolver um problema de saúde urgente, como ilustra C7, que parece estar habituada a pedir socorro ao SAMU. Em resposta à pergunta feita para avaliar o conhecimento sobre como funciona o SAMU, afirmou:

[...] eu só sei que quando é emergência a gente chama o SAMU e às vezes eles vêm e às vezes eles não vêm. (C7)

As incertezas sobre o funcionamento e a natureza do serviço podem ser geradas pela mídia, na veiculação de notícias policiais. É o caso de P6, para o qual não há justificativa, por exemplo, para uma ambulância estar a postos em casos de *comoção social*, já que ela se destina a atender casos graves. P6 deduziu que uma situação veiculada na mídia contradisse a resposta que ele recebeu do MR, referente ao seu pedido de socorro:

[...] pelo que eles dizem [os MRs], seriam casos realmente de urgências e emergências graves entendeu, só que a gente observa

atendimentos que tiveram, e o caso do meu pai foi igual ou pior, e por que que eu não tive atendimento? Eu te dou um exemplo do cárcere privado que o homem manteve a mulher em Canoas, que lá ficaram durante três dias, duas ambulâncias do SAMU naquela rua na frente da casa da pessoa, mais não sei quantas viaturas da Brigada Militar [...] parados por causa de uma briga de casal, e outras pessoas passando mal, sujeitas a morrerem, ter um infarto ou coisa assim, e eles se negarem a atender. (P6)

Inseguros sobre qual a natureza do atendimento do SAMU, não causa surpresa que alguns solicitantes de socorro, cuja demanda foi considerada pelo serviço como não pertinente, se mostrem insatisfeitos com o SAMU.

Não sei te descrever como funciona o SAMU, mas a princípio, não gosto muito. Das vezes que eu liguei, uma só funcionou. Quando a gente precisa dizem que a gente tem que pegar um carro e ir. (C4)

É uma porcaria, porque se é uma coisa para atender as pessoas, atender o pessoal mais pobre, eu acho que quando chamam tem que ir ver. (C9)

Em última instância, o desconhecimento sobre o serviço, aliado a uma necessidade de priorizar atendimentos, tem gerado violência contra os MR, quando estes classificam o pedido como DNP, e talvez o apedrejamento de ambulâncias anteriormente citado.

Ela estava em trabalho de parto, expliquei a situação tudo, daí eles perguntaram quanto tempo estavam as contrações, eu passei para eles, e eles disseram, tem que levar, ele tem que ir para o hospital. Daí eu disse sim, eu sei que ela tem que ir para o hospital, eu estou ligando para vocês para isso. Daí eles falaram que eu tinha que ir para o hospital, pegar um ônibus, um táxi. Daí eu peguei e me indignei, fiquei brabo, xinguei eles um monte, disse que era o dever deles fazer isso aí, que eles estão aí para isso e é nós mesmos que pagamos com os nossos impostos e acabou eles desligando a ligação na minha cara. (RB10)

A gente não tinha como levar, não tinha dinheiro nem para pegar um táxi e chamamos, imploramos e até xingamos eles, porque é uma falta de consideração, para que eles tem essas coisas aí se eles não podem carregar os pacientes. (EC2)

6.2.1.3 O imaginário social: salvar vidas

A imagem que os sujeitos fazem de um serviço tem relação com o que eles esperam do mesmo. Do SAMU, é mencionada a sua imagem poderosa de *salvar vidas* que, no caso de um agravo de saúde, tem um significado importante no nível

subjetivo das pessoas em relação à sensação de proteção, obtida pelo fato de ter um serviço como este à disposição.

SAMU é uma ambulância para emergências, para socorrer, salvar vidas. (C1)

O SAMU para mim é importante, eu acho que eles fazem um trabalho importante porque salva pessoas, inclusive tem uma série na televisão, do resgate, do salvamento de pessoas. Pena que tem um detalhezinho para se tornar 100% [referindo-se a não terem atendido o seu pedido de socorro]. (C10)

Esse aspecto pode ser um dos motivos para existirem vários pedidos de socorro para o serviço, mesmo que esses não sejam considerados pertinentes, pois, diante de um agravo à saúde, os usuários podem levar em consideração que quem pode ajudar é aquele que tem a missão de salvar vidas, independentemente do sentido biológico do salvamento.

Salvar vidas significa, para quem está com um agravo de saúde, qualquer ação que contribua para a resolução de seu problema. No caso de pedir um socorro para o SAMU, salvar vidas tem significado a possibilidade de conseguir orientações, transporte e atendimento para os agravos de saúde numa situação em que todas essas possibilidades seriam mais remotas e complicadas do que ligar para o SAMU.

A mistura de duas qualidades que o SAMU representa socialmente tem atribuído aos seus profissionais o título de anjos. A ideia de que profissionais que socorrem as pessoas com agravos de saúde são anjos que salvam vidas aparece no imaginário dos solicitantes de socorro ao SAMU, como ilustra a fala abaixo:

Eu acho que eles são os anjos e que muitas vezes protegem muita gente. Eu fiquei chateada, mas ao mesmo tempo eu acho que eles conseguem salvar muitas vidas. (P8)

A representação dos profissionais que atuam no socorro das pessoas com anjos foi aproveitada na organização inicial do serviço de APH no município de Porto Alegre, em 1992, em que o *slogan* era *Anjos da guarda: agora Porto Alegre tem a proteção dos anjos* (CICONET, 2011).

A imagem de que os profissionais do SAMU são *anjos*, porque *salvam vidas*, é mais presente na mídia do que o fato de que há casos que o SAMU não atende, pois prioriza os mais graves. O direito que os usuários têm de serem atendidos em qualquer instância dos serviços de saúde, na ocorrência de um agravo, também não

é difundido. Nesse sentido, uma negativa de atendimento pelo SAMU pode produzir sentimentos negativos, como angústia, revolta, raiva, humilhação e sensação de desamparo, o que talvez agrave a situação de sofrimento da qual o usuário é sujeito. Os depoimentos a seguir trazem exemplos desses sentimentos:

De cara eu fiquei revoltada, mas daí ele foi me explicando que viria alguém me ajudar por telefone, mas claro que tu te sentes desprotegida. Essa é a palavra. (RB3)

Eu fiquei assim meio sem rumo, aí eu tive que levar um tempo pra me decidir em botar ele num táxi e levar. (RB2)

Acho que eu fiquei pior, fiquei nervosa, porque como eu ia fazer para ir? Aí teve uma enfermeira aqui aposentada que me emprestou R\$20,00 e eu peguei lotação, fui até um pedaço, peguei ônibus. (RB1)

Eu me senti uma pessoa, um cidadão, que paga seus impostos e totalmente desamparado. Se eu tivesse realmente precisando da SAMU, como eu precisei pra minha mãe, eu teria perdido um parente e pra mim seria uma coisa extremamente dolorosa, e eu nunca mais na minha vida conseguiria perdoar esse tipo de falha, entendeu. (RB7)

Arrasada, né filha, arrasada, minha filha, porque, pensa bem, tu numa situação com uma pessoa mal e leva um não assim. Isso é uma coisa que tá ali, que o governo paga, o que custa eles vir pegar uma pessoa idosa, com problema? Eu acho que meu coração já não dá pra essas coisas, e o médico do hospital disse pra mim, quando ele veio pra casa, o médico disse: “Qualquer coisa que houver com o A., a senhora chama o SAMU que eles são obrigados a vim”. E leva ele pro hospital se tiver que levar. Mas não vem, não adianta. (RB8)

6.2.2 Executando os primeiros socorros

Os relatos dos usuários indicam que são diversas as atitudes e as decisões tomadas frente a um agravo de saúde por eles considerado urgente, após a negativa do SAMU em atender ao pedido de socorro. Por exemplo, oferecer água e ar, procedimentos reconhecidos pelo senso comum como de primeiros socorros, são citados como primeiras intervenções:

O que eu pude fazer mesmo foi abanar ela, levantar os braços, porque ela estava muito tensa, fraca, pálida, então eu deixei ela sentadinha, levantei os braços dela e ventilei ela, abanei ela, dei um copo de água para ver se passava alguma coisa, mas mais do que isso eu não tinha o que fazer. (P1)

O que a gente fez foi tentar ajudar da melhor maneira possível, dando água, tentando refrescar ele. (P10)

No primeiro momento eu botei um pouquinho de água na boca dela e botei o ventilador nela. (P3)

Nos exemplos anteriores, podem ser identificados riscos importantes à vida dos usuários nas iniciativas de primeiros socorros que resultaram da premência de intervir/resolver pessoalmente uma situação, na ausência de um profissional de saúde. O procedimento de dar água para pessoas com diminuição do nível de consciência pode resultar na aspiração de líquidos para o trato respiratório. Como consequência do procedimento incorreto, a DNP poderia vir a tornar-se uma demanda pertinente em função da grande possibilidade de ocorrer alguma complicação respiratória.

Outro exemplo de procedimento inadequado, que não seria a melhor maneira de executar um primeiro socorro, ocorreu em um caso epistaxe nasal o qual, em princípio, era uma situação de menor gravidade.

Ela ficou hospitalizada com problema do coração e ela tem diabetes também aí o que aconteceu. Ela estava tomando uns medicamentos que, um dos efeitos colaterais do medicamento é o sangramento pelo nariz, só que estavam saindo coágulos. Começou a sair um pouquinho de sangue, daí a pouco começou a jorrar. A gente deixou ela parada, com a cabeça para cima [...] a gente ficou meio apavorado porque não parava de sangrar [...] o filho e a nora dela que resolveram. (C9)

Na ocorrência de epistaxe nasal, agravada pelo fato de que provavelmente a usuária fazia uso de anticoagulantes, a elevação da cabeça não seria suficiente para fazer ceder a hemorragia.

O resultado que se imagina é que, caso não houvesse algum tipo de intervenção no sentido de comprimir o vaso, estancando a hemorragia, poderia ocorrer um choque hipovolêmico. Como o entrevistado foi um amigo de igreja da usuária, não soube fornecer maiores informações sobre como foi resolvido o problema.

Outra situação referida pelos usuários sobre ações de primeiros socorros realizadas na presença de um agravo de saúde considerado urgente pelo solicitante foi a iniciativa de transportar pessoas com problemas traumáticos, principalmente adultos:

Ele caiu da cama. Meu pai estava caído no chão e eu coloquei a mão na perna dele e ele começou a berrar de muita dor, daí eu fiquei incapaz de conseguir botar ele num carro porque ele não deixava eu tocar nele. E daí eu, meus vizinhos foram lá em casa, seguraram os braços dele, e como é que a gente vai carregar nos braços uma pessoa que está com muita dor, vai pegar nas pernas, daí a pessoa não deixa. Pegamos a perna dele, ele colocou a boca no mundo, colocamos dentro do carro e fomos no Cristo [hospital]. (RB7)

Ele tem câncer, quando ele caiu estava com efeito da quimio, ele estava vomitando muito, estava com diarreia. Ele caiu no banheiro, porque ele tem um desgaste no quadril, do vaso dentro do box, naquele zincozinho do box. Eu estava sozinha em casa, eu consegui puxar ele porque eu não queria deixar ele no chão gelado. Eu tive que ligar para o meu irmão, meu irmão teve que sair do serviço e me ajudar aqui. (RB4)

Transportar (carregar, puxar) pessoas com suspeita de fraturas sem imobilização pode aumentar o dano ósseo, tecidual e vascular na área adjacente à fratura, aumentando a gravidade do caso, o que foi possível executar diante da negativa do socorro do SAMU e de uma falta de conhecimento prévio sobre primeiros socorros.

Os dados das entrevistas (APÊNDICE C) dão conta de que menos de 50% dos usuários que foram sujeitos da DNP tinham alguma informação prévia sobre o assunto primeiros socorros, o que indica que estes estão pouco preparados para realizar atendimentos de urgência. Apesar da sua grande relevância, considerando a quantidade de agravos de saúde cotidianamente presentes no trânsito, nos domicílios, em ambientes de trabalho e em outros locais, ainda são insuficientes os investimentos educativos no ensino de primeiros socorros, prevalecendo o desconhecimento sobre o assunto (PERGOLA; ARAÚJO, 2008). Nessa perspectiva, como já referido em trabalho anterior, o ensino de primeiros socorros deveria ser amplamente disponibilizado e democratizado.

Hoje, aprender primeiros socorros é restrito aos profissionais da saúde ou àqueles que estão próximos de universidades, hospitais, e de outros centros que promovam tais cursos. Além de conferir aos usuários maior segurança para tratar de seus problemas de saúde, reduzindo a sua vulnerabilidade, a produção e socialização de conhecimentos sobre primeiros socorros pode gerar diminuição da demanda considerada não pertinente ao SAMU, tornando mais eficiente e otimizando o atendimento de urgências desse serviço. (VERONESE; OLIVEIRA, 2010, p. 181).

Diante do desconhecimento sobre o tema, os usuários lançam mão de recursos que acreditam serem os mais indicados em função da sua disponibilidade.

A classificação de Giddens (2009) sobre os tipos de recursos que podem existir na estrutura ajuda na reflexão sobre a utilização daqueles escolhidos pelos sujeitos que compõem a DNP para realizar atendimentos de primeiros socorros.

Especificamente em relação ao fenômeno estudado e com base na análise dos dados, pode-se inferir que na relação dos recursos materiais e não materiais disponíveis, o poder dos solicitantes/agentes é proporcional à sua capacidade para tomar atitudes diante de um agravo de saúde, o que reafirma a teoria de Giddens (2001) sobre a dualidade da estrutura.

Na atualidade, as pessoas posicionam-se, predominantemente, como passivas diante de situações de urgência em saúde, pois, como já mencionado, é papel do especialista atendê-las e, não sabendo tomar outra atitude, lhes resta pedir socorro ao SAMU, na expectativa de receber um cuidado competente. Essa questão da legitimidade do saber especialista como o único saber competente para atender urgências em saúde está relacionado com o que Giddens chama de recurso autoritário. Se houvesse outros recursos materiais e autoritários, talvez as decisões e ações pudessem ter sido outras, mas na estrutura conhecida e disponível a prioridade foi chamar o SAMU, e, após a negativa do atendimento, atender o indivíduo com agravo de saúde utilizando os recursos que o solicitante tinha ao seu alcance.

A análise das entrevistas corrobora o indicado no *First-Aid Guidelines* (AHA, 2010) sobre a necessidade autoevidente de capacitação da população em primeiros socorros. Nesse sentido, o SAMU de Porto Alegre vem atuando na capacitação da população, ministrando cursos de primeiros socorros a grupos específicos, como é o caso de fiscais do trânsito, guardas municipais, professores, entre outros. Embora essas iniciativas sejam bem-vindas, é problemático focar essas intervenções apenas em grupos específicos, deixando o restante da população com poucas possibilidades para atuar de forma eficiente no atendimento de agravos que acontecem cotidianamente (VERONESE *et al.*, 2010).

A busca por conhecimento sobre primeiros socorros é referida nas entrevistas como um dos motivos para pedir socorro ao SAMU. Desse modo, é possível que algumas das situações que resultaram em DNP estivessem relacionadas à ideia de que, com a orientação do SAMU, o solicitante poderia atender de modo competente o sujeito do agravo.

Os MRs são importantes recursos para fornecer informações, disponibilizado pelo SUS 24 horas por dia. Eles passam a maior parte do tempo envolvidos com orientações, como já mostraram as frequências da seção 5. Na maioria das vezes, essas orientações são fornecidas para pessoas que buscam ambulâncias por não saber o que fazer:

O SAMU me passou pro médico e ele me passou as instruções, o que eu tinha que fazer com ela, que eu tirasse ela, levasse pra cama. Felizmente eu trabalho em casa. Daí deitasse na cama e levantasse as pernas dela, e esperasse pra ver se ela voltava, se ela não voltasse era pra ligar de novo pra SAMU. Mas ai eu fiz isso e ela voltou. (P3)

Eles disseram para mim assim: a cabeça dele tem que ficar para baixo, os pés mais elevados. Me instruiu o que eu tinha que fazer e se ele não melhorasse era para ligar de novo. (EC5)

Ele teve uma convulsão na cozinha. [O MR] disse: só segura a cabeça para que ele não se machuque, e vai passar rápido e depois tu leva ele para o hospital, quanto ele tiver condições, mas primeiro aguarda que ele fique em estado normal. E daí quando ele retornar ele vai ficar confuso, e realmente foi o que aconteceu. (RB3)

Os depoimentos sugerem que, apesar dos limites da estrutura que condicionam as ações do SAMU, determinando regras sobre como atender uma solicitação de socorro, o processo de trabalho do serviço oferece a possibilidade de atender o usuário, mesmo sem enviar uma ambulância, comprometendo-se com a resolução do seu agravo de saúde.

Nesta seção, analisou-se a estrutura enquanto produto e produtora da DNP. Isso quer dizer que os conhecimentos dos solicitantes sobre em que serviço é mais resolutivo o atendimento de agravos de saúde foram construídos nas suas experiências de usuário do SUS e do SAMU.

Estrutura, para Giddens (2001), refere-se às propriedades estruturantes que podem ser entendidas como regras e recursos implicados no conhecimento (como que as coisas têm que ser feitas ou escritas), nas práticas sociais organizadas em função daquele conhecimento e nas capacidades que a produção dessas práticas pressupõe.

Na análise da estrutura, percebeu-se que o local de acesso – mais fácil ou possível para a resolução do problema – influencia nos critérios de escolha dos serviços de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; LUDWIG; BONILHA, 2003; MARQUES; LIMA, 2007).

Como ponto de partida para conhecer a estrutura, analisou-se o que os usuários fizeram diante de um agravo de saúde que deu origem à DNP. Constatou-se a dificuldade tiveram para executar os primeiros socorros, pois pertencem ao sistema cujo ideário é o de que primeiros socorros devem ser realizados por especialistas, em especial aqueles cuja missão é atender urgências: os profissionais do SAMU.

Além disso, as suas experiências negativas, relacionadas às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, influenciaram diretamente a imagem de que agravo de saúde urgente não é atendido por postos de saúde ou é missão dos prontos atendimentos hospitalares ou do SAMU.

Quando a urgência envolve também a questão do transporte, os usuários da DNP consideram que compete ao SAMU a resolução do problema. A imagem de que a atenção básica não atende urgências é reforçada pelos discursos dos profissionais daquele setor ou pela organização dos serviços através de agendamentos prévios.

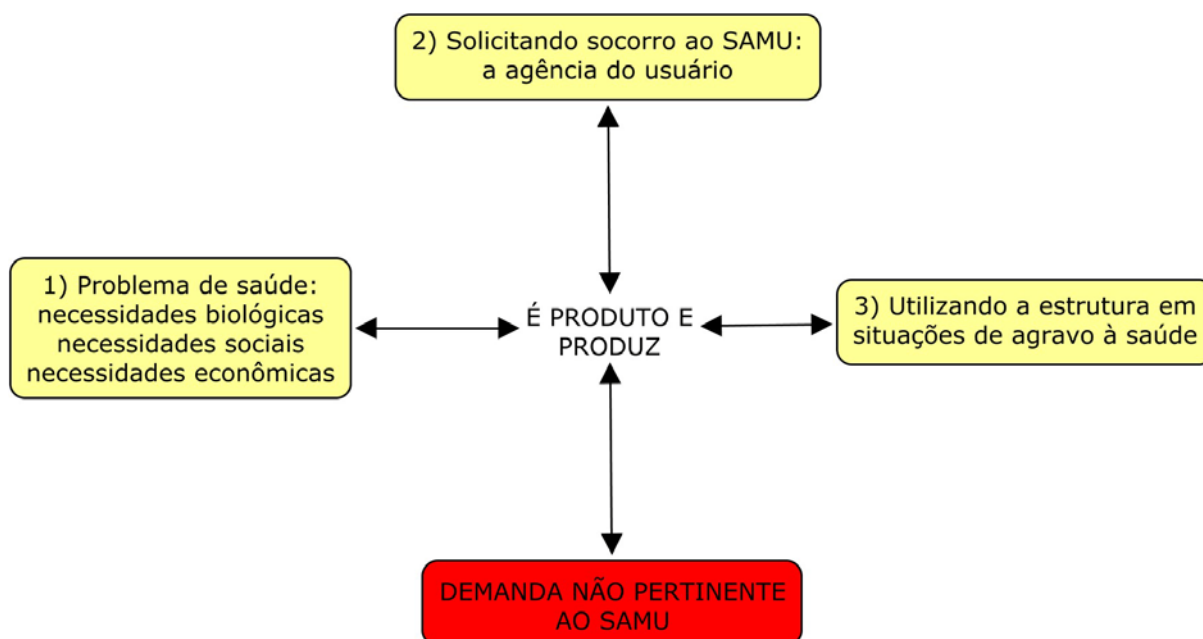
A situação é problemática quando casos graves não estejam sendo atendidos diretamente pelo SAMU em função de uma grande DNP gerada por problemas sociais e de desintegração da rede dos serviços de saúde.

Nesse processo de construção das propriedades estruturais que influenciam na percepção de quem é a missão do atendimento aos agravos de saúde, implicam diretamente questões sociais e culturais que precisam ser problematizadas para que ocorra uma mudança de atitude nos usuários do SUS e nos profissionais de saúde, no sentido de que primeiros socorros seja um assunto discutido popularmente (PORTO ALEGRE, 2009) e que o atendimento das urgências deva ser exigido pelos usuários e realizado pelos profissionais em qualquer instância do SUS, como é, aliás, preconizado na legislação (BRASIL, 2006).

Não quer dizer que se deva desestruturar um sistema de saúde que está em andamento, mas que o usuário possa usufruir do seu direito de requerer um atendimento urgente e ser referenciado para o local que melhor vai atender o seu agravo de saúde pelo próprio serviço de saúde, não ficando a seu cargo tal compromisso.

Seguindo os passos da Teoria Fundamentada, após a análise dos dados, chegou-se ao processo ilustrado na Figura abaixo.

Figura 3 – Produzindo a DNP: a dualidade da estrutura



Fonte: A autora (a partir das entrevistas do estudo, Porto Alegre, 2009).

O processo, denominado “Produzindo a DNP, a dualidade da estrutura”, é composto de dois subprocessos, ambos relacionados entre si. A figura é a representação de que: (1) problemas de saúde constituídos de necessidades biológicas, sociais e econômicas são produtos e produzem DNP; (2) a agência do usuário em solicitar SAMU é produto e produz DNP e (3) a utilização da estrutura do SAMU em situações de agravo à saúde produz e é produto da DNP.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória deste estudo, que se finaliza aqui, iniciou quando comecei o trabalho de enfermeira na UTI móvel do SAMU do município de Porto Alegre e percebi dois problemas que ocorriam no cotidiano do serviço. O primeiro foi que os usuários com agravos de saúde que, sob sua perspectiva, necessitam de atendimento de *urgência* nem sempre são atendidos pelo SAMU, um serviço destinado justamente para o atendimento de urgências. O outro problema ocorria no SAMU, cujos MRs classificam como *não pertinentes* ao serviço quase um terço de pedidos de socorro recebidos.

Como consequência da negativa de atendimento, os usuários precisam procurar, por seus próprios meios, outro local para atendimento do agravo que gera o pedido de socorro ao SAMU e, se não o fazem, ficam sem atendimento. No SAMU, o problema é a quantidade de ligações que mantêm os MRs ocupados. O que pode acontecer, na instância do serviço, é a demora para os MRs atenderem aos pedidos de socorro procedentes dos solicitantes com maior gravidade, comprometendo o tempo do atendimento e o prognóstico dos casos.

Tendo em conta esse cenário, propôs-se este estudo cujo objetivo foi analisar a construção da demanda ao SAMU do município de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço, considerando os problemas de saúde dos solicitantes. Dentre as questões que motivaram inicialmente esta proposta, destacam-se as seguintes: qual era o montante de ligações classificadas pelos MRs como não pertinentes e suas características (procedência, horário, dia da semana, mês e de que tipo)? Por que os usuários estavam pedindo socorro ao SAMU para agravos de saúde que não representavam risco de vida? O que eles faziam depois de terem o atendimento negado pelo SAMU?

Para atender ao objetivo, delineou-se a pesquisa em duas etapas: uma quantitativa – na qual foi realizada a caracterização descritiva das informações que constavam no banco de dados do SAMU do ano de 2009, referente à DNP – e outra qualitativa, em que foram entrevistados sujeitos cujos pedidos de socorro ao SAMU foram classificados pelos MRs como não pertinentes. Foi importante utilizar duas abordagens de estudo – uma quantitativa e outra qualitativa –, pois uma parte complementou os resultados da outra.

O referencial teórico utilizado foi a Teoria da Estruturação de Giddens (2001, 2009), escolhido depois da análise preliminar dos dados que indicavam que a DNP era formada no decorrer da ação dos seus agentes (usuários, solicitantes) diante de um agravo de saúde. Tais agentes executavam a ação de solicitar socorro ao SAMU de acordo com os recursos que estavam disponíveis para eles na estrutura. Essa ideia de que a agência e a estrutura atuam simultaneamente corresponde à noção de dualidade da estrutura, principal conceito da TE.

Apesar da sua magnitude, a DNP nunca tinha sido objeto de estudo. Já na primeira etapa da pesquisa, surgiram indicativos importantes de como essa demanda é configurada.

O primeiro resultado da análise foi o de que pedidos de socorro ao SAMU partiram, principalmente, de moradores de bairros compostos por loteamentos destinados à moradia da população mais pobre. Isso indicava que necessidades socioeconômicas poderiam estar implicadas na composição da DNP. Esse primeiro resultado direcionou a análise para argumentar que havia outras necessidades envolvidas no fenômeno da DNP além do agravo de saúde.

Como o problema de saúde que gerava a DNP extrapolava o agravo de saúde existente, foi importante identificar as dimensões desse problema para compreender a complexidade do fenômeno. Assim, o problema de saúde mostrava-se particular a uma realidade vivenciada pelos sujeitos que buscaram socorro no SAMU, sendo caracterizado por um conjunto de necessidades biológicas, econômicas, sociais e culturais. As necessidades biológicas têm origem em um agravo de saúde e na disponibilidade de uma rede de serviços para atendê-lo (BRASIL, 2001b); as necessidades econômicas referem-se à falta de acesso a um transporte até um serviço de saúde; as necessidades sociais têm a ver com a disponibilidade de apoio de uma rede social em circunstâncias de agravo de saúde. As necessidades culturais envolvem todas as outras, inter-relacionando os ideários que contextualizam o fenômeno da DNP (medicalização, novas tecnologias, dificuldades de acesso aos serviços de saúde) com as necessidades biológicas, econômicas e sociais que a constituem.

E é a partir da relação social que tais necessidades são sentidas por essas pessoas. A origem e o produto dessas interações são as regras e os recursos mobilizados pelos agentes para atender a um agravo de saúde. Nessa perspectiva, a relação entre o momento e a totalidade expressa-se na estrutura, sob a forma de

reprodução social (GIDDENS, 2009). Seguindo essa lógica, é possível argumentar que a DNP é produto da estrutura e, ao mesmo tempo, contribui para a sua produção.

A análise da ação que resulta no pedido de socorro ao SAMU demonstrou a competência do agente em tal ação, uma vez que esse socorro poderia resultar no atendimento da maior parte das necessidades geradas por um agravo de saúde.

Condições não reconhecidas e consequências não intencionais da ação emergiram da análise como elementos da ação de solicitar o socorro do SAMU por motivos considerados não pertinentes à natureza do serviço. O que a maioria dos agentes parece não reconhecer, antes dessa ação, é a possibilidade de não ser socorrido pelo SAMU e ter que buscar outro recurso para atendimento da urgência. Além disso, a produção de DNP e os seus efeitos podem ser citados como consequências não intencionais de um pedido de socorro ao SAMU.

A conclusão da análise da DNP é que esse fenômeno se refere a um fluxo dinâmico da vida social que é dependente de uma relação de dualidade entre a estrutura e a agência, o que atende às hipóteses iniciais do estudo. A DNP não pode ser vista apenas como o produto de um pedido inadequado de socorro, mas como resultado de um processo complexo de interação entre agentes e entre estes e o seu meio, numa série de atividades e práticas exercidas e reproduzidas.

O argumento de que a DNP é formada a partir da dualidade da estrutura encaminha a necessidade de abordagens em níveis individual e coletivo, pelo menos em três âmbitos.

O primeiro é o âmbito científico – partindo, idealmente, dos profissionais do SAMU –, no qual se sugere a realização de pesquisas sobre o tema agravos de saúde e as trajetórias dos usuários para a resolução de seus problemas de saúde, como forma de avaliar o atendimento das urgências e subsidiar o ensino dos primeiros socorros à população, condizente com cada realidade.

O segundo é o âmbito do setor saúde como um todo, tendo em vista que a maioria dos usuários classificados como DNP informaram que necessitaram de um atendimento de saúde, se sugere a implementação:

- a) da classificação de risco congruente com as necessidades de cada localidade para o atendimento nos postos de saúde dos bairros, concomitante com a organização do serviço por agendamentos, o que

implica que a Prefeitura forneça aos postos locais recursos humanos e materiais necessários para o atendimento de agravos de saúde;

- b) de um serviço de transporte dos usuários com agravos de saúde até um serviço de saúde, principalmente os doentes crônicos com dificuldades de locomoção;
- c) de um serviço municipal gratuito de disque-orientações atendido por enfermeiros que, com base em protocolos, orientem as pessoas que tenham dúvidas sobre algum agravo de saúde, levando em consideração as peculiaridades de cada situação.

O terceiro é o âmbito assistencial intersetorial, para o qual as sugestões são as seguintes:

- a) formação de uma rede social de apoio para medidas preventivas (CABRAL; SOUZA, 2008) e para o atendimento aos agravos de saúde através da utilização de recursos já existentes no bairro: escolas, associações comunitárias, taxistas, atenção básica de saúde, etc. com participação dos profissionais do SAMU;
- b) incentivo para que os enfermeiros do SAMU participem das atividades na comunidade em conjunto com a Atenção Básica e com a Assistência Social, visando a capacitar a população para o pronto atendimento de uma urgência e orientações sobre o atendimento do SAMU e sobre quais outros serviços podem efetivamente ser acessados no caso de um agravo de saúde, através de uma metodologia problematizadora (VERONESE *et al.*, 2011);
- c) criação de protocolos específicos para a integração, a articulação e a comunicação entre os setores da saúde e os de assistência social para encaminhamentos, entre esses setores, dos usuários que buscam o SAMU, cujas necessidades sociais e econômicas tenham sido identificadas no ato da regulação do pedido de socorro;
- d) assessoria periódica dos enfermeiros do SAMU aos professores da Secretaria Municipal de Educação na capacitação permanente para atender à Lei nº 10.426 de 23 de abril de 2008, que institui o ensino de Noções de Primeiros Socorros nas Escolas da Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre e dá outras providências (PORTO ALEGRE, 2008b).

Outras medidas podem ser de grande ajuda na redução da DNP ao SAMU: reduzir ou excluir dificuldades de acesso aos serviços de saúde; organizar a rede básica para o atendimento das urgências; pactuar, com entidades de assistência social, medidas para efetivar o deslocamento de usuários que, mesmo não apresentando situações de grave risco de vida, precisem se deslocar até um serviço de saúde; oferecer cursos de primeiros socorros; orientar sobre a missão e o funcionamento do SAMU.

Todas essas sugestões constituem um campo amplo e novo de atuação de enfermeiros que estejam implicados com o atendimento de urgências em Porto Alegre.

Para além disso, conclui-se ainda que a DNP é, em geral, produto e produtora de vivências de vulnerabilidade, ou seja, tem um caráter social, o que impõe a necessidade de ações mais amplas de melhorias estruturais, de condições de vida e de promoção da saúde, alicerçadas nos princípios do SUS (BRASIL, 1990).

O estudo realizado permitiu a visualização do fenômeno da DNP, que até então era desconhecido no âmbito da saúde. Os resultados apontaram que tanto o SAMU quanto a atenção primária apresentam limitações no atendimento de agravos de saúde considerados urgentes pelos usuários. Uma atuação conjunta dos setores da saúde como uma parte de uma rede de atenção à saúde (SILVA, 2008), é imprescindível para melhorar a atenção aos agravos urgentes de saúde.

A realização de um estudo sobre a DNP ao SAMU tem importância não só pelo conhecimento produzido, mas também por causa do ineditismo desse conhecimento. Além disso, mostrou-se que agravo de saúde urgente não é assunto exclusivo do setor saúde. A complexidade das urgências em saúde traz implicações também para os setores da educação, da assistência social, da segurança, dos transportes, entre outros. Tais constatações reforçam a necessidade de uma assistência centrada no usuário, diminuindo, assim, as dificuldades no enfrentamento dos seus problemas de saúde e justificando ações intersetoriais (SOUZA; BONILHA; VERONESE, 2008; VERONESE *et al.*, 2010) que poderão vir a ser propostas a partir desta tese.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERLZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

AHA – AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines 2010**. [Dallas] Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3.toc>. Acesso em: 10 ago. 2011.

AHL, C.; NYSTRÖM, M.; JANSSON, L. Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. **Accident and Emergency Nursing**, United Kingdom, v. 14, p. 11-19, 2005.

AYRES, J. R. de C. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZRESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais de saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BECK, U. **Risk society**: towards a new modernity. London: Sage, 1992.

BENAMEUER, N. Cooperação França-Brasil. In: CICONET, R. M. **Revista Comemorativa aos 15 anos do SAMU Porto Alegre**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação Municipal de Urgências; Assessoria de Comunicação Social, 2011. p. 43-44.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 out. 2008.

_____. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 31 out. 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 2 ago. 2011.

_____. **Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011**. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 2 ago. 2011.

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

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 91-101.

_____. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CARNEY, C. J. Prehospital care – a UK perspective. **British Medical Bulletin**, [London], v. 55, n. 4, 1999. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A.G.; DOMINGUES, M.R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre-RS. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu (SP), v. 12, n. 26, p. 659-66, jul./set. 2008.

_____. **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.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

_____. O pioneirismo de Porto Alegre. In: _____. **Revista Comemorativa aos 15 anos do SAMU Porto Alegre.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação Municipal de Urgências; Assessoria de Comunicação Social, 2011. p. 7-13.

CORCUFF, P. **As novas sociologias:** construções da realidade social. Bauru: Edusc, 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALCIN, R. Observatório de urgências. **Revista Emergência,** Novo Hamburgo, n. 8, p. 33-35, abr. 2008.

DALCIN, R. R.; CAVAZOLLA, L. T. Serviço de Assistência Médica de Urgência. In: NASI, L. A. (Org.) **Rotinas de pronto-socorro.** Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 22-27.

DE NEGRI FILHO, A. O SAMU de Porto Alegre foi um sonho bom que prosperou e se espalhou pelo Brasil. In: CICONET, R. M. **Revista Comemorativa aos 15 anos do SAMU Porto Alegre.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação Municipal de Urgências; Assessoria de Comunicação Social, 2011. p. 45-46.

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 181-183.

_____; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. (Org.) **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

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

GIDDENS, A. **Dualidade da estrutura:** agência e estrutura. Lisboa: Celta Editora, 2001.

_____. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. **A constituição da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2009.

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

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C.; OLIVEIRA, D. L. O software QRS NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 53-56, abr. 2003.

HACKING, I. **La construcción social de qué?** Cidade do México: Paidós, 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KAWAKAMI, C. *et al.* Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, n. 120, p. 1-9, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/120>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Sociologia Geral**. São Paulo: Atlas, 1999.

LE BRETON, D. **Condutas de risco: dos jogos da morte ao jogo de viver**. Campinas: Autores Associados, 2009.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12-17, 2003.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F. C. F., O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

_____; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

_____. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.) **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-75, 2003.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MENEZES, D. C. S. *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.

MESSEDER, A. M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar./abr. 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAIS, J. F. (Org.). **Construção social da enfermidade**. São Paulo: Cortês & Moraes, 1978.

MOTTA, V. T. **Bioestatística**. Caxias do Sul: Educs, 2006.

MUSSI, F. C. *et al.* Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 234-239, 2007.

O'DWYER, G. **O princípio da integralidade e o SAMU**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____; MATTOS, R. A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010.

OLIVEIRA, E. X. G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2., p. 5298-5309, 2004.

OLIVEIRA, L. C.; CICONET, R. M. Atendimento pré-hospitalar. In: ESTRAN, V. V. B. (Coord.) **Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

PASARÍN, M. I., *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 2., p. 91-100, 2006.

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

PEREIRA, R. F.; PINTO R. D.; CICONET, R. M. Caracterização dos atendimentos prestados pelo SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência. **Revista do HPS**, Porto Alegre, v. 43, p. 22-24, 2000.

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

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

PINHEIRO, R. S. et. al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, T.; LOPES, T. C. (Org.) **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: Cepesp-IME/UERJ; Abrasco, 2010.

PITT, E.; PUSPONEGORO, A. Prehospital care in Indonesia. **Emergency Medicine Journal**, 2005, v. 22, p. 144-147. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih/articles/PMC1726665/pdf/v022p00155.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2011.

POGGETTI, S. P. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos em pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=713>. Acesso em: 25 nov. 2008a.

_____. Lei nº 10.426, de 23 de abril de 2008. **Diário Oficial de Porto Alegre**, 25 abr. 2008b, p. 2.

_____. SAMU. **Estatísticas SAMU 192**: Relatório da Gerência. Porto Alegre: SAMU, 2009.

_____. **Informações dos bairros oficiais**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov/spm/default.php?p_secao=31>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. **A cidade de Porto Alegre**. [2011] Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_secao=4#1>. Acesso em: 25 out. 2011.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-360, mai./jun. 2005.

RICO, F. G. (Coord.) **Diretrizes 2005 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência**. São Paulo: Prous Science, 2005.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde**: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SEMENSATO, G.; ZIMERMANN, L.; ROHDE, L. E. Avaliação inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Porto Alegre. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2011/9603/pdf/9603005.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2011.

SILVA, F. R. R. **Realismo e redes**: dilemas metodológicos na obra de Anthony Giddens. 2010. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, J. P. S.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de Saúde da família. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SILVA, P. L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde no SUS**. Brasília: CONASEMS-Idisa, 2008.

SOUZA, A.C.; BONILHA, A. L. L.; VERONESE, A. M. Buscando a integralidade no atendimento do indivíduo diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à atenção primária de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

_____. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Org.) **Informação, saúde e redes sociais**: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

STRAUSS, A. **Qualitative analysis for social scientists**. Nova York: Cambridge University Press, 1987.

_____; CORBIN, J. **Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. London: Sage, 1998.

TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar./abr. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERONESE, A. M. **Moto-boys de Porto Alegre: convivendo com os riscos do acidente de trânsito**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

_____ *et al.* La experiencia de recuperación de motoboys accidentados en Porto Alegre en los servicios del SUS: dificultades y expectativas. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 132-9, jul./dic. 2005.

_____; OLIVEIRA, D. L. L. C. **Risco de vida na perspectiva de usuários do SAMU que foram sujeitos da demanda não pertinente, Bairro Cavahada, Porto Alegre** – subsídios para a gestão do serviço. Relatório de pesquisa apresentado à Fapergs. Porto Alegre, 2009. Não publicado.

_____ *et al.* Oficinas de primeiros socorros: relato de experiência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 179-186, mar. 2010.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Dora Lucia L.C.de Oliveira

Registro do CEP: 346 **Processo N°:** 001.011521.09.0

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 001.011521.09.0, referente ao projeto de pesquisa: “**A construção social da demanda ao SAMU de Porto Alegre considerada não pertinente ao serviço**”, tendo como pesquisador responsável Dora Lucia L.C.de Oliveira cujo objetivo é “Analisar o processo de construção social da demanda ao SAMU de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço, a partir das experiências dos solicitantes cujos problemas de saúde deram origem a essa demanda. Objetivos específicos: Mapear, por geoprocessamento, a distribuição espacial da demanda ao SAMU de Porto Alegre, no ano de 2008, considerada não pertinente pelo serviço, identificando as três áreas de maior concentração desta demanda e relacionando-a com as variáveis tipo de socorro, sexo e idade do solicitante, horário e dia da demanda do atendimento;- Conhecer, a partir das experiências dos usuários de três áreas de maior concentração na cidade de Porto Alegre, que foram sujeitos das demandas por acesso ao SAMU, consideradas não pertinentes pelo serviço, as situações que originaram tais demandas; - Identificar que problemas de saúde urgentes foram percebidos pelos usuários nas situações referidas, analisando os sentidos de urgência de saúde em relação aos saberes que possam ter embasado estas percepções; - Analisar as trajetórias percorridas pelos usuários na busca por acesso aos serviços de saúde para atendimento dos seus problemas de saúde, antes e depois da negativa do SAMU em enviar uma ambulância”

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 e a apresentação do trabalho.
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, 03/06/09


Elen Maria Borba

Coordenadora do CEP

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PESQUISA: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEMANDA AO SAMU DE PORTO ALEGRE
CONSIDERADA NÃO PERTINENTE PELO SERVIÇO**

Pesquisadora responsável: Dra. Dora Lúcia de Oliveira

Telefone para contato: 3316.5481 – dora@enf.ufrgs.br

Pesquisadora: Andréa Márian Veronese

Telefone para contato: 8451.8880 – andreamv@terra.com.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: 3212.4623

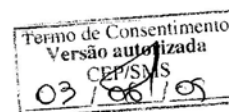
A presente pesquisa tem por objetivo analisar o processo de construção social da demanda ao Samu de Porto Alegre considerada não pertinente pelo serviço, a partir das experiências dos solicitantes cujos problemas de saúde deram origem a esta demanda.

Para a efetivação do estudo, serão realizadas entrevistas com os solicitantes do SAMU, cujas ligações telefônicas foram classificadas como não pertinentes pelo serviço, além de registros da pesquisadora em relação ao local de onde procedeu o chamado. Se o solicitante for menor de idade, quem deverá responder a entrevista e assinar este termo será o seu responsável legal. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos informantes.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e se destina 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^ª. Dr^ª. Dora Lúcia de Oliveira. Ressalta-se que serão escritos e publicados artigos científicos sobre a Tese.

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

- De que a pesquisa não oferecerá risco aos seus participantes, e que eles serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante seu o desenvolvimento;
- Da garantia de receber respostas ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados a pesquisa;



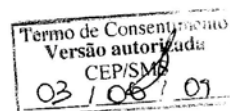
- Da liberdade de me recusar a responder qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte desse estudo, ciente de que isso não trará para mim qualquer tipo de prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- Do compromisso de receber a devolução dos resultados obtidos na pesquisa por meio de documento escrito.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2009.

Andréa Márian Veronese
Pesquisadora

Dora Lúcia de Oliveira
Pesquisadora responsável

Assinatura do informante



APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

1 - Número da entrevista: _____

2 - Tipo da entrevista:

() Presencial () Por telefone

3 - Relação de parentesco com o solicitante: _____

4 - Idade do usuário: _____

5 - Sexo do usuário:

() F

() M

6 - Endereço de onde procedeu a solicitação:

7 - Relate, por favor, a situação que fez com que você ligasse para o SAMU.

8 - Por que você ligou para o SAMU?

9 - Para você o motivo da ligação era uma urgência? Por quê?

10 - Por que você achou que era um caso para o SAMU atender?

11 - Você sabe quais os critérios para chamar o SAMU? Quais são?

12 - Que serviços do SUS você acredita que poderiam estar disponíveis para atendê-lo no momento da ligação além do SAMU?

13 - O que você poderia ter feito além de ligar para o SAMU?

14 - O que você fez após a negativa de atendimento pelo SAMU?

15 - Você já participou de algum curso de primeiros socorros?

APÊNDICE C – Entrevistas

