

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**KELLY PIACHESKI DE ABREU**

**SITUAÇÕES DE URGÊNCIA**

**Visão dos Usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre**

**Porto Alegre**

**2009**

**KELLY PIACHESKI DE ABREU**

**SITUAÇÕES DE URGÊNCIA**

**Visão dos Usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pré-requisito para obtenção do título de enfermeiro.

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

**Porto Alegre**

**2009**

Dedico esta conquista a minha família,  
cujo incentivo à educação tornou possível a  
realização deste sonho.

## AGRADECIMENTOS

Aos ensinamentos e vivências que a graduação em enfermagem me proporcionou, cujo aprendizado transcende a teoria, pois ensina a amar a vida e a ter esperança em um mundo mais justo para todos.

Ao meu marido e verdadeiro companheiro, Sérgio, cuja compreensão e auxílio foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho e de tantos outros desafios que enfrentamos juntos.

Aos meus pais, Estela e Paulino, que me proporcionaram a vida, educação, amor e compreensão, fatores determinantes para que eu conseguisse alcançar os meus objetivos. Aos meus irmãos, Marcelo e Érika, cuja amizade e apoio fizeram a minha vida mais feliz.

À Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, pela orientação, atenção, competência, cujo profissionalismo transmite ensinamentos que a tornam um exemplo de dedicação à profissão de enfermeira pesquisadora. Agradeço às enfermeiras Alísia Helena Weis, Giselda Quintana Marques e Rosane Mortari Ciconet que muito me auxiliaram na construção e desenvolvimento deste trabalho, contribuindo assim para o crescimento da pesquisa em enfermagem e saúde.

A todos os meus colegas de curso, dos campos de estágio e aos amigos que acompanharam e participaram da minha vida, durante todo este período.

"Se queremos um mundo de paz e de justiça  
temos que pôr decididamente a inteligência a  
serviço do amor."

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se caracteriza por atender urgências nos locais em que ocorrem os eventos. Os usuários procuram o SAMU para a solução imediata de suas necessidades de saúde. Os objetivos deste estudo são: conhecer a percepção de urgência para os usuários; identificar os motivos pelos quais solicitaram atendimento do SAMU e conhecer as opiniões dos usuários sobre o atendimento recebido. Estudo qualitativo, com abordagem exploratório-descritiva, realizado no SAMU de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas por telefone com 30 usuários do SAMU. Para a análise dos dados utilizou-se análise temática. As categorias criadas foram: percepções de urgência para os usuários, motivos para solicitar atendimento do SAMU e opiniões dos usuários sobre o atendimento recebido. Os usuários consideram urgência como uma condição que necessita atendimento rápido frente a problemas de saúde e criam critérios próprios de definição da gravidade da situação com base na sintomatologia que apresentam. Os motivos mais mencionados para solicitação de atendimento do SAMU foram a obtenção de atendimento, o transporte e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Os usuários utilizam critérios próprios, de acordo com seus interesses e conveniências, para determinar o que é urgência e solicitar e avaliar o atendimento. A procura pelo atendimento de urgência pode estar representando, para o usuário, um dos meios mais rápidos e eficazes para acesso a diferentes tecnologias para orientação em saúde ou prestação da assistência, mesmo que este contato não assegure a continuidade de atendimento no Sistema de Saúde.

**DESCRITORES:** Atendimento de Emergência Pré-hospitalar, Acesso aos Serviços de Saúde, Ambulâncias

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Aspectos históricos do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Utilização dos serviços de saúde pelos usuários em situações de urgência.....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Campo do estudo.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Participantes.....</b>	<b>17</b>
<b>4.4 Coleta de dados .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>18</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>18</b>
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Caracterização dos participantes .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Percepção de urgência para os usuários do SAMU .....</b>	<b>23</b>
<b>5.3 Motivos para acionar o SAMU .....</b>	<b>30</b>
<b>5.4 Opiniões sobre o atendimento recebido.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista com usuários que solicitaram atendimento do SAMU.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A – Ficha de regulação do chamado.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO B – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem apresentado mudanças positivas em relação à atenção às urgências. Entretanto, existem problemas na rede do sistema de saúde que são evidenciados pela grande demanda ambulatorial, pela deficiência do número de trabalhadores e por usuários com situações crônicas de saúde que buscam atendimento em serviços de urgências (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007). Esse último tipo de atendimento poderia ser proporcionado aos usuários em serviços de saúde de menor complexidade, como Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Algumas dessas situações foram observadas em minha trajetória durante a graduação como bolsista de iniciação científica. Por meio dessa experiência tive oportunidade de estudar sobre o acesso e padrão de utilização de usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre, despertando meu interesse pelo tema e a motivação para a realização deste estudo.

A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza a realização de atendimento às urgências em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma que a rede de serviços seja regionalizada e hierarquizada. A assistência nesses casos conta com serviços Pré-Hospitalares Fixos, Pré-Hospitalares Móveis, Hospitalares e Pós-Hospitalares, sendo que cada nível possui características e atribuições de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2006a).

O SAMU caracteriza-se por atender usuários com agravos urgentes nos locais em que ocorrem os eventos, possibilitando atendimento precoce e acesso ao sistema de saúde. Esses agravos podem ser clínicos, cirúrgicos, traumáticos ou psiquiátricos, potenciais geradores de sofrimento, seqüelas, e até mesmo levar ao óbito (BRASIL, 2006a). O atendimento pré-hospitalar, seja fixo ou móvel, fundamenta-se na concepção de que lesões e traumas podem ser revertidos em sua totalidade ou em parte, dependendo do suporte oferecido à vítima (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

O SAMU tem a finalidade de fácil acesso ao público, por via telefônica por meio do número 192, sendo a ligação gratuita. As telefonistas atendem a chamada, coletam dados como nome e endereço e transferem a ligação para os médicos reguladores que, após julgarem o caso, definem a conduta mais adequada. Essas Centrais de Regulação de Urgência constituem importantes elementos de organização de fluxos da atenção às urgências, além de

garantir acesso aos usuários acometidos por agravos urgentes (BRASIL, 2006a).

Segundo Deslandes; Minayo e Oliveira (2007) inúmeras chamadas ao serviço pré-hospitalar são de problemas crônicos ou casos que não são caracterizados como graves. De acordo com registros na base de dados do SAMU de Porto Alegre, grande número dos chamados realizados pela população e até mesmo das unidades de atenção básica não corresponde a situações de risco imediato à vida, descaracterizando a função desse serviço (PORTO ALEGRE, 2007).

Segundo Giglio-Jacquemot (2005), as percepções de profissionais e usuários do sistema de saúde sobre urgências são distintas. Para os profissionais, situações de urgência são aquelas em que há risco de vida levando em consideração definições biomédicas. Em contrapartida, os usuários julgam, como urgências, problemas que atrapalham gravemente a vida cotidiana.

A procura pelo serviço de saúde ocorre de acordo com a percepção do usuário sobre o que é urgente ou não, resultando em procura espontânea pelos serviços. Os usuários buscam atendimento onde há mais facilidade de acesso, não estando, muitas vezes, de acordo com a finalidade do serviço procurado, ocasionando entraves na rede de saúde e trazendo conseqüências para o trabalho das equipes de saúde. Dessa forma, torna-se relevante investigar o que os usuários que solicitam atendimento do SAMU consideram como situação de urgência, bem como os motivos desses usuários para utilização do SAMU. A partir desse contexto, interroga-se: Qual é a percepção de urgência dos usuários que solicitam o atendimento? Quais os motivos que levam os usuários a acionarem o SAMU? Qual a opinião dos usuários sobre o atendimento recebido?

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

- Conhecer a percepção de urgência para os usuários que solicitaram atendimento do SAMU de Porto Alegre;
- Identificar os motivos pelos quais os usuários solicitaram atendimento do SAMU de Porto Alegre;
- Conhecer as opiniões dos usuários que solicitaram atendimento do SAMU de Porto Alegre sobre o atendimento recebido.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Na revisão de literatura, visando aprofundar o conhecimento produzido sobre este assunto, são abordados aspectos históricos do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, bem como referências sobre a utilização dos serviços de saúde pelos usuários em situações de urgência.

#### **3.1 Aspectos históricos do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência**

O atendimento pré-hospitalar móvel surgiu em 1792, quando Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão, fez uso de uma ambulância para prestar atendimento precoce aos acometidos em combate, ainda no campo de batalha, visando o aumento da sobrevivência dos combatentes (BRASIL, 2006b).

No Brasil, o atendimento às vítimas nos locais dos incidentes é tão antigo como em outros países. Em 1893, quando o Rio de Janeiro era capital do país, o Senado da República aprovou a lei que pretendia estabelecer o socorro de urgência na via pública (MARTINS; PRADO, 2003).

Em 1898 o corpo de bombeiros do Rio de Janeiro utilizou o primeiro meio de transporte, sendo esse de tração animal, para realizar atendimento às vítimas de incêndio. Em 1911, o serviço de socorro já contava com veículos de tração mecânica para diversas atividades de socorro, inclusive uma ambulância (MATTOS; 2006).

Por meio de um decreto interministerial foram criados na França em 1965, os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR) que eram interligados às instituições hospitalares. A partir de 1968, os SMURs franceses passaram a ter suas atividades coordenadas pelos Serviços de Ajuda Médica de Urgência (SAMU), por meio de centros de recepção e regulação de chamadas (BRASIL, 2006b).

O modelo atual de atendimento pré-hospitalar móvel do Brasil teve como base o modelo francês que tem como objetivo assegurar socorro medicalizado nas cenas em que os eventos ocorrem. Além disso, o conceito de regulação médica das urgências que utilizamos no Brasil teve sua origem no atendimento pré-hospitalar francês (BRASIL, 2006b).

A regulação médica se relaciona com a gestão do fluxo entre oferta de cuidados e a procura. A função mais importante do médico regulador é de identificar situações de pedido de atendimento urgentes e classificá-las de acordo com sua prioridade quando há muitas solicitações de atendimento (BRASIL, 2006b). A regulação médica caracteriza-se como o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar por meio da decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e o processo decisório sobre os meios disponíveis (OLIVEIRA; CICONET, 2003).

O modelo de atendimento pré-hospitalar móvel norte-americano também é muito difundido, baseia-se na atuação de paramédicos, que são profissionais que passam por um processo de capacitação para prestar atendimento no local da ocorrência. Essas capacitações possuem diferentes cargas horárias formando diferentes categorias de paramédicos, sendo que os profissionais mais qualificados são autorizados a realizar procedimentos mais complexos, sem supervisão e regulação médica (BRASIL, 2006b).

Até o início da década de 90, a área da saúde havia deixado uma lacuna ao enfrentar a problemática do atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil. Assim, os policiais militares dos corpos de bombeiros iniciaram um processo de capacitação e atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, com base no modelo americano (BRASIL, 2006b). O corpo de bombeiros teve importante atuação histórica no atendimento pré-hospitalar móvel antecedendo a política representada pelo SAMU. Em alguns municípios, o corpo de bombeiros ainda continua como único órgão responsável pelo atendimento pré-hospitalar móvel e há outros lugares que as duas modalidades de socorro atuam concomitantemente (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

Em alguns estados brasileiros existem parcerias entre o SAMU e o Corpo de Bombeiros para o atendimento pré-hospitalar móvel. Em pesquisa realizada em cinco capitais de regiões brasileiras, identificou-se que havia a transição e a convivência entre dois modelos de atendimento pré-hospitalar móvel: o realizado pelo Corpo de Bombeiros (linha 193) e o do SAMU (linha 192). A comunicação e a cooperação entre os dois modelos ocorriam de forma desigual, em cada uma das cidades. O SAMU era bem visto pelos gestores e profissionais por ser capaz de agregar mais recursos e garantir maior cobertura. Por outro lado, o Corpo de Bombeiros era avaliado por outros, como perdendo terreno político e fontes de financiamento, gradativamente cedendo o espaço que conquistara, havia décadas, e que possuía experiência acumulada. Na divisão do trabalho, coube ao Corpo de Bombeiros o resgate de vítimas onde houvesse perigo de desmoronamento, incêndio, situações com pessoas presas em ferragens e ao SAMU o atendimento da área da saúde (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

Na década de 50, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) foi implantado em São Paulo, órgão que estabelecia a assistência médica à distância. Dessa forma, o atendimento pré-hospitalar, inicialmente chamado de “resgate”, do estado de São Paulo, foi criado nos moldes do SAMU francês. Esse modelo de atenção contava com a participação efetiva do médico, no atendimento direto aos doentes no local e na central de regulação médica, iniciando o exercício da telemedicina (MARTINEZ; NITSCHKE, 1999).

Conforme consta na Resolução nº.1.643 do Conselho Federal de Medicina (2002), telemedicina pode ser definida como o conjunto de tecnologias e aplicações que permitem a prática da medicina à distância, com o objetivo de dinamizar a assistência.

A partir da década de 90, iniciou no Brasil a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar móvel, quando foi estabelecida a cooperação técnica e científica franco-brasileira. Com isso, adotou-se o modelo de atenção pré-hospitalar móvel mediado pelo médico regulador, diferenciando-se, porém, do modelo francês, com a participação de profissionais de enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade (BRASIL, 2006b).

O atendimento pré-hospitalar de urgência iniciou em Porto Alegre, em 1992, por meio de um convênio entre Prefeitura Municipal de Porto Alegre e a Brigada Militar, representadas, respectivamente, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Corpo de Bombeiros. A partir deste convênio se iniciou o Programa Anjos da Guarda (OLIVEIRA; CICONET, 2003).

O SAMU do município de Porto Alegre foi inaugurado em 1995, como resultado de um tratado de cooperação técnica existente entre o governo francês e brasileiro em meados de 1994, antes mesmo das normativas nacionais relativas à regulação médica das urgências que passaram a ser adotadas em 1998. Anteriormente à inauguração do SAMU, houve movimentos com o objetivo de estabelecer acordos com a rede hospitalar municipal, garantindo o funcionamento do serviço inserido na lógica do sistema de emergência da cidade. O principal resultado desse movimento foi a constituição do Comitê Gestor do SAMU, que culminou com a assinatura de um Termo de Adesão, em que os hospitais do município aderiram ao projeto (OLIVEIRA; CICONET, 2003).

Em 2006, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) publicou a Política Nacional de Atenção às Urgências que prevê o acolhimento dos usuários em todos os serviços de saúde de acordo com a complexidade tecnológica que representam dentro do sistema de saúde. O serviço pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar ou pós-hospitalar têm por propósito prevenir iatrogenias por manipulação ou tratamentos incorretos, evitando a morte ou incapacidades físicas temporárias e permanentes.

Ao analisar os fatos históricos, pode-se perceber que a humanidade vem aprimorando

de forma dinâmica e eficiente o atendimento às urgências. No Brasil, a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências constitui uma importante referência para os componentes que prestam assistência à saúde. Porém, os serviços que integram o sistema de saúde precisam realizar suas funções de forma complementar, garantindo que o usuário tenha continuidade no tratamento.

### **3.2 Utilização dos serviços de saúde pelos usuários em situações de urgência**

Nas últimas décadas, os usuários do SUS têm buscado soluções, para os seus problemas e necessidades de saúde, em serviços que atendem agravos urgentes. Há um excesso de demanda por atendimento que gera problemas e que denuncia aspectos ineficazes do sistema de saúde, pois retrata a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como os de atenção primária à saúde. Apesar dos serviços de urgência congregarem esforços para atender esses usuários, a superlotação faz com que haja uma queda significativa na qualidade do atendimento prestado (LUDWIG; BONILHA, 2003).

O modelo piramidal de atenção à saúde não tem conseguido satisfazer as necessidades de saúde da população, apesar de ter provocado mudanças na estrutura e nos processos de trabalho nos serviços de saúde. Os cuidados prestados, a cobertura assistencial oferecida, a complementaridade e a integração das ações nas unidades de saúde e delas com o sistema têm sido insuficientes. A pouca oferta de serviços faz com que os usuários procurem atendimento em locais que possibilitem a entrada no sistema de saúde, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil. Esses serviços, apesar de apresentarem problemas, reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades básicas oferecem apenas a consulta médica (MARQUES; LIMA, 2007).

A determinação do significado de urgência e emergência é difícil. Martinez e Nitschke (1999) consideram que a urgência caracteriza-se por ser uma afecção que evolui ou tem o risco de evoluir muito rapidamente para um estado grave, não podendo esperar em uma fila ou aguardar uma consulta marcada. O conceito de urgência médica, segundo os autores é um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e sociedade que apresenta uma gravidade considerada como ameaçadora à integridade física ou psicológica. Além disso, existe o peso social que muitas vezes é negligenciado por profissionais de saúde, mas desempenha papel

fundamental, pois em situações de gravidade nula, os trabalhadores da urgência podem ter que caracterizá-la como uma grande urgência, devido à comoção social.

Segundo Barrier (2001), a palavra urgência não possui o mesmo significado para a população e para a equipe de saúde. Para as equipes de saúde as urgências são patologias que comprometem a função do organismo; para a população, as urgências são situações de aflição, angústia, abandono e miséria que requerem auxílio e assistência para que seja possível uma solução imediata a uma dificuldade passageira.

Segundo Marques e Lima (2007), em estudo realizado em um Pronto Atendimento de Porto Alegre – RS, as queixas dos usuários vinham moldadas de acordo com suas vivências sociais, sendo então, construídas social e historicamente. Os usuários buscavam solucionar no serviço as necessidades agudas ou não, mas que repercutiam em desconforto e dificuldades.

A percepção da urgência se configura em uma construção contextual que engloba diversos sinais que indicam perigo, é também uma construção coletiva da qual todos participam, isto é, não somente o doente, mas membros de sua família e até vizinhos. Nem sempre o doente participa dessa construção, às vezes, o estado de saúde é designado e apresentado por suas famílias/vizinhança como grave, mas o doente apresenta outra percepção, de que sua saúde está bem e não necessita de ajuda de urgência (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005).

Estudo realizado na Central de chamadas dos Bombeiros (193) e na Central de ambulâncias (192) do município de Marília, São Paulo, identificou que o serviço oferecido assemelha-se a um serviço social, pois oferece atendimento 24 horas por dia e, por isso, preenche os espaços, deixados vazios por outros agentes e instituições de serviço público. A central dos chamados reflete o desamparo e a carência de recursos da população de baixa renda, tendo em vista os pedidos que recebem e as necessidades expressas pelos solicitantes. Representa, assim, o reflexo do infortúnio social e individual, cujos problemas de saúde surgem por meio de demandas variadas, que em um contexto de escassez, acabam, na maioria das vezes, sendo atendidas pelas centrais (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005). De forma semelhante, Barrier (2001) relata que na França mais da metade dos chamados do SAMU não eram urgências, pois decorriam de problemas sociais que, geralmente, eram resolvidos por meio de conselhos ou visita domiciliar da equipe de saúde do SAMU.

Segundo Almeida e Pires (2007), em estudo realizado no sul do Brasil, o acesso indiscriminado à unidade de emergência provoca tensão nos locais onde é feito o atendimento, resultando em desgaste para os trabalhadores e desconforto para os usuários. O rápido desenvolvimento tecnológico, a especialização dos saberes e a complexidade das

situações atendidas, sem aumento de recursos materiais, humanos e físicos culminam em profissionais da saúde com cargas elevadas de trabalho que provocam sofrimento, conflitos e impossibilitam a expressão da subjetividade no trabalho.

Um estudo identificou a insatisfação de médicos pediatras com o trabalho em uma emergência pública do estado de Minas Gerais. Os médicos estudados ressentiam-se em atender crianças que deveriam ser assistidas na atenção primária, expressando preocupação com as crianças mais graves que chegavam necessitando de um cuidado, não disponível em outros níveis do sistema (MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007).

A grande procura de atendimento por usuários cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência desqualifica e prejudica o atendimento nos casos graves. Diante disso, os profissionais reconhecem a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica, mas expressam insatisfação com a sobrecarga de trabalho causada pelo volume de atendimentos (GARLET, 2008).

Segundo Vieira e Mussi (2008) colocar o SAMU à disposição da população não caracteriza sua eficácia e eficiência. A procura pelo serviço está baseada nas necessidades locais da comunidade, profissionais adequadamente treinados para o primeiro atendimento das urgências e emergências e de recursos materiais. Assim, é preciso realizar o planejamento e avaliação constante das necessidades de atendimento das comunidades locais, pois se a população não estiver preparada para o uso adequado do SAMU, as chamadas poderão deixar de ser feitas ou serem indevidas ocasionando demanda excessiva ao sistema de atendimento e impedindo que a população se beneficie da sua melhor resposta.

Com base nos estudos citados, pode-se reconhecer que a utilização dos serviços de urgência pelos usuários nem sempre ocorre por motivos relacionados a situações que requerem atendimento imediato. Assim, aos profissionais de saúde desses serviços cabe atender tanto aos usuários com demandas urgentes como aqueles com demandas não urgentes, de forma que nem sempre as situações de urgência podem ser priorizadas, devido à grande procura pelo atendimento, gerando insatisfação aos usuários e superlotação dos serviços.

## **4 METODOLOGIA**

A seguir descreve-se o caminho metodológico que foi realizado com vistas a atingir os objetivos propostos.

### **4.1 Tipo de estudo**

Este estudo foi desenvolvido seguindo o método qualitativo. O desenho metodológico do estudo é exploratório-descritivo. Optou-se por utilizar esse tipo de método porque as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, já as pesquisas descritivas visam à descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2006). Segundo Turato (2005), a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador interpretar a significação de determinado fenômeno para aqueles que o vivenciaram. Esses significados são imprescindíveis para qualificar as relações entre os usuários, famílias, profissionais e instituições, bem como compreender seus sentimentos, idéias e comportamentos.

### **4.2 Campo do estudo**

O estudo foi realizado no SAMU de Porto Alegre. A Gerência do Serviço, a Central de Regulação de Urgência e unidades móveis de suporte básico e avançado de vida localizam-se no Hospital de Pronto Socorro. O SAMU de Porto Alegre conta com onze bases descentralizadas em diferentes Regiões da Cidade, são elas: Hospital de Pronto Socorro, Hospital Cristo Redentor, Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, Bom Jesus, Restinga, Belém Novo, Cavalhada, Lomba do Pinheiro, Partenon, Navegantes e Centro Vida Humanístico.

Os chamados feitos ao SAMU são acolhidos na central de regulação de urgência. Quando o usuário disca 192, telefonistas auxiliares de regulação médica atendem a chamada, coletam informações como nome e endereço e transferem a ligação para os médicos reguladores do SAMU. Esses, ao conversarem com o solicitante, presumem a gravidade da

situação e decidem pelo envio de equipes móveis de socorro. Esses chamados são classificados como pertinentes. Quando o médico regulador avalia que não existe indicativo de risco à vida, classifica o chamado como não pertinente. Nessas situações o médico apenas fornece orientação, sugerindo, entre outras coisas, que o solicitante busque atendimento por meios próprios, não recebendo, portanto, atendimento das equipes móveis.

### **4.3 Participantes**

Participaram do estudo os usuários que solicitaram atendimento do SAMU. Para a seleção dos participantes foi realizado um recorte de tempo de um dia, sendo escolhida a data de 08 de novembro de 2008. O grupo de participantes foi de 30 indivíduos eleitos aleatoriamente dos 237 chamados regulados pelo SAMU na data referida, por meio de sorteio. Destes, 15 chamados para os quais foi enviado atendimento e 15 chamados classificados como não pertinentes. Cada um desses conjuntos foram subdivididos e separados de acordo com os chamados ocorridos por períodos do dia: matutino, vespertino e noturno.

O número de indivíduos foi estabelecido com base em Ghiglione e Matalon (2005), que consideram que, em pesquisas qualitativas, com esse número de entrevistas, ocorre a saturação de dados.

Os participantes foram contatados por telefone. Foram realizadas três tentativas de contato por telefone em diferentes horários do dia. Após três tentativas sem sucesso, esses foram excluídos do estudo. Igualmente foram excluídos os participantes menores de 18 anos e os chamados originados de telefones da via pública. No caso de recusa em participar da pesquisa, o participante era excluído e outro era sorteado.

### **4.4 Coleta de dados**

As entrevistas foram realizadas no período de 11 de fevereiro a 30 de abril de 2009. Estabeleceu-se contato com os solicitantes sorteados para a realização de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), as entrevistas são questionamentos verbais, podendo ser realizadas por telefone. Dessa forma, as entrevistas

foram realizadas por telefone com os usuários que aceitarem participar do estudo. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Seguiu-se um roteiro com questões sobre o que eles consideram como urgência, motivos pelos quais os usuários acionam o SAMU e as opiniões sobre o atendimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A partir do banco de dados da central de urgência, que reúne todos os registros das chamadas que passaram pela regulação médica, denominado de ficha de regulação (ANEXO A), foram caracterizados esses usuários de acordo com sexo, idade, tipo de chamado. Nesse registro consta o nome da pessoa que solicitou atendimento, o nome do usuário que necessita de atendimento, queixa principal, sexo, idade, telefone originador do chamado, tipo de socorro, e gravidade presumida pelo regulador e resumo do atendimento.

#### **4.5 Análise dos dados**

Para o tratamento dos dados coletados nas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática, proposta por Bardin (2004). Esse tipo de análise busca identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. Os dados foram classificados por operações de desdobramento do texto em categorias, segundo critério de agrupamento de temas com características comuns. A análise temática constitui-se de três etapas: pré-análise que consiste na transcrição e leitura flutuante das entrevistas; exploração do material, nesta fase será feita a codificação, classificação dos dados e construção de categorias; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para a análise da caracterização dos usuários realizou-se a tabulação manual das variáveis contidas nas fichas de regulação.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Seguindo as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) para a realização de entrevistas telefônicas, os participantes autorizaram a gravação das mesmas e foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidades do projeto. Foi

obtido o consentimento gravado e documentado que consta nas transcrições das entrevistas. Para tal finalidade foi criado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido aos participantes por telefone (APÊNDICE B). Na pesquisa foi garantida a privacidade dos participantes, por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações. O estudo não oferece risco aos usuários, os quais foram esclarecidos que poderiam se recusar a participar e/ou desistir, em qualquer momento do estudo.

Este estudo está inserido no projeto intitulado: Epidemiologia, territorialização e organização do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel de Porto Alegre. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Parecer nº 117/2006). Esta pesquisa de conclusão de curso foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme Parecer 11/2008 (ANEXO B).

## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados e sua discussão por categoria temática e a caracterização dos participantes do estudo. As categorias temáticas depreendidas no processo de análise foram: percepções sobre urgência dos usuários do SAMU, motivos para acionar o SAMU e opiniões sobre o atendimento recebido.

### 5.1 Caracterização dos participantes

Dos 30 participantes, 16 eram do sexo masculino e 14 do sexo feminino, conforme ilustra o Quadro 1.

Sexo	Chamados pertinentes	Chamados não pertinentes	Total
Masculino	8	8	16
Feminino	7	7	14

Quadro 1. Distribuição da classificação dos chamados em pertinentes e não pertinentes em relação ao sexo dos participantes. Fonte: Banco de Dados do SAMU, Porto Alegre, 2009.

Pesquisa realizada por Fernandes (2004) com usuários do SAMU de Ribeirão Preto - SP identificou que entre os usuários do SAMU de Ribeirão Preto - SP, não houve diferenças no que se refere ao sexo para utilização do serviço.

No que se refere à faixa etária, os adultos jovens, de 21 a 30 anos, foram os que mais solicitaram atendimento do SAMU, conforme mostra o Quadro 2.

Faixa etária	Chamados pertinentes	Chamados não pertinentes	Total
18-20	-	1	1
21-30	5	8	13
31-40	3	4	7
41-50	3	2	5
51-60	1	-	1
61 anos ou mais	3	-	3

Quadro 2. Distribuição da classificação dos chamados em pertinentes e não pertinentes em relação à faixa etária dos participantes. Fonte: Banco de Dados do SAMU, Porto Alegre, 2009.

Este resultado aponta tendência semelhante à encontrada nos estudos de Cabral e Souza (2008), Bezerra (2007) e Fernandes (2004), com relação à faixa etária dos usuários que

solicitam atendimento.

Um estudo realizado no SAMU de Olinda – Pernambuco identificou que a média etária do total de atendimentos foi de 43 anos (CABRAL; SOUZA, 2008). Outro estudo realizado em Teresina – Piauí, identificou que 55% dos usuários do SAMU possuem de 30 a 60 anos (BEZERRA, 2007). Para Fernandes (2004), a média de idade dos usuários do SAMU de Ribeirão Preto – São Paulo foi de 33 anos.

Quanto à escolaridade, conforme ilustrado pelo Quadro 3, a maioria dos participantes possui nível fundamental e superior incompleto.

Escolaridade	Chamados pertinentes	Chamados não pertinentes	Total
Fundamental incompleto	5	2	7
Fundamental	1	1	2
Médio incompleto	1	-	1
Médio	3	3	6
Superior incompleto	3	5	8
Superior	2	3	5
Não informado	-	1	1

Quadro 3. Distribuição da classificação dos chamados em pertinentes e não pertinentes em relação à escolaridade dos participantes. Fonte: Banco de Dados do SAMU, Porto Alegre, 2009.

Bezerra (2007) constatou que 50% dos usuários do SAMU de Teresina possuíam ensino fundamental incompleto, 20% ensino médio incompleto, 16% ensino médio completo, 11% ensino fundamental completo e apenas 3% possuíam ensino superior incompleto e nenhum com ensino superior completo. Apesar de serem realidades diferentes, o número de participantes deste estudo é de apenas 30, devido a isso não podemos ressaltar esses achados como divergentes, porém pode-se considerar que os chamados de solicitação do SAMU partem de todas as escolaridades.

Os chamados clínicos e traumáticos foram os mais solicitados entre os participantes, conforme o Quadro 4.

Tipo de chamado	Chamados pertinentes	Chamados não pertinentes	Total
Clínico	7	5	12
Trauma	5	4	9
Psiquiátrico	2	6	8
Obstétrico	1	-	1

Quadro 4. Distribuição da classificação dos chamados em pertinentes e não pertinentes em relação à tipologia do chamado. Fonte: Banco de Dados do SAMU, Porto Alegre, 2009.

Das doze solicitações de atendimento clínico, cinco foram classificadas como não pertinentes, entre essas citamos tonturas, crise convulsiva, epigastralgia e morador de rua

vomitando. As solicitações consideradas pertinentes ao SAMU foram: dores precordiais, crise convulsiva, síncope, morador de rua caído ao solo, problemas respiratórios. Evidenciou-se que as crises convulsivas ocorreram nos casos pertinentes e não pertinentes ao serviço. Para a realização dessa distinção, os médicos reguladores utilizam a classificação de risco que é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o risco em potencial, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Em 2003, as demandas clínicas já se destacavam entre os atendimentos do SAMU de Porto Alegre (PEREIRA; LIMA, 2006a). Essa característica também foi apontada por Fernandes (2004), no SAMU de Ribeirão Preto, São Paulo, no qual as demandas clínicas, destacando-se os problemas gastrintestinais e os distúrbios cardiovasculares, também foram mais prevalentes, representando (54,09%) de todas as ocorrências.

Na Central de Regulação de Urgências de Porto Alegre, no período de janeiro a setembro de 2007, os registros revelaram que as ocorrências clínicas foram as mais prevalentes dentre o número de atendimentos prestados, correspondendo a 55,2% dos atendimentos. Foram caracterizados como caso clínico 52,86%, traumático 37,33%, psiquiátrico 2,3% e obstétrico 2,42% (PORTO ALEGRE, 2007).

Das nove solicitações de atendimento traumáticas, quatro foram classificadas como não pertinentes, entre essas citamos queda da própria altura, queda da escada, fratura do braço e entorse no joelho. As solicitações, do tipo trauma, consideradas pertinentes ao SAMU foram: atropelamentos, ferimento no dorso do polegar com serra elétrica, luxação do quadril após artroplastia e acidente de trânsito.

Das oito solicitações de atendimento psiquiátricas, seis foram classificadas como não pertinentes, entre essas citamos pessoas etilizadas, tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos, crise conversiva com queixa de dificuldade para respirar e falar. As solicitações consideradas pertinentes ao SAMU foram: tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos e agressividade associada à drogadição. Destaca-se que as tentativas de suicídio foram classificadas como pertinentes e não pertinentes ao serviço, ilustrando que a subjetividade permeia a percepção de urgência dos profissionais de saúde, ocasionando divergências no atendimento.

Segundo Abreu, Kohlrausch e Lima (2008) são poucas as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde para prevenção das tentativas de suicídio no município de Porto Alegre. Apesar da reorganização do atendimento em saúde mental pretender incorporar na atenção primária à saúde ações de promoção e prevenção de transtornos mentais poucas ações são realizadas. Com isso, os usuários com transtornos mentais permanecem desassistidos, e

quando necessitam de atendimento buscam serviços de urgência como o SAMU.

No que se refere à ocupação dos participantes, 26 participantes exercem atividade remunerada fora do domicílio, conforme Quadro 5.

Ocupação dos participantes	Chamados pertinentes	Chamados não pertinentes	Total
Empregados	6	11	17
Autônomos	6	3	9
Sem atividades laborativas	3	1	4

Quadro 5. Distribuição da classificação dos chamados em pertinentes e não pertinentes em relação à ocupação dos participantes. Fonte: Banco de Dados do SAMU, Porto Alegre, 2009.

A utilização do serviço pela maioria de pessoas com ocupações remuneradas fora do domicílio, pode estar associada à dificuldade de acesso nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que essas funcionam em horários que os participantes estavam trabalhando (SANTOS *et al.*, 2003).

## 5.2 Percepção de urgência para os usuários do SAMU

Para os entrevistados, as palavras urgência e emergência são utilizadas como sinônimos. Segundo Giglio-Jacquemot (2005) os usuários dos serviços públicos de urgência não distinguem urgências de emergências.

Existem dois tipos de emergência, a emergência técnica que é a situação de saúde do paciente expressa por sinais e sintomas e a emergência do usuário que é a situação de saúde percebida pelo paciente como emergente, porém, após avaliação técnica não se configura como tal. A caracterização de situações urgentes por parte dos profissionais de saúde baseia-se na objetividade, enquanto que para os usuários se baseia na subjetividade (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Os participantes deste trabalho citaram como urgência condições ameaçadoras à vida e sinais e sintomas sugestivos de gravidade, sendo que os mais mencionados foram: sangramento, dificuldade de locomoção e acidentes de trânsito. As náuseas e vômitos, quedas, alterações nos sinais vitais, intoxicação por abuso de álcool e drogas, tentativa de suicídio, atropelamento, contusão na cabeça, risco de vida, problemas respiratórios, dor no peito, convulsão, problemas ortopédicos, desmaios, fraturas ósseas, tonturas, infarto, incêndio, incontinência urinária, hipoglicemia, hiperglicemia, trabalho de parto, HIV positivo, dor no

estômago, AVC, sudorese, agressividade e dificuldade para falar foram mencionados com menor frequência, porém não são menos importantes.

*“Tipo um corte muito profundo, bater a cabeça muito forte, uma coisa que tu não podes esperar uma conduta em um posto de saúde ou que tu possa te locomoveres com ônibus e que te leve a um pronto-socorro ou um 24 horas.” P 02*

*“Alguma coisa com perigo de morte.” P 25*

*“Eu, por exemplo, com eles [idosos] a gente chama o SAMU quando os sinais vitais deles estão baixos. Pressão, glicose que eles têm.” P 08*

*“Uma pessoa tendo um infarto, um AVC, alguma coisa assim, uma convulsão.” P 27*

*“O joelho deslocou, ela foi pular do sofá e deslocou a rótula do joelho, meio que desencaixou o osso, mas depois voltou para o lugar.” P 03*

Alguns sinais e sintomas podem não representar situações urgentes para profissionais de saúde, mas demonstram a necessidade sentida pelos participantes em serem avaliados por profissionais de saúde, visto que para eles são sinais preocupantes:

*“Qualquer caso, qualquer estado clínico, qualquer pessoa que estiver se sentindo ruim, eu acho que deve chamar o SAMU.” P 15*

*[...] Eu não podia caminhar, estava com muita dor de estômago.” P 07*

*“Urgência é a pessoa que está passando mal, pressão baixa, lá em baixo...” P 22*

Giglio-Jacquemot (2005) diz que a percepção da urgência não é uma percepção restrita ao médico e sim uma construção contextual em que há vários envolvimento, não só do doente, mais de todo o contexto no qual se insere.

*“Eu sou soro positivo, isso é uma urgência!” P 10*

*“Olha, eu acho que [urgência] seria tudo, né? Quando a gente chama não vai ser por uma coisa que não está ruim. P 28*

Identificou-se que para outros participantes, urgências são fatos visíveis, como vômitos e sangramento.

*“Uma situação grave, um sangramento, aquilo que seja visível, que era o caso do cara, né? No momento [estava vomitando], desmaio ou alguma coisa assim.” P 04*

*“Eu fiquei bem aflita, principalmente por ser com criança. Começou a sair sangue pelo nariz dele [...] Assim, para a idade dele eu acho que seria quebrar alguma coisa, fratura exposta, com sangue, eu acho que com sangue é mais urgente” P 17*

Os estados de saúde que apresentam sinais visíveis e impressionantes como sangue, perda de consciência e feridas geram maior mobilização por parte dos usuários (GIGLIO-JACQUEMOT; 2005).

Cochlar (2007) investigou o grau de conhecimento sobre a atuação do serviço de atendimento móvel de urgência entre os usuários de um PA de Canoas – RS e identificou que 97,8% acionariam o serviço em caso de acidente de trânsito com vítimas. No que se refere às tentativas de suicídio, apenas 46,2% acionaria o SAMU nestas situações, refletindo certo grau de desconhecimento da população sobre esse serviço frente às urgências psiquiátricas. Identificou, também, que apenas 51,1% acionariam o SAMU se houvesse ocorrência de falta de ar e que 45,7% chamariam o serviço em caso de transporte de usuários com dificuldade de caminhar, nesse último caso, o SAMU perderia seu foco de serviço de urgência e passaria a suprir uma necessidade social da população menos favorecida. Talvez por não haver um órgão ou serviço específico para esse tipo de situação no município, a população em questão acaba recorrendo, em última instância, ao SAMU.

Essas condições refletem os significados que os usuários atribuem para a urgência e que contribuem para a solicitação de atendimento. Para Cecílio (2001), a demanda pode ser entendida como um pedido expresso pelo usuário para suas necessidades. Ela pode efetivar-se por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como a oferta de serviços é organizada. As necessidades de saúde são individuais, são específicas de cada usuário. Elas podem estar relacionadas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade e vínculo com um serviço, ou ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

As Unidades Básicas de Saúde funcionam em horário que restringe o acesso de pessoas que trabalham, culminando com agudização de situações crônicas de saúde, fazendo com que o SAMU seja uma opção de atendimento.

*“Eu sou sozinha, trabalho por conta, não dá para ficar indo no médico toda hora, não dava para ficar baixando, então a gente tem que agüentar o último! E é o que eu faço, é errado. Aí marca uma coisa e já aparece outra passa o mês indo no médico, aí tu passas fome, aí morre de fome porque tu não estás ganhando o teu dinheirinho. Ainda bem que Deus ajuda, porque se*

*fosse pelos médicos eu ia morrer lá naquele hospital e só diziam que não tinha leito, não tinha leito, entupiam a gente de antibiótico e eu já estava fraca.” P 10*

Segundo Rocha (2005), o acesso a serviços de saúde é difícil em qualquer nível, deixando a impressão que os serviços de saúde não são organizados para o usuário. Ele continua não sendo escutado no que se referem as suas necessidades, sejam elas quais forem, de saúde ou sociais. Esse conjunto de necessidades do usuário precisa encontrar resposta no setor, por meio de cada profissional, mas, principalmente, por meio dos gestores que têm a tarefa de organizar o serviço para atender uma determinada clientela e equacionar os conflitos por meio de articulações permanentes em todos os níveis.

Na Central de Regulação do SAMU o usuário, frente a um problema, é referenciado para uma Unidade Básica de Saúde, onde hoje é recebido e freqüentemente encaminhado para a unidade de urgência mais próxima. Muitas vezes, resolvem-se pontualmente os sintomas iniciais do problema de saúde gerador da procura e encaminha-se o usuário para frente, geralmente para uma unidade de urgência, sem que ele seja observado pela equipe ou se criem vínculos do paciente com a unidade básica (ROCHA, 2005).

Identificou-se nas falas dos entrevistados que existem situações de saúde que se tornam urgentes por dificuldade de acompanhamento nas unidades básicas de saúde, assim, a situação crônica de saúde agudiza e o atendimento do SAMU se faz necessário.

*“Eu seguido uso a ambulância, eu uso muito é para a minha mãe , sabe seguido dá hipoglicemia [...] Andou dando algumas vezes porque anda tomando os remédios errados [...]” P 06*

O SAMU apresenta um modelo de atendimento voltado para a doença em situações urgentes, não sendo voltado para o acompanhamento de casos crônicos, mas podendo ser utilizado em situações agudizadas. É importante considerar que atividades de prevenção, promoção, acompanhamento e tratamento dos casos poderiam contribuir com a diminuição da demanda ao SAMU.

No caso específico do atendimento aos diabéticos o cuidado fica freqüentemente restrito à consulta médica, à visita domiciliar de Agentes Comunitários de Saúde e à retirada de medicamentos. Consequentemente, deixando de contemplar as necessidades de saúde dos usuários portadores de Diabetes *Mellitus* (DM), ocasiona uma lacuna na assistência, assim, os usuários podem necessitar de atendimento de maior complexidade como o SAMU (SOUZA; BONILHA; VERONESE, 2008).

Segundo Souza; Bonilha e Veronese (2008) o enfermeiro que atua no SAMU, ao

atender portadores de DM poderia providenciar o agendamento de uma consulta ou visita domiciliar na região da residência do usuário, esta comunicação entre os níveis de complexidade refletiria na redução de atendimentos de casos recorrentes de hipoglicemia do SAMU. No entanto, ainda existem muitos entraves nos serviços de saúde que dificultam a referência e a contra referência, pois a rede de saúde não está totalmente articulada.

Quando os usuários são encaminhados a outros de serviços de saúde, a ambulância encaminha para o serviço de saúde mais próximo do local da ocorrência, que muitas vezes não pertence à região distrital a qual o usuário pertence. Dessa forma, reconhece-se que o SAMU está organizado em função da demanda de atendimento e não em relação à escuta das necessidades de saúde dos usuários (SOUZA; BONILHA; VERONESE, 2008).

Os participantes que solicitaram atendimento no SAMU por tentativa de suicídio e por falta de ar e dificuldade de falar e tiveram seus chamados classificados como não pertinentes, discordam da decisão da regulação médica. Na percepção desses participantes, ambas as situações são urgências que necessitam de atendimento do SAMU.

*“Tenho minha mãe com depressão e ela tem 19 tentativas de suicídio e várias vezes a gente chamou e eles não atenderam a gente! Dezenove vezes a minha mãe tentou.” P 07*

*“Ele estava tendo uma crise de asma ou alguma coisa assim, era grave e o médico disse que não era grave, que não era de urgência. Eu acho que deveria ser, se a pessoa está na corrida com a criança, que nem ele estava vomitando e estava ruim e o médico queria falar com ele no telefone, ele não conseguia falar, era um caso de urgência.[...] O médico do SAMU disse que não era emergência e ele nem conseguia falar, o caso foi explicado e ele disse que não era uma emergência.” P 18*

Um estudo realizado por Jardim (2008), verificou que o SAMU possui um histórico de evitar os atendimentos psiquiátricos, o que inclui falta de adesão aos treinamentos e capacitações sobre a temática, porém a demanda psiquiátrica continuará chegando. Além disso, o SAMU se mostrou um serviço com inúmeras possibilidades de acolhimento no momento da crise, visto que a equipe vai até o local onde a pessoa em sofrimento psíquico se encontra, viabilizando a inclusão da família no processo e a rapidez no atendimento, que pode evitar internações e viabilizar encaminhamentos eficazes (JARDIM, 2008).

Pode-se perceber, também, que o participante havia solicitado ao SAMU para atender uma pessoa que havia abusado de álcool, porém quando soube que o caso foi regulado como não pertinente, concordou com os médicos reguladores que a situação não era urgente.

*“Eu entendo, acho errado mandar uma ambulância porque alguém passou mal porque bebeu demais e passou dos limites... [...] Acho certo não mandar, eu acho que as pessoas têm que saber o que fazer... P 05*

Essa fala pode estar relacionada ao preconceito da sociedade frente a transtornos psiquiátricos. É comum pessoas dependentes de substâncias psicoativas serem vistas com diferença pela sociedade, sendo taxadas de delinquentes, vagabundos e desajustados. Entretanto, necessitam atendimento de saúde como qualquer outra situação que comprometa a saúde e a integridade do indivíduo.

Giglio-Jacquemot (2005) identificou que profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao usuário com demandas urgentes de saúde priorizam aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais. Ademais, compartilham preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de usuários alcoólatras, drogados e psiquiátricos.

Pode-se verificar na fala dos usuários, independentemente da tipologia do chamado, divergências no que se refere às percepções de urgência. Como ilustra a fala a seguir, o participante acredita que urgência é quando há:

*“Risco de vida iminente com certeza” P 09*

Apesar de apresentar essa percepção sobre o que é uma situação de urgência, esse participante acionou o SAMU por uma situação social, um morador de rua que dormia na frente do seu estabelecimento comercial. Quando questionado sobre a situação de saúde do morador de rua, o participante alega:

*“A impressão que eu tinha é que aquela pessoa estava morta mesmo, parecia um cadáver, eu nunca vi um cadáver, assim recém, mas parecia um cadáver” P 09*

Na ficha de atendimento do SAMU observou-se que no momento da solicitação de atendimento o morador de rua estava respirando, sentado na porta do estabelecimento. Na descrição sumária do evento está registrado que o solicitante gostaria que o morador de rua, que dormia na frente do estabelecimento fosse removido do local. Esse caso ilustra a utilização do SAMU para resolução de problemas sociais.

Para os profissionais de saúde, situações de urgência são definidas com base no risco de vida, levando em consideração definições biomédicas. Os usuários julgam como urgências problemas que atrapalham a vida. Nas urgências dos usuários as demandas de atendimento se focam no problema de saúde sem que este seja necessariamente o verdadeiro problema.

(GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Sabe-se que os usuários que chegam sem consciência ou desmaiam após a sua chegada em serviços de atendimento pré-hospitalar fixo, são atendidos com bastante rapidez. Estar desmaiado ou estar deitado são dois sinais que suscitam um grau elevado de atenção da equipe de saúde, pelo menos nos momentos de chegada do paciente (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Em uma das falas, o participante, ao ter seu chamado regulado como não pertinente, seguiu a orientação fornecida pelo médico regulador e buscou atendimento em um PA para resolver seu problema de saúde.

*“Fui até o Postão 3 pelo carro da empresa e daí eu cheguei muito mal, com ânsia de vômito e com muita dor no estômago. Eu cheguei no local era meio dia e eles marcaram lá para às dez horas da noite. Eu cheguei meio dia para ser atendido às dez horas da noite! E eu com a dor que eu estava, aí você imagina... Aí eu me atirei no chão, aí eles me levaram para dentro, colocaram um soro na veia e lá eu fiquei.” P 12*

O relato acima aponta a estratégia utilizada pelo participante para obter atendimento as suas necessidades não urgentes de saúde em PA.

A necessidade de atendimento imediato expressa nas falas dos participantes aliada às produções cinematográficas com cenas de urgência estimula o imaginário dos participantes.

*“Urgência é aquilo que a gente vê em filme americano. Urgência para mim é chegar uma ambulância com o acidentado ou a pessoa que está em estado, digamos, ruim e o atendimento está lá, o corpo de enfermagem e médico à disposição.” P 01*

Os participantes que tiveram seus chamados classificados como não pertinentes, assim como os pertinentes, acreditam que urgência é tanto dificuldade de mobilização quando de transporte:

*“Urgência é uma coisa que deixa a pessoa impossibilitada de se mover sozinha, e a pessoa que está mal de procurar socorro” P 13*

*“A emergência é o seguinte: é a pessoa não ter condições de se locomover até o hospital.” P 24*

*“Urgência é quando a pessoa está muito mal, que não tem condições de se levantar, não dá para levar de carro e nem de ônibus.” P 29*

*“Quando a pessoa está totalmente debilitada, que não pode caminhar ou se mover.” P 07*

*“Quando o paciente não tem condições de ir até o local para ser atendido, aí tem que chamar atendimento em casa.” P 19*

*“Para uma escola, uma situação de urgência é quando a gente realmente não tem como encaminhar o aluno para algum serviço de atendimento.” P 16*

Evidenciou-se que as percepções sobre urgências dos usuários são heterogêneas, assim como dos profissionais. Ora convergem, ora divergem de usuário para usuário, de profissional para profissional e de usuário para profissional, conforme a necessidade do usuário e do serviço.

### **5.3 Motivos para acionar o SAMU**

Os motivos mais mencionados para solicitar atendimento do SAMU foram para obtenção de atendimento e transporte, para conseguir apenas transporte, para receber orientações já que não sabiam como proceder na ocasião e pela rapidez do atendimento. Os motivos menos freqüentes citados foram a facilidade de acesso, a comoção social, a certeza do atendimento, a qualidade do atendimento, por reunir tecnologias para atender e por proporcionar encaminhamentos a outros serviços de saúde.

As falas abaixo demonstram que alguns participantes acionam o SAMU pela necessidade apenas de transporte.

*“Eu tive que pegar um táxi aqui na frente da minha casa para ir até o Postão, não podiam deslocar o SAMU porque era muito perto, não dava para deslocar uma SAMU para vir me pegar.” P 05*

*“Não tinha como locomover ele... o nosso maior problema [para uma escola] é quando a gente não tem como levar para algum lugar rápido, então o SAMU.[...] Nós não podemos levar e muitas vezes o SAMU não pode vir porque não é um caso tão sério, mas essa criança precisa ser atendida. E nós nos deparamos diariamente com casos que o pai e a mãe diz que não tem condições de levar o filho, não tem dinheiro para a passagem. É muito complicado” P 16*

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que o SAMU tem por objetivo atender precocemente às vítimas de agravos urgentes (BRASIL, 2006a). Logo, o SAMU não tem como principal função realizar apenas o transporte dos solicitantes, mas sim realizar atendimento no local dos eventos e, se for necessário, transportar para outro serviço de saúde.

Além disso, explicitou-se nas falas dos participantes como motivo para solicitar

atendimento, a percepção de que o SAMU deve atender casos sociais, acham que o serviço é uma forma de auxílio às pessoas desprovidas financeiramente.

*“A SAMU atende porque a SAMU está aí para atender o pobre. A gente que é pobre que não tem condições.” P 11*

*“Eu optei por chamar o SAMU pelo preço.” P 30*

*“Eu achei que era da competência do SAMU [remover morador de rua]. E daí junto um mais um pessoal que também tentaram ligar, né?” P 04*

Segundo Giglio-Jacquemot (2005) a central de regulação atende casos que não tem relação com a função declarada do serviço, seus veículos servem para o transporte de muitos usuários que enfrentam dificuldades financeiras.

Pode-se observar que a procura por atendimento desses participantes foi efetuada sem estar clinicamente em situação de gravidade, mas em situações de vulnerabilidade social por não possuírem recursos financeiros mínimos para sanar suas necessidades urgentes, sejam essas de saúde ou sociais, acionam o SAMU em busca de soluções para seus problemas.

Alguns relatos dos participantes revelaram como motivos para solicitar o serviço a obtenção de meio de transporte associado ao atendimento a agravos de saúde urgentes no local do evento.

*“Estava sangrando muito, então por isso, por não ter locomoção tipo um carro, não daria para pegar um ônibus e levar até um 24 horas, por isso eu chamei o SAMU.” P 02*

*“Quando dá isso nela [hipoglicemia] é porque ela já está bem fora de si, nem tem como pegar ela e levar.” P 06*

A facilidade de acesso ao SAMU por meio do telefone 192 favorece que o serviço seja acionado em situações difíceis.

*“Estava passando em uma rua pouco movimentada da região, não fazia a menor idéia de quem era a pessoa e pela facilidade de ligar para o SAMU.” P 23*

*“Porque é o único número de telefone que eu tenho cadastrado no meu celular.” P 04*

*“Aconteceu uma coisa com uma pessoa que eu nem conheço, só vi ela naquele dia, e os amigos dela que falaram para ligar para a ambulância, então eu liguei.” P 05*

Identificou-se nas entrevistas, como motivo para solicitar atendimento do SAMU a dificuldade do usuário de agir na ocasião e a importância das orientações fornecidas na regulação médica. Nestes casos, o contato com um profissional de saúde proporciona alívio

do seu problema imediato, pois são avaliados e orientados quanto à resolução dos problemas apresentados.

*“Eu procurei uma situação que me dissesse o que fazer, porque a parte de primeiros socorros a gente não tem muita base.” P 03*

*“Em função do risco, né? O atendimento podia ser dado, mexer na pessoa seria meio... Sem saber exatamente como proceder na situação.” P 14*

*“A gente utiliza o SAMU como um meio de esclarecimento do que fazer [...] Eu preciso ter a informação, muitas vezes eu recorro ao SAMU e eles sempre me atenderam muito bem me dando as informações do que eu devo fazer. As informações que eles me dão por telefone são muito mais importantes até do que no caso eles virem até a escola. [...] uma das coisas que eu peguei para mim como regra é ligar para pedir orientação para o médico. Eu acho que isso é uma coisa boa, se as outras pessoas tivessem pelo menos essa coisa de pelo menos procurar a orientação antes de tomar uma atitude. Eu acho que falta uma divulgação, de repente da SAMU dizer: Olha, nós também podemos orientar o que fazer em caso mais simples.” P 16*

*“Primeiro que te dê uma orientação por telefone de imediato. [...] E eu tenho plano de saúde só que até procurar... Até tu ver alguma coisa, eu fiquei muito nervosa, então o primeiro número é o SAMU.” P 17*

*“Eles me disseram que não era necessário, não era tão grave o quanto eu estava achando que era, aí o médico foi bem atencioso comigo, me explicou no telefone, me disse para eu ligar para o CIT que eles me explicariam o que fazer.” P 20*

*“A pessoa que me atendeu no telefone foi me dando dicas, dizendo “Ah, tu estancas o sangue, faz uma atadura e segure, levante um pouco o braço para não continuar a sangrar.” P 02*

Os participantes acham que o SAMU representa a única opção de atendimento em algumas situações e proporciona encaminhamentos para outros serviços de saúde. Além disso, reúne tecnologias para atendimento no local do evento de forma rápida.

*“Quando tu procuras o SAMU, subentende-se que tu não tem mais nenhuma opção de urgência e que tu sabes que mesmo demorando um pouco tu vai ser atendido.” P 01*

*“Porque a SAMU, quando eles chegam já examinam a pessoa é melhor assim do que ficar levando até o local para esperar atendimento, eles já dão o atendimento ali na hora e para levar eles levam.” P 25*

*“Porque a SAMU ela já tem os aparelhos tudo, né? Vai de carro ligeirinho, veio toda a aparelhagem junto ali e também trataram bem a gente.” P 11*

Identificou-se nos relatos, que os usuários ao utilizar o serviço, aprendem os sinais e sintomas das situações que recebem atendimento no local do evento, com isso relatam na

regulação médica os sinais e sintomas que propiciam o atendimento, já que não possuem clareza na definição de urgências para os profissionais de saúde.

*“Eu chamei um dia para a minha esposa que é diabética e baixou demais, né? E aí eu chamei a SAMU, a gente salvou ela porque antes de mover a SAMU tem um médico que atende a gente lá por telefone e eu coloquei lá o paciente como angina, e aí quando a SAMU chegou aqui ela estava com a glicose lá em baixo.” P 24*

Ao perceber uma necessidade de saúde como urgente, os usuários do SAMU criam formas para receber atendimento alegando sintomas que garantem a certeza da prestação do serviço em seu domicílio.

O caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho. O desafio é fazer funcionar o SUS com todo seu potencial de qualidade (BITTENCOURT, HORTALE; 2007)

#### **5.4 Opiniões sobre o atendimento recebido**

Evidenciou-se nos relatos colhidos dos participantes que tiveram seus chamados classificados como não pertinentes, que o SAMU deveria atender a todos os casos.

Uma pesquisa de satisfação realizada no SAMU de Teresina- Piauí, entrevistou 131 indivíduos e identificou que 14% dos usuários do serviço julgaram a regulação médica como regular, ruim ou péssima, pois acreditam que todas as solicitações de atendimento são urgentes e a ambulância deveria ser destinada sempre quando solicitada, sem demais questionamentos (BEZERRA, 2007).

Para Cochlar (2007), os usuários desconhecem o fato de que o SAMU pode ou não prestar o atendimento solicitado, o que parece refletir o grau de desconhecimento da população em relação ao médico regulador e de sua finalidade dentro do SAMU.

Os resultados apontaram críticas dos usuários ao serviço, pois não tiveram seu chamado atendido.

*“E ela tem as crises dela, eu acho que todas as vezes que a gente necessitasse a SAMU tinha que estar sempre disposto, a gente cansou de ligar e nem atenderam a gente.” P 07*

*“Foi negado o meu atendimento, eu não gostei porque foi negado. Eu expliquei a minha situação, que eu estava no serviço, se eles podiam fazer*

*um atendimento na hora, eu estava com quarenta de febre e estava muito mal.” P 26*

Essas falas demonstram a insatisfação do usuário, mediante o não atendimento das suas necessidades.

Vieira e Mussi (2008), que estudaram a implantação e estruturação do SAMU em Salvador – BA, ressaltam a importância da educação e treinamento da comunidade para que esteja preparada para usufruir dos benefícios do SAMU, visto que apenas a oferta do serviço não é suficiente. A população precisa estar educada quanto a sua responsabilidade para utilização desse serviço, precisa estar capacitada para reconhecer rapidamente as situações que requerem ativação e obtenção rápida do SAMU. Para que isso seja possível, programas de capacitação para leigos devem envolver indivíduos que atuam em escolas, empresas, instituições públicas, igrejas, serviços de saúde, entre outros. As autoras sugerem que cartilhas educativas sejam espalhadas nos centros acima descritos, bem como sejam realizadas campanhas públicas de alerta e conscientização da comunidade sobre a finalidade do SAMU, essas ações podem contribuir com informações importantes acerca de ações e decisões a serem tomadas no âmbito pessoal quanto à utilização deste serviço. Caso a população não esteja preparada para o uso adequado do SAMU, as chamadas poderão ser feitas de forma errônea, ocasionando demanda excessiva ao sistema de atendimento e impedindo que a população se beneficie da sua melhor resposta.

Outro entrevistado compreende que o SAMU possui poucos veículos:

*“Aí eles me disseram para eu descer uma quadra, uma quadra e pouco até o Postão. Se na hora que a gente precisa. Teria que vir! Se bem que hoje a nossa saúde está precária. Parece que em Porto Alegre são de 10 a 12 SAMU, é muito pouco, praticamente nada.” P 12 – não pertinente*

Independente do número de veículos, este participante tem a percepção de que o SAMU deveria atender a todas as solicitações de atendimento.

Em um dos relatos apareceu também a percepção do usuário sobre o trabalho dos profissionais do SAMU, ou seja, de que o médico deveria estar presente em todos os atendimentos para resolver o problema de saúde.

*“Infelizmente no SAMU, no atendimento não vem o médico, vem um paramédico, eu acho que deveria vir um médico. O paramédico estava falando com o médico e não sabia o que fazer. Ele estava esperando informações e eu acho que nesse intervalo de tempo é que a vinda do médico pode acarretar problemas ao paciente.” P 01*

Identifica-se que o usuário não tem esclarecimento sobre qual profissional se desloca

para realizar o atendimento, além disso, o fato dos técnicos de enfermagem se comunicarem com a central de regulação por meio do rádio, para receberem orientações de como proceder na situação gera insegurança nos usuários do SAMU.

A prática da enfermagem no ambiente pré-hospitalar envolve não apenas habilidade de treinamento e competência no cuidado, nas diversas circunstâncias e situações, mas também o preparo para enfrentar desafios (VARGAS, 2006). Para Baggio, Callegaro e Erdmann (2008), a equipe de enfermagem ao atuar em situações de urgência deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade, bem como, capacidade para estabelecer prioridades, levando em consideração que o cuidado é o elo de interação entre profissional e o usuário. O cuidado que foca apenas órgãos, patologias, sinais e sintomas clínicos, a relação e interação entre os seres fica prejudicada. O cuidado deve ir além da visão biológica e biomédica, de modo a integrar as multiplicidades dos usuários. As ações do profissional de enfermagem que atuam em serviços de urgência precisam ser eficientes e eficazes, contudo, precisam valorizar também a subjetividade do ser humano.

Além disso, encontrou-se nas entrevistas, a caracterização dos funcionários do SAMU como funcionários públicos que possuem um bom salário, estabilidade no emprego e trabalham pouco. Acreditam que os profissionais do SAMU atendem apenas os casos que lhes convirem. Ademais, outro participante se sentiu desamparado quando necessitou do serviço e não obteve atendimento.

*“É o nosso dinheiro, quando nós compramos um litro de gasolina nós estamos pagando para essa gente ficar sentado na sombra no ar condicionado. Teria que ser assim, porque mesmo que não seja [urgência], porque uma pessoa que chama o SAMU não vai chamar por pouca coisa. É que o amor pelo ser humano cada vez mais gela. Eu estou com a barriga cheia e estou bem vestido, o outro que vá se virar! [Os funcionários do SAMU pensam] —Ah, eu estou empregado, ninguém me manda embora, então eu vou se eu quero.” P 22*

*“Foi a primeira vez [que chamou o SAMU] e foi uma decepção mesmo, porque a gente achou que seria um atendimento de emergência, a gente ficou apavorada sem saber o que fazer e no fim eles não resolveram nada o caso. Nem orientação ele deu.” P 18*

Segundo Giglio-Jacquemot (2005) os usuários de serviço de urgência participam na construção de apreciações desfavoráveis sobre o atendimento, suas reclamações dizem respeito geralmente à qualidade humana e técnica do atendimento e à demora a qual ficam submetidos até consegui-lo. Sentindo-se ignorados e até anulados pela falta de consideração dada ao sofrimento físico e moral, negados na apreciação íntima que tinham da gravidade do

seu problema, muitos são os que se sentem indignados e acabam colocando em questão a boa vontade, a competência e até a humanidade dos profissionais que não os atenderam.

Outros entrevistados gostaram do atendimento, mas citam aspectos negativos como a falta de leitos hospitalares e a demora do atendimento por telefone devido à regulação médica. Evidenciou-se nos relatos que os participantes não entendem como se dá a regulação médica, nem a sua função de coordenar o atendimento à população local.

*“Eles nos atenderam por telefone, eles orientaram por telefone e adiantou! Eu tomei a conduta em casa que me mandaram e ficou tudo bem.” P 19*

*“Muito bom o serviço do SAMU. Na verdade o que faltam são as vagas hospitalares e isso aí, no momento que não tem o atendimento adequado, a qualidade do serviço tende a piorar.” P 21*

*“Eu acho o trabalho deles super bom, apesar dessa parte que às vezes demora um pouquinho, essa parte mais demorada, digamos do atendimento por telefone [...] Se for preciso é passado para os médicos para verificação, essa parte de esperar o médico.” P 23*

No que se refere à falta de leitos hospitalares, os serviços de urgência não têm gestão sobre as vagas para internação, as vagas são gerenciadas pelas centrais de leitos, a média de permanência no serviço de emergência é alta, em média 17 dias. Algumas emergências do Estado do Rio de Janeiro atendem com ocupação de até 300%, parte dessa realidade se dá em função dos usuários permanecerem nos serviços de urgência até conseguirem leitos hospitalares (O'DWYER, MATTA, PEPE; 2008).

Os entrevistados têm a percepção de que o SAMU favorece contatos com outros serviços de saúde, é um serviço confiável e de qualidade, preferem acionar o SAMU do que o atendimento móvel de urgência de convênios de saúde.

*“Eu tenho a E. [convênio], mas tu não podes chamar a E. porque deixa muito a desejar. A SAMU tem uma estrutura bem qualificada porque tem contatos, quer dizer, ela tem o contato com o posto de saúde, ela tem o contato, pode levar para o Postão, lá no Postão tem uma retagurada, existe um suporte médico que pode num momento emergencial dar um primeiro atendimento no caso psiquiátrico, a integração as SAMU é razoável, é boa. A SAMU é um serviço que a população ainda pode utilizar, realmente, eu acho que para alguns casos parece ser o único serviço. Não é o meu caso, eu tenho plano de saúde, eu tenho hospitais associado, mas realmente num momento de emergência é a SAMU que a gente lembra.” P 01*

*“Acho que o serviço da SAMU é bom. A SAMU pelo serviço ser bom, as pessoas confiam nele como não tanto em outros serviços, a SAMU é um serviço confiável.” P 25*

Segundo Marques e Lima (2007), os serviços de urgência apresentam aspectos

negativos, mas reúnem somatório de recursos. O SAMU, ao prestar o atendimento proporciona, quando necessário, administração de medicamentos, procedimentos médicos e de enfermagem e possibilita o acesso em hospitais e PAs de forma mais rápida, pois não necessitam de avaliação na classificação de risco, diminuindo o tempo de espera.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários do SAMU que participaram desta pesquisa são, na sua maioria, jovens de 21 a 30 anos, com ensino fundamental e superior incompleto, que exercem atividade remunerada fora do domicílio.

Não houve diferenças nas percepções de urgência dos participantes que tiveram seus chamados classificados como pertinentes ou não. Os conceitos de urgência são diversos, e por isso não são de fácil definição. Os participantes deste estudo se baseiam nos sinais e sintomas para justificar a urgência da situação, mesmo que esses não sejam urgentes para profissionais de saúde.

Os usuários buscam sanar suas demandas de diversas formas devido à dificuldade de acesso a serviços de saúde. Alguns usuários buscam satisfazer as suas necessidades nas Unidades Básicas de Saúde, sendo encaminhados em algumas situações para os serviços de urgência, outros usuários procuram de forma direta os serviços de urgência, como PAs e o SAMU.

Evidenciou-se neste estudo, a ineficiência do sistema de saúde brasileiro diante das dificuldades enfrentadas pelos usuários ao buscar solução para suas necessidades. A não contemplação de suas queixas nos serviços de saúde faz com que os usuários utilizem estratégias, como relatar na regulação médica sinais e sintomas que garantam a vinda da ambulância, mesmo que a necessidade esteja velada.

Entre os motivos para acionar o SAMU, destacou-se a solicitação de transporte associado a condições de saúde, percebidas como urgentes pelos participantes. Essa procura ocorre porque o SAMU representa um meio rápido e eficaz para ter acesso a diferentes tecnologias, seja para orientação, prestação de assistência ou remoção para serviços de saúde.

As entrevistas mostraram que as opiniões dos usuários sobre a urgência encontram-se vinculadas a problemas de saúde que necessitam atendimento imediato, ao acesso ao serviço de saúde e ao reconhecimento das necessidades sociais dos usuários como pertinentes ao SAMU. Estes aspectos indicam que os usuários utilizam critérios próprios, de acordo com seus interesses e conveniências, para determinar o que é urgência e solicitar e avaliar o atendimento.

A opinião do usuário sobre urgência, a partir dos atendimentos realizados pelo SAMU, permite tanto para este serviço quanto para as equipes de profissionais que atendem os chamados, em especial a enfermagem, compreender as necessidades dos usuários e agir sobre

elas, por meio de orientações adequadas e atendimentos qualificados.

A diretriz da integralidade remete a serviços trabalhando de forma integrada, com um sistema de referência e contra-referência que deveriam assegurar a continuidade do cuidado por meio da construção de redes. Faz-se necessário a integração desses usuários que buscam atendimento de urgência com situações que poderiam ser solucionadas na atenção primária à saúde.

O SAMU desponta com um enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e como poderosa ferramenta de inclusão e organização, bem como de garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza.

Contudo, para a implementação da política de atenção às urgências, no que tange ao pré-hospitalar móvel, o SAMU, é preciso que as percepções dos usuários sejam levadas em consideração para que o serviço seja organizado de forma a adequar as necessidades dos usuários dentro do seu papel no sistema de saúde e articulado com os demais serviços.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K.P.; KOHLRAUSCH, E.R.; LIMA, M.A.D.S. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde – estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.3, 2008.

ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.3, p.617-629, 2007.

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, Oct. 2008 .

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BARRIER, G. Les appels d´urgence au SAMU. **Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III, Sciences de la vie**, v. 324, n.7, p.663-666, 2001.

BEZERRA, D.B. **Satisfação dos usuários atendidos no domicílio pelo SAMU em Teresina – PI**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em enfermagem), Faculdade Integral Diferencial, Teresina, 2007. 59 f.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2004. 48p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> Acesso em: 20 nov 08.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006a. 256 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF). 2006b. 126 p.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

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**. v.11, n.4, p.530-40, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643 de 07 de agosto de 2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. DF, 07 ago. 2002.

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

COCHLAR, C. A.. **Investigação do grau de conhecimento sobre a atuação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) entre os usuários da triagem do hospital de pronto socorro de Canoas**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em medicina), Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2007. 23f.

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

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 116 f.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. 96 f.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. Oeiras: Celta Editora, 2005. 336 p.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 139 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

JARDIM, K.F.S.B. **O Serviço de Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracajú/SE**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. 165f.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

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.71-75, 2003.

MARQUES, G.Q.; 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**. São Paulo, v.15, n.1, p.13-19, 2007.

MARTINEZ, A.M.; NITSCHKE, C. **Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência – SAMU**. 1999. 333 p.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MATTOS, A. **Museu histórico do Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Corpo de Bombeiros, 2006. Apresenta fatos que deram origem à criação do Corpo de Bombeiros. Disponível em:  
<http://www.museu.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?name=Content&file=print&pid=116>.  
Acesso em: 25 de out de 2008.

MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.3000-3010, 2007.

O'DWYER, G.; MATTA, I.E.A.; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1637-48, 2008.

OLIVEIRA, L.C.; CICONET, R.M. Atendimento pré-hospitalar. In: ESTRAN, N.V.B. (Coord.). **Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p.25-36, 2003. 351 p.

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, 2006a. p. 279-283.

PORTO ALEGRE. **Banco de dados da Central Reguladora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre**. SAMU/POA, 2007.

ROCHA, A.F.S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. 99 f.

SANTOS, J.S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L.L.; FERRAZ, C.A.; DALLORA, M.E.L.V., *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referencia, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.36:p.498-515, 2003.

SOUZA, A.C.; BONILHA, A.L.L.; VERONESE, A.M. Buscando a Integralidade no Atendimento ao Indivíduo Diabético: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 7, n.1, p. 021-026, 2008.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

VARGAS, D. Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.1, p. 46-51, 2006.

VIEIRA, C.M.S.; MUSSI, F.C. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008.

## **APÊNDICE A – Entrevista com usuários que solicitaram atendimento do SAMU.**

**Data:**

**Caracterização do usuário:**

Idade:

Sexo:

Profissão/Ocupação:

Escolaridade:

**Roteiro de entrevista:**

1. O que o senhor (a) considera como uma situação de urgência?
2. Por qual motivo o senhor (a) optou por acionar o SAMU?
3. O senhor (a) já havia acionado o SAMU por outro motivo?
4. Gostaria de comentar algo mais sobre o assunto?

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A pesquisa intitula-se “Situações de urgência: visão dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre”. As pesquisadoras responsáveis são a Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (Telefone: 51 96782818) e a acadêmica de enfermagem Kelly Piacheski de Abreu (Telefone: 51 84204733).

A presente pesquisa tem por objetivo identificar o que os usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre consideram como urgência e os motivos pelos quais eles acionam o serviço. Para a realização do estudo serão realizadas entrevistas telefônicas com usuários que solicitaram atendimento no SAMU de Porto Alegre. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas.

Eu, como pesquisadora, sou responsável pela proteção das informações e pela manutenção de todos os dados referentes ao projeto, protegerei todas as informações contra o acesso indevido. O material gravado será estocado em ambiente seguro por cinco anos, sendo incinerado após essa data.

Os participantes da pesquisa têm a garantia de receber respostas a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados à pesquisa e terão acesso aos resultados da pesquisa. Os participantes têm a liberdade de recusar-se a responder qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo. Os participantes não serão identificados e será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade.

Data:     /     /

## ANEXO A – Ficha de regulação do chamado

Chamado 775864 Page 1 of 1



SAMU 192 - Porto Alegre  
Detalhamento do Atendimento



**Número do Chamado** 775864 **Recebimento:** 8/11/2008 12:09 **Fechamento:** 8/11/2008 13:17

**Chamado**

**TARM** **Classificação** **Abertura:** 8/11/2008 12:09  
Regulação

**Telefone Originador:** **Solicitante:** **Telefone:**

**Logradouro:** Avenida Assis Brasil **Complemento:** 2195 **Bairro:** Passo da Areia **Referência:**

**Motivo da Chamada tal como relatado pelo solicitante** **Sotorro**

**Paciente:** **Sexo:** M **Idade:** 79.0 **Identidade:** Confirmada

**Queixa:** passa mal **Fato Causador:** Não definido **Em Tratamento:** Não Informado

**Regulação por Telefone**

**Detalhamento médico da queixa apresentada** **sincope**

**Tipo de Socorro:** Caso Clínico **Afecção Principal:** Síncope/Desmaio

**Estado de Consciência:** Normal **Vias aéreas e Oxigenação:** Não Informado **Pulso:** Não Informado **Quadro Traumático:** Não Informado

**Gravidade Presumida:** Pequena

**Observações Médicas Gerais**

**Equipe Determinada:** SB 10 BÁSICA **Incidentes:**

**Regulado em** 8/11/2008 12:14 **tida como** Necessária e Possível por

**Regulação Local** **Número** 1

**Paciente:** **Sexo:** M **Idade:** 79.0 **Identidade:** Confirmada

**Descrição sumária do evento:** Antecedentes Móbidos, Patologias, Medicações em uso e Alergias. 3 AVCI, ultimo há 20 dias, seuqela diminuição visão. Esteve HCPA. Sincope, ansioso, eupneico. Sem deficits focais.

Sinais Vitais e Scores										
Hora da Leitura	PA S mmHg	PA D mmHg	F.C. bpm	F.R. mrpm	Sat. O <sup>2</sup>	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
8/11/2008 12:47	110	60	69	24	98		130			

**Conduta** avaliação transporte **Destino** Clinicas de Porto Alegre

**Gravidade comprovada pela equipe local:** Média

**Tipo Socorro:** Caso Clínico **Afecção Principal:** Neuro/AVC **Incidentes:** **DEA Utilizado:** Não

Missão					
Data e Hora	Equipe	Evento	Descrição	Tempo da Abertura	Responsável
8/11/2008 12:14	SB 10	Deslocar	Passo da Areia, Avenida Assis Brasil, 2195	0:04	
8/11/2008 12:15	SB 10	Comunicado	Passo da Areia, Avenida Assis Brasil, 2195	0:05	
8/11/2008 12:30	SB 10	No Local	Passo da Areia, Avenida Assis Brasil, 2195	0:21	
8/11/2008 12:57	SB 10	Removendo	HCPA	0:47	
8/11/2008 13:14	SB 10	No Destino	HCPA	1:04	
8/11/2008 13:17	SB 10	Retornando		1:07	

**Observações**

Data e Hora	Responsável	Função	Texto da Observação

file://C:\Documents and Settings\rosane\Meus documentos\128855892202718750.htm 30/4/2009

**ANEXO B – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CARTA DE APROVAÇÃO**

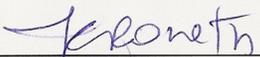
Projeto: Nº 13  
Versão 11/2008

Pesquisadores: Kelly Piacheski de Abreu

Título: SITUAÇÕES DE URGÊNCIA: Visão dos usuários do serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 29 de Janeiro de 2009.

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ/ENF