

Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro

Integral Care and Attention to Emergency: the mobile
emergency care service in the State of Rio de Janeiro

Gisele O'Dwyer

Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Endereço: Leopoldo Bulhões, 1480, Maguinhos, 7 andar, DAPS, CEP 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: godwyer@globocom

Ruben Araújo Mattos

Professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Av São Francisco de Xavier, 524, IMS, 7 andar, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: ruben@ims.uerj.br

Resumo

O inadequado atendimento às urgências é motivo de insatisfação da população e de aumento de morbidade e mortalidade. Para responder ao problema, o Estado implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o primeiro componente da Política Nacional de Urgências que propõe o atendimento integral às urgências. Com o objetivo de analisar a prática de integralidade no SAMU, analisamos a regulação nos SAMU do Estado do Rio de Janeiro. A metodologia baseou-se na análise da conduta estratégica (Giddens, 1984) relacionando as estratégias de ação dos agentes com as dimensões estruturais. A categorização da análise do resultado destacou: *o SAMU bem sucedido*, com práticas de integralidade no seu componente individual e de acesso aos serviços; *sua função de observatório de rede*, que indicou restrição no acesso à atenção básica e ao hospital; *a insuficiência de recursos* e o uso inadequado de ambulâncias; *e demandas não reconhecidas*, em que casos foram recusados. O campo confirmou a potência do SAMU como observatório de saúde. Entretanto, a mobilização de recursos autoritativos e alocativos mostrou-se insuficiente para um sistema integrado de atenção às urgências.

Palavras-chave: Emergência; Atenção pré-hospitalar; Políticas públicas.

Abstract

Emergency inadequate care is a matter of dissatisfaction for the population and increases morbidity and mortality. The SAMU (Mobile Emergency Care Service) was the first component of the National Emergency Policy to be deployed; this public policy proposes integral care of emergencies. In order to examine the practices of integral care at SAMU we analyzed its regulation in the state of Rio de Janeiro. The methodology was based on the strategic conduct analysis (Giddens, 1984), relating the agents and their strategies with the structural dimensions. The categorization of the analysis highlighted: the *successful* SAMU, with integral care practices in their individual component and access to services; its *function as observatory of the network of health services*, indicating restriction on access to the Family Health Program and the hospital; *insufficiency of resources* and inappropriate use of ambulances; and unrecognized *demands*, in which there was refusal of cases. The field work confirmed the power of SAMU as a health care observer. However, the authoritative resource mobilization and resource allocation were insufficient for an integrated system of emergencies care.

Keywords: Emergencies; Pre-Hospital Care; Public Policy.

Introdução

A Política Nacional de Atendimento às Urgências (Brasil, 2003a), prioritária nos anos 2000 (Machado e col., 2011a, b; Paim e col., 2011), foi proposta para enfrentar uma expressiva insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares públicas (O'Dwyer, 2010). Propõe o cuidado integral às urgências através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é considerada a expectativa do usuário, além do conceito técnico de urgência dos profissionais.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (Brasil, 2003b) foi o primeiro componente da política a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário, através do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento às urgências. Tem um componente regulador (a Central de Regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias).

A Regulação Médica do atendimento pré-hospitalar representa uma porta de comunicação aberta ao público, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados, de acordo com a gravidade. Sob essa ótica, o Sistema Único de Saúde - SUS ganha um observatório permanente de saúde (Santos e col., 2003).

Na regulação há potência para práticas integrais a partir dos diferentes sentidos de integralidade: um primeiro sentido de integralidade está contido no encontro profissional-paciente; outro se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde; e o terceiro trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde (Mattos, 2001).

Houve grande expansão dos SAMU a partir de 2004. Em maio de 2010, segundo o *site* do Ministério da Saúde, existiam 151 SAMU em 1.286 municípios, com cobertura de 55% da população brasileira (Paim, 2011).

Os SAMU no Estado do Rio de Janeiro foram habilitados precocemente em relação à rede nacional, entre 2004 e 2005 em áreas exclusivamente metropolitanas. A implantação no Estado foi regional, enquanto no restante do Brasil era preferencialmente municipal (Machado e col., 2011b). O Estado também se destaca em outros aspectos no atendimento pré-hospitalar: por ter abrigado o primeiro

SAMU regional do Brasil; por abrigar dois, dos três maiores SAMU do Brasil; por ser o Estado pioneiro no atendimento pré-hospitalar no Brasil através da Corporação dos Bombeiros; por ter uma coordenação estadual de urgência sob a gestão da Corporação dos Bombeiros; e por ter implementada a maior rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do País.

O presente estudo teve como objetivo analisar a prática da integralidade nos serviços de atendimento móvel às urgências no Estado do Rio de Janeiro. Por ser uma política recente, ainda são poucos os estudos publicados sobre o atendimento pré-hospitalar no Brasil. Os estudos regionais são necessários já que o padrão de assistência regional pré-hospitalar sofre muitas influências e é, portanto, diverso no País (Minayo e Deslandes, 2008).

Outras especificidades do Rio de Janeiro que justificaram seu estudo são: a complexa rede hospitalar pública divide a gestão entre o Município, Estado, União, além de entidades filantrópicas e universidades, o que vem dificultando a integração da rede, assim como com o SAMU; a desproporção de unidades hospitalares em relação à atenção básica produziu baixa resolutividade do atendimento à urgência. Esse cenário, de baixa cobertura da atenção básica (25%) tem se modificado e ampliado desde 2009, com o crescente incremento da Estratégia Saúde da Família.

A maior expectativa de cumprimento da integralidade no SAMU está na integração entre serviços, um dos seus sentidos mais tradicionais. O sentido mais sistêmico, de resposta governamental a uma necessidade, foi cumprido a partir da implantação do componente pré-hospitalar. E o potente sentido da integralidade, de encontro bem-sucedido entre paciente e profissional, foi sugerido pelos documentos norteadores que propuseram conceitos ampliados de urgência e atendimento centrado no usuário.

Para a análise da integralidade no atendimento às urgências, foi investigado o trabalho do regulador médico da Central de Regulação do SAMU porque é nesse espaço de regulação que a urgência é acolhida e são definidos os recursos assistenciais para o atendimento.

Utilizou-se como metodologia a Teoria da Estruturação (Giddens, 1984). Para o autor, as práticas sociais são ações executadas apropriadamente pelos

agentes sociais utilizando-se regras e recursos que compõem a estrutura. Os recursos são as características facilitadoras e coercivas dos contextos de ação a que o agente tem acesso e que manipula para influenciar a interação com o outro. Esses recursos podem ser autoritativos e alocativos. Portanto, as “circunstâncias da ação” são analisadas pela observação em ato da ação influenciada por fenômenos materiais e sociais (Giddens, 1984).

Observou-se, durante 36 horas, o trabalho em ato dos atores nesse novo espaço de assistência às urgências.

No que diz respeito aos recursos estruturais definidos por portaria, no Rio de Janeiro, no momento da pesquisa, os SAMU eram suficientes em ambulâncias, mas dois deles não cumpriam a exigência numérica de reguladores, segundo critério populacional (Brasil, 2003a).

Embora concebido para dar conta das urgências mais graves, o volume de atendimento dos SAMU em alguns estudos (Tannebaum e Arnaold, 2001; Almeida, 2007; Meira, 2007) indicaram que a maioria dos atendimentos foi clínico e domiciliar. Para este trabalho foram disponibilizados indicadores de causalidade em que o percentual de atendimentos clínicos e domiciliares variou de 59% a 73%, indicando maioria absoluta das demandas. A dispneia foi a queixa mais frequente no período. Esses indicadores de produção de cada SAMU não estavam disponíveis para os níveis de gestão estadual e federal.

As diversas situações observadas no SAMU produziram as seguintes categorias: na primeira, **SAMU aparentemente bem sucedido**, refletiram os casos em que a atuação do SAMU correspondeu ao sugerido na política, incluindo atender à expectativa do solicitante e cumprir o princípio da integralidade; outra categoria, **O SAMU e sua função de observatório da rede**, fez diagnóstico das deficiências do sistema. Uma terceira categoria, **SAMU e a insuficiência de recursos**, destacou a prática de regulação em cenários de falta de ambulâncias tipo Unidade de Suporte Avançado e, em última análise, de falta de médicos; a categoria seguinte, **Demandas não reconhecidas e/ou não atendidas**, revelou os conflitos de significado de urgência e de envio de ambulâncias Unidade de Suporte Básico (sem médico) no lugar de Unidade de Suporte Avançado (com médico).

As questões apreendidas nesses espaços surgiram principalmente do registro em tela ou do comentado pelo regulador. A atribuição da categoria, por ser qualitativa, foi sempre um signo dos atendimentos observados, não característicos de um único SAMU, nem mesmo de um plantão.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ e aprovado sob o nº CAAE 0006.0.259.000-08.

Análise dos Resultados

SAMU aparentemente bem-sucedido

Faz-se uma ressalva em relação ao “bom atendimento” introduzindo a palavra “aparentemente” já que o atendimento foi analisado apenas pela regulação e não pelo seu componente assistencial.

A situação mais legítima para o SAMU é o envio de Unidades de Suporte Avançada para pacientes graves. Foram presenciadas demandas típicas para Unidade de Suporte Avançado que, apesar dos desfechos diferenciados, foram bem-sucedidas ao atenderem prontamente e com o recurso adequado. Outro tipo de atendimento previsto e presenciado como bem-sucedido foi o envio de Unidades de Suporte Básico para pacientes menos graves, ou que

necessitassem de uma transferência entre hospitais. Esse tipo de atendimento é corrente na prática de regulação. E por último existem os atendimentos que geram orientações, que para serem bem-sucedidas devem ser compreendidas pelos pacientes, já que é frustrada sua demanda por ambulância, mas que podem ser legítimas se bem realizadas.

Nessa categoria de análise, observou-se integralidade quando os reguladores utilizaram os recursos disponíveis como facilitadores na interação com o outro (Giddens, 1984).

Em função da insuficiência da atenção básica no Estado, coube ao SAMU demandas típicas de atendimento ambulatorial. Destaca-se que além da baixa cobertura da estratégia da saúde da família no Estado, foram identificadas situações em que houve ruptura na continuidade da atenção nesse espaço, cabendo ao SAMU intermediação entre o demandante e os serviços de atenção básica. Evidenciou-se falta de espaços de comunicação entre o paciente e seu médico para além do ambiente de atendimento ambulatorial, quando o SAMU, ao ser acionado respondeu de forma compensatória, cumprindo a integralidade.

A figura 1 descreve exemplos de casos atendidos de forma bem-sucedida.

Figura 1 - Casos do SAMU com regulação bem sucedida. Rio de Janeiro, 2008

Demanda do usuário	Resposta do regulador	Contextualização da ação e mobilização de recursos
Paciente de 81 anos com febre alta. É acompanhado no Programa Saúde da Família (PSF). Esteve lá hoje e informaram que não podiam atendê-lo porque seu médico estava de férias.	Regulador diz que o atendimento é de responsabilidade do PSF porque o SAMU só atende urgência, e que vai ligar para o PSF para garantir o atendimento do paciente. O regulador ligou para o PSF garantindo o atendimento e retorna para o paciente, orientando-o a ir ao PSF	A regulação acionou o PSF para acolher seu paciente, responsabilizando-se por ele e produzindo diálogo com a atenção básica.
Paciente alcoolizada, vomitando, com dor de cabeça.	Enviada Unidade de Suporte Básico. Técnico encontra paciente sujo e opta por lhe dar um banho, produzindo melhora, inclusive da dor de cabeça.	Esse caso indica como uma postura individual do profissional, que mobiliza recursos materiais e sociais de forma diferenciada, pode produzir transformações.
Paciente de 80 anos portador de bronquite e síndrome coronariana aguda está caído.	Enviada Unidade de Suporte Avançado. Feita nebulização com melhora.	O regulador disponibilizou a ambulância com recurso necessário e houve solução no local de atendimento.
Paciente de 50 anos caiu da escada e está com sangramento na cabeça e ouvido. Suspeita de fratura de base de crânio.	Solicitado bombeiro. Existe acordo para que os bombeiros assumam casos de trauma em via pública.	Cumprido atendimento de urgência além do acordo com bombeiros integrando recursos e processo de trabalho
Paciente de 46 anos hipertenso com dor precordial intensa.	Médica da Unidade de Suporte Avançada fez capoten e isordil e pediu transferência para internação.	Urgência atendida e acesso ao leito hospitalar garantido.

A regulação assistencial é potente para qualificar a atenção e tem sido discutida em relação à fragmentação do cuidado e à dificuldade de acesso a serviços. Os saberes técnicos necessitam de tecnologias leves para a produção do cuidado (Baduy, 2011).

Esses primeiros casos foram entendidos como bem-sucedidos ao serem feitas leituras das necessidades conjunturais e disparados os recursos adequados. A integralidade foi evidenciada no sentido relacional individual, de integração entre serviços e de uma resposta a uma necessidade em saúde.

O SAMU e sua função de observatório da rede

Por ser um canal aberto, disponível 24 horas, a forma de comunicação direta do SAMU com a população permite uma visão ampliada das dificuldades do sistema. Ao ser observatório da rede, o SAMU contribui com a integralidade, no sentido de integração de serviços, se for capaz de gerar informações que possam ser usadas para propor ações específicas.

A principal observação nesta análise foi a dificuldade de acesso aos outros níveis de assistência. Essa deficiência centrou-se na atenção básica, nas referências hospitalares e nos outros recursos institucionais, incluindo transporte e saúde mental.

O inadequado acesso à atenção básica era compatível com a baixa cobertura de PSF do Estado (25%), apesar de as regiões terem coberturas diferenciadas: SAMU Rio 3%; SAMU Metro I 13%; e SAMU Metro II 40%.

Os reguladores observam que para driblar a dificuldade de acesso ao nível de atenção básica, a população acredita que se for ao posto com o SAMU, vai passar na frente, vai receber tratamento diferenciado. O SAMU no caso, não só está fazendo diagnóstico da dificuldade de acesso, como está sendo demandado para compensar a desassistência do paciente que necessita ser atendido. Uma forma de responder a essa situação é transformar a demanda desses pacientes que não conseguem acessar o sistema pela atenção básica, em informação a ser utilizada para o planejamento e gestão do sistema. Ações corretivas de ampliação de acesso cumpririam o sentido de integralidade que prevê respostas governamentais aos problemas de saúde.

A importância de articulação intersetorial foi identificada em situações típicas das grandes metrô-

poles, como a dificuldade de acesso às favelas ou de internações sociais. Para o atendimento integral às urgências, a identificação mais grave foi o não acesso ao leito hospitalar e o inadequado cumprimento das referências estabelecidas com os hospitais. Uma inquestionável dificuldade identificada, no que diz respeito às referências hospitalares, foi a falta de especialistas. Na ausência do profissional, o hospital de referência nega o atendimento ao paciente. Uma das condutas observadas foi optar por deixar o paciente em um hospital com menos recursos ou fora de sua área.

Outra atitude observada como manipulação dos recursos autoritativos em função da precariedade das referências foi o conflito e enfrentamento entre regulador e plantonista, em que o primeiro impõe sua decisão. Em um dos SAMU, a relação com uma das emergências de referência era tão difícil que o supervisor orientava a levar o paciente e, no caso de negarem vaga, avisar que iam chamar a polícia.

A fragilidade das referências tem como consequência o atraso da conduta que, para muitos pacientes compromete seu prognóstico. A falta de recursos nos hospitais dificultou os acordos de referência e sujeitou o paciente a ser atendido com menos segurança.

Apesar dos processos instituídos, das referências acordadas, são as pessoas que se articulam no trabalho e constroem afinidades, relações e vínculos. Lima e Rivera (2010) sugerem que as relações pessoais são fundamentais para a rede, o que não conflita com a legitimidade dos fluxos de referência e contra referência estabelecidas. Os autores estão valorizando a ação do agente para enfrentar a insuficiência de recursos.

Uma das consequências das referências não atendidas é indisponibilidade da ambulância e do profissional. Em situações de muito conflito, foi demandada a intervenção de gestores da rede, demonstrando a falta de governabilidade do regulador. Muitas vezes as referências são estabelecidas entre gestores que não incluem os profissionais nessa decisão. Estes casos retrataram a carência de profissionais médicos nas emergências hospitalares. As explicações para essa falta quantitativa de profissionais são complexas e têm sido abordadas na literatura (Mattos, 2009). Destacamos a precariedade

da gestão do trabalho que atinge os trabalhadores nas emergências hospitalares e que foi indicada recentemente (O'Dwyer e col., 2008, 2009).

A figura 2 descreve exemplos de casos que ilustram o SAMU e sua função de observatório da rede.

Figura 2 - Casos do SAMU e sua função de observatório de rede. Rio de Janeiro, 2008

Demanda do usuário	Resposta do regulador	Contextualização da ação e mobilização de recursos
Paciente diabético e insulino dependente referindo que o SAMU esteve na sua casa, dosou sua glicose, mas ele não consegue número em lugar nenhum. Já foi ao posto e ao hospital. Pede nova ida do SAMU.	Foi negado e feito o seguinte comentário: "isso aí é problema social. Já foi 3 vezes ao postinho".	A falta de acesso ambulatorial para o atendimento é entendido como problema social. Na verdade o paciente tem um problema clínico bem definido, mas não está em situação de urgência que possa ser reconhecida pelo regulador.
Gestante no 4 ^o mês refere ser hipertensa. Faz uso de moduretic e captopril. Não consegue iniciar pré-natal. Foi à emergência e não conseguiu atendimento.	Regulador deu sugestão de locais de atendimento e a orientação foi bem aceita. Comenta: "morro de pena porque às vezes eles tentam e não conseguem. Aí a ambulância vira porta de entrada. Tem gente fazendo o pré-natal inteiro no SAMU".	O regulador deu a resposta correta sob o ponto de vista da definição técnica de urgência, mas não acolheu a necessidade do usuário.
Paciente de 20 anos psicótico amarrado na cama.	Enviada unidade de Suporte Básico	Unidade De Suporte Básico chega na favela e traficante não deixa subir. Pai do paciente negocia a subida da equipe, mas não é autorizada. Ação adequada foi impedida pela violência comum nas grandes metrópoles, evidenciando um problema típico desse SAMU.
Dor precordial, história de angina, dispneico, face de dor. PA 20X 9mmHg	Médico faz morfina e diurético. Solicita vaga.	Regulador ligou para emergência de referência mais próxima que não quis aceitar o paciente porque só tinha 1 residente de clínica médica. O segundo hospital de referência estava cheio e era mais longe. Encaminha para uma emergência próxima, que não era referência para o caso.
Médico do PAM solicita transferência de paciente com hérnia porque não tem cirurgião.	Regulador liga para hospital de referência mais próximo e o chefe de equipe diz que hérnia é para ambulatório, negando o atendimento. Ele liga para um segundo hospital comentando que o primeiro nega tudo. O segundo não pode atender. Volta a ligar para o primeiro hospital de referência que responde que só aceita se for hérnia estrangulada ou encarcerada, ou seja, se for cirúrgico. O regulador acata.	As dificuldades são principalmente de carência de recursos humanos, mas há falta de cooperação com os profissionais e de solidariedade com o paciente.
Paciente com dor precordial, portador de plano de saúde.	Médico da Unidade de Suporte Avançado pede internação. Regulador faz contato com o plano que não recebe paciente de ambulância e não faz atendimento domiciliar. O plano orienta a levar o paciente para uma emergência que eles fazem a transferência para sua rede. Regulador liga para emergência. Regulador liga para o diretor do hospital que intervém junto à plantonista para liberá-lo.	A plantonista, ao saber que vai receber paciente da rede privada, bate o telefone na sua cara. Quando o paciente chega ao hospital, a plantonista impede a saída do médico e ambulância até chegar a remoção do serviço privado. Médico reclama do tempo que ficou preso na emergência e da forma com que foi tratado pela plantonista.

Evidenciou-se nessa categoria que o regulador pode enfrentar as dificuldades de outros níveis assistenciais com atitudes mais acolhedoras, mas sempre com maior risco para o paciente. O alcance do SAMU fragiliza-se se não ocorre em espaços com uma rede organizada regionalmente. Além do prejuízo ao paciente, essas deficiências são grande fonte de conflito. Outra constatação é que a gestão, nos diferentes níveis da rede, pode ser potencializada pela informação produzida pelo SAMU enquanto observatório de rede.

SAMU e a insuficiência de recursos

A análise desta categoria traduz a insuficiência de recursos na regulação, no trabalho em ato quando é definido como agir, a partir das circunstâncias materiais dadas.

Para o caso das Unidades de Suporte Avançado, que atendem às situações em que o tempo é determinante do prognóstico, a ausência do recurso é mais grave, indisponibilidade que interfere com a capacidade de atuação do SAMU (Machado e col., 2011b).

Por várias vezes presenciou-se no trabalho de campo orientações de desvio de rota das ambulâncias como estratégia de privilegiar o caso mais grave. As situações de carência de recursos observadas

contribuíram para que os profissionais adotem posturas que tencionam a relação com o demandante. Há indícios de que os critérios sociais influenciam a tomada de decisão em situação de recursos limitados (Fortes e col., 2001).

A frustração do atendimento por falta de recursos pode supor que a recusa foi por desconsideração ou, numa situação mais extrema, o solicitante “aprende” que não vale a pena procurar o serviço. O compartilhamento da informação de que não existe ambulância disponível gera, nos profissionais do SAMU, uma expectativa de que a família será cooperativa em nome do melhor para seu paciente. Teoricamente, essa informação não deveria ser compartilhada, só que quando a carência se cronifica, é mais provável que ocorra esse tipo de negociação.

A indisponibilidade de ambulâncias gerava retardo no seu envio e foram evidenciados atrasos de até 7 horas.

Anterior à dificuldade de encaminhar os atendimentos existe outro problema que é a interrupção da ligação porque os sistemas telefônicos e de computação disponíveis para as centrais de regulação são insuficientes para o volume de atendimentos.

A figura 3 descreve exemplos de casos que ilustram a insuficiência de recursos no SAMU.

Figura 3 - Casos do SAMU e a insuficiência de recursos para regulação. Rio de Janeiro, 2008

Demanda do usuário	Resposta do regulador	Contextualização da ação e mobilização de recursos
Indicação de envio de Unidade de Suporte Avançado em município que não tem essa ambulância.	A Unidade de Suporte Avançado do município mais próximo não tem respirador. Vão a um terceiro município buscar o respirador em outra ambulância. Quando conseguem a ambulância e estão a caminho, ligam avisando que o paciente morreu.	Houve ampla tentativa de mobilização de recursos que não logrou atender à demanda
Paciente de 36 anos tomou chumbinho está desacordado e babando.	Regulador explica para o solicitante que, por ser intoxicação, a Unidade de Suporte Avançado está indicada, mas não tem nenhuma disponível no momento. Pede que arrumem carro para levá-lo. Diz: “você tenta ajudar daí que eu tento ajudar daqui”. Solicitante demonstrou irritação. Profissional comenta: “tenho uma tese, paciente que está passando mal de verdade, vai por meios próprios”.	A desvalorização da própria função mais essencial do SAMU, que é garantir o atendimento para pacientes graves (como é o caso) no tempo adequado, ou seja, o menor possível, indica uma postura que potencializa o mau uso dos insuficientes recursos materiais
Trabalho de parto em curso.	Médico liga da Unidade de Suporte Avançado para avisar que o bebê nasceu na ambulância e está sendo levado para hospital. Comenta: “a família agrediu porque demorou muito”.	O atraso na disponibilização do recurso necessário criou constrangimento para o médico e aumentou o risco para mãe e bebê.
Dor no peito, muita tosse, chorando, refere 24 minutos de espera. Ligação caiu.	Essa demanda não foi atendida durante o período de observação.	Há indiscutível frustração da expectativa do demandante e não há elementos para julgar o risco para a saúde do demandante.

Dos três SAMU observados, apenas um conseguiu ampliar sua estrutura física e seus recursos estruturais até o final de 2010. Houve evidente frustração dos demandantes com os atrasos e indisponibilidade de recursos. Não há como avaliar as consequências clínicas dessa ausência.

O SAMU é um espaço onde as demandas urgentes competem com outras menos urgentes, em um cenário de recursos precários. A alta exigência de trabalho psíquico produz identificações, alianças, fantasias e estratégias de defesa contra o sofrimento, que, se potencializadas pelas desfavoráveis condições materiais, terão impacto na qualidade do trabalho (Sá e col., 2008). Portanto, nas situações relatadas nessa categoria, a estrutura foi coerciva aos contextos de ação do regulador.

Demandas não reconhecidas e/ou não atendidas

Essa categoria referiu-se especialmente aos chamados não atendidos porque os médicos os entendiam como “não urgentes”. Além do desencontro de expectativas sobre a legitimidade das demandas no SAMU, existem as solicitações enganosas (trotes ou mentiras), que são utilizados pelos profissionais como justificativa para atender apenas segundo critérios técnicos, ou seja, enrijecem a mobilização dos recursos. Em vez de entender a ampliação da demanda como parte da carência de espaços de cuidado, essa demanda é entendida como causadora de desperdício de recursos.

As demandas aqui apresentadas são fruto, principalmente, de um conflito de significado de urgência, traduzidos em utilização inadequada de Unidade de Suporte Básico *versus* Unidade de Suporte Avançado. Em alguns casos, o argumento para não indicar a Unidade de Suporte Avançado foi a falta de credibilidade na queixa do demandante. Destacou-se o descrédito para a queixa “falta de ar” como justificativa de envio de Unidade de Suporte Básico (lembrando que nos meses anteriores, essa foi a queixa mais comum para os atendimentos clínicos). O reconhecimento da “falta de ar” é mais do que a ação protetional do acesso à ambulância com recursos adequados. Tem para o paciente o reconhecimento do seu valor social. O direito do acesso ao serviço reconhecido insere o sujeito numa rede de sentido, representando uma possibilidade de saída de uma situação de sofrimento social difuso, através do reconhecimento desse sofrimento (Sá e col., 2008).

Outro trabalho sobre o SAMU demonstrou como as demandas podem ser percebidas. Nesse trabalho os profissionais fizeram afirmações como: “O SAMU é um sistema fantástico, demasiado sofisticado, para uma população demasiadamente ignorante e mal-educada, que faz mau uso do sistema” (Meira, 2007, p.128).

Essa postura, de negar o sofrimento do paciente, e a sensação de “perder” tempo com algo não relevante e desnecessário ganha maiores proporções quando há a concorrência de eventos traumáticos como no SAMU e nas emergências hospitalares. O sofrimento impõe-se aos profissionais e seu acolhimento deve ser a base para a crítica das práticas em saúde (Mattos, 2009).

Independentemente do conflito de conceito de urgência entre o médico e a população, os profissionais podem recusar o atendimento ou acolhê-lo apesar de não reconhecê-lo como pertinente ao SAMU.

Quando acumulam ligações na espera, aparece uma lista com as queixas atendidas pelas telefonistas. As consideradas “bobagens” pelos médicos podem ser proteladas e ficar mais tempo na espera, conforme observado em alguns momentos. Alguns pedem à telefonista para passar a ligação número tal, selecionando o caso. Estamos diante de um novo tipo de “fila de espera” não presencial em que os mesmos motivos de seleção de prioridades (ou de preconceitos) são vivenciados em um novo espaço de atendimento às urgências, com suas próprias estratégias de recusa.

Identificaram-se, por intermédio dos casos, negativas de atendimento, protelamento e talvez o mais grave, envio assimétrico de recurso exemplificado por envio de Unidade de Suporte Básico em situações de indicação de Unidade de Suporte Avançado.

Há grande desconfiança sobre a confiabilidade das queixas baseada na “experiência”. Merece respeito a experiência dos médicos, só que eles não podem ignorar que para o paciente, sua “experiência” é única. Também é fato que o seu acompanhamento na rede ambulatorial não tem parecido ser satisfatório, o que gera insegurança e aumento de demanda. Essa “experiência” que gera desconfiança deveria induzir a outro aprendizado, que traduzisse o sofrimento do usuário em demandas de graus complexos.

Observamos que o conflito de nível de urgência traduziu-se, principalmente, a partir de queixas clínicas. Curioni e colaboradores (2009) alertam para o impacto

desses casos para os indicadores de morbimortalidade e para a importância do seu pronto atendimento.

Duas questões emblemáticas do atendimento às urgências, e que estão envoltas em muito preconceito é o paciente diagnosticado como PITI (derivado de Pitiatismo, crise histérica), e o paciente bêbado.

Mattos (2008) referiu-se ao risco dos enquadramentos, não por tipo de queixa, mas por juízo moral, como aconteceu durante o período. Outra consequência indicada é a restrição de recursos quando existe uso excessivo de álcool (Fortes, 2001).

Outro trabalho sobre o SAMU retratou a dificuldade com pacientes não graves. Os profissionais, ao se referirem ao PITI afirmaram: “Sabe aquela história de tolerância zero?”. Sobre a expectativa que têm para o atendimento no SAMU afirmaram: “Só quero ver desgraça, só quero ver gente morrendo, só quero atender se a pessoa estiver mal (Meira, 2007, p. 98).

Uma questão importante referente ao atendimento e aos sentimentos de frustração dos profissionais é a falta de um espaço de reflexão. É prudente não considerar um leque muito grande de queixas no SAMU como somatização, desvalorizando o sofrimento e,

pior, não disponibilizando recursos terapêuticos em situações clínicas em que eles são necessários.

Houve muita referência aos palavrões e aos maus tratos ao telefone em geral. Esse problema é de difícil enfrentamento, mas algumas ações podem modificar o quadro. Uma muito efetiva é diminuir a demora, tanto para atender os telefonemas como no tempo de chegada da ambulância. Outra é usar mais tempo nas explicações, entender que o demandante está fragilizado e discutir com os profissionais as estratégias de enfrentamento para essas reações. A apresentação do SAMU em outros fóruns fazendo campanhas de conscientização pode ser efetiva.

Alguns casos causaram mal-estar para a equipe pelo descaso do solicitante.

Essa realidade em que o regulador que controla o recurso essencial ao atendimento pode decidir usando critérios técnicos ou preconceitos, considerando a experiência de sofrimento do demandante ou não, exemplifica a complexidade envolvida no relacionamento demandante/regulador através da telemedicina.

A figura 4 descreve exemplos de casos que ilustram o não reconhecimento de demandas no SAMU.

Figura 4 - Casos do SAMU com demandas não reconhecidas. Rio de Janeiro, 2008

Demanda do usuário	Resposta do regulador	Contextualização da ação e mobilização de recursos
Paciente de 24 anos com dor na coluna	Regulador vê na tela que o paciente tem 24 anos, está com dor na coluna e diz: “ligação vai cair” e desliga o telefone.	Houve recusa não declarada do atendimento. Esse tipo de demanda foi atendida em outras ocasiões sem envio de ambulância, com indicação de sintomático e encaminhamento para outro serviço, o que, apesar do não atendimento, indica pelo menos, a escuta de uma queixa.
Paciente debilitada.	Regulador orienta e diz ao terminar o atendimento: “é um descaso ligar porque está debilitada”.	Apesar do julgamento de impropriedade da demanda, o profissional escuta e orienta a paciente.
Dispneia com cianose em paciente de 61 anos, portador de ICC e HA.	Enviada Unidade de Suporte Básico. Regulador comenta: “a Unidade de Suporte Básico leva para unidade mais próxima se houver dispneia e chama Unidade de Suporte Avançado se precisar”.	O SAMU pode funcionar como porta de entrada do sistema, possibilitando o cuidado integral às urgências. Tem potencial de organizar rede a partir da observação que faz do sistema.
Paciente hipertenso e diabético de 46 anos apresentou crise convulsiva e não responde.	Enviada Unidade de Suporte Básico.	Recurso mobilizado não é compatível com a indicação de urgência demandada.
Paciente bêbado com dor na coluna.	Regulador nega o atendimento alegando que “o paciente bebeu porque quis”.	Houve um enquadramento por juízo moral e não por conceito divergente de urgência
Paciente de 26 anos diabética, com dor de cabeça e inconsciente. Esteve no médico na semana anterior e foi dito que ela tinha uma veia entupida.	Enviada Unidade de Suporte Básico. O regulador comentou: “veia entupida é PITI”.	Não houve crédito na “inconsciência” da paciente diabética, já que o diagnóstico (bastante provável, mas não obrigatório) já havia sido feito.

Boa parte dos atendimentos não reconhecidos como legítimos pelo regulador, e pela equipe da regulação de forma geral, compõem as queixas a serem enfrentadas no âmbito da atenção básica. Outros advêm do descrédito na queixa informada, descrédito esse reforçado pelas mentiras e trotes. Para enfrentar o conflito de conceitos de urgência há uma economia do recurso mais caro ao SAMU, a ambulância avançada. Outro recurso muito caro ao SAMU, e não praticado nas situações exemplificadas nesta categoria, foi o acolhimento e escuta das demandas. Esse é um recurso cognitivo do agente. Portanto, para estes casos não foram observadas práticas coerentes com a integralidade.

Conclusão

Um dos sentidos da integralidade sobre o qual havia maior expectativa de cumprimento no SAMU era a integração dos serviços, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade. Infelizmente houve indicação de que a integralidade no seu componente organizacional ainda é frágil, especialmente no que diz respeito às referências hospitalares. Vale indicar que há um projeto de expansão da atenção básica para o município do Rio de Janeiro com potencial para contribuir com essa integração.

Os casos bem-sucedidos ocorreram apesar das condições estruturais. Foram atendimentos “integrais” enquanto valor de cuidado e refletiram a capacidade do agente de influenciar as “circunstâncias da ação” mobilizando os recursos disponíveis autoritativos e alocativos (Giddens, 1984).

Vimos, em alguns casos, além da insuficiência de Unidade de Suporte Avançado, a sua “economia”. A estratégia de enviar o recurso disponível, independentemente da indicação, faz com que os reguladores “relativizem” e questionem a necessidade do recurso indicado. A banalização das queixas pode ter como consequência a rotinização de práticas excluídas pelo seu caráter recursivo (Giddens, 1984).

Os critérios de aceitação das chamadas telefônicas (de legitimação das demandas) estão tecnicamente definidos, mas a negociação é privada e depende do conhecimento advindo da capacitação e de valores e atitudes do regulador e de toda a equipe,

além do usuário. Enfim, depende de uma relação socialmente construída entre diversos atores, com diferentes atribuições. Haverá confiança no atendimento e a conseqüente legitimidade do SAMU se os profissionais utilizarem bem os critérios técnicos para atender à demanda, mas não se restringirem a esses critérios ao se defrontarem com situações menos típicas. É primordial para a qualidade na atenção às urgências acolher o sofrimento, expressão do primeiro sentido de integralidade.

Outra questão impactante é a demora no atendimento. Para a Unidade de Suporte Avançado, deixa-se de cumprir o critério de tempo dependência para o atendimento adequado. Em casos em que a Unidade de Suporte Básico é indicada, ocorre, no mínimo, descrédito com o serviço.

Fenômenos materiais e sociais atuaram como características coercivas nos contextos desses SAMU. Sua prática ainda está muito próxima das criticadas ações paliativas e sintomáticas dos tradicionais pronto-socorros. Uma condicionante estrutural dessas práticas foi a insuficiência de recursos técnicos e humanos.

O campo confirmou a potência do SAMU para a prática da integralidade em seus diferentes sentidos, assim como a potência da atribuição observatório de saúde (apesar de não haver produção de informação para o planejamento).

Conclui-se que a integralidade é um valor a ser praticado em todas as ações de saúde. Como questão urgente a ser enfrentada, indicamos as precariedades estruturais da rede, que potencializaram os conflitos de sentido de urgência entre demandantes e reguladores. Para esse enfrentamento tem havido investimentos na atenção básica e está prevista expansão do SAMU no Estado, a partir de 2010.

A rotina do não acolhimento do sofrimento tem que ser enfrentada no SUS em seus componentes pré-hospitalares e hospitalares. “Culpar” o paciente pela indevida utilização do sistema é ignorar que ele busca o atendimento possível aonde tiver acesso. Estudos indicaram que no hospital os fluxos e processos precisam ser mais efetivos na utilização de seus recursos autoritativos e materiais (Bittencourt e Hortale, 2009), assim como na atenção (Carret e col., 2009). Este estudo tratou do não efetivo uso

desses recursos na atenção pré-hospitalar móvel em um Estado onde os hospitais são pouco efetivos no uso de seus leitos. A produção de informação que o SAMU prevê nos documentos ainda não é produzida e utilizada para o planejamento. A não publicização da informação é uma restrição. Outros estudos são necessários para contribuir no enfrentamento do insuficiente e pouco integral atendimento que as pessoas recebem quando estão em situação de urgência.

Agradecimentos

Agradecemos aos gestores dos SAMU do Estado do Rio de Janeiro e aos médicos reguladores que participaram do estudo.

Referências

ALMEIDA, A. C. *A avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Recife, 2007.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 293-304, 2011.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da Nação*, Brasília, DF, 6 out. 2003a. Seção 1, p. 58, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU - o SAMU. *Diário Oficial da Nação*, Brasília, DF, 6 out. 2003b. Seção 1, p. 57, coluna 1.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, 2009.

CURIONI, C. et al. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2009.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SPINETTI, S. R. Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 451-455, 2001.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 293-304, 2011a.

MACHADO, C. V.; FERREIRA, F. G.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: análise da política nacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 518-528, 2011b.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-352.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

MEIRA, M. M. Diretrizes para a educação permanente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). 2007. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1877-1886, 2008.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.; DE SETTA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

PAIM, J. et al. The health system in Brazil: history, progress and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SÁ, M. C.; CARREITEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, 2008.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, 2003.

TANNEBAUM, R. D.; ARNAOLD, J. L. Emergency medicine in southern Brazil. *Annals of Emergency Medicine*, Dallas, v. 37, n. 2, p. 223-228, 2001.

Recebido em: 23/06/2011

Aprovado em: 01/02/2012