

RENATA LACERDA PRATA ROCHA

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

RENATA LACERDA PRATA ROCHA

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Doutora Marília Alves

BELO HORIZONTE
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

*Dedico este trabalho aos meus bebês que se foram pela vontade divina,
e àqueles que, também pelo desejo de Deus ,virão.
A chave da paciência e da esperança reside na certeza de que tudo vai dar certo, pois tenho
fé de que existe um plano que desconheço e que é muito maior que eu.*

AGRADECIMENTOS

Realmente o caminho para a construção deste trabalho foi marcado por muitas dificuldades. Só me foi possível superar essas dificuldades com a presença de Deus e a colaboração de algumas pessoas muito especiais. Dessa forma, quero aqui registrar meu profundo agradecimento:

À Prof^a Marília, por ter sido, além de minha orientadora, uma carinhosa amiga, que me compreendeu em momentos difíceis e me ajudou a vencê-los.

A meu marido, por seu apoio porque, embora algumas vezes não soubesse entender tanta dedicação, soube respeitar meus momentos de estudo.

A minha mãe, que sempre me incentivou a vencer, a ir ao limite máximo. A meu pai por seu apoio. E as minhas irmãs, por torcerem por minha conquista. A meu cunhado Ricardo por sua amizade. Ao Ricardinho, pelo simples fato de existir.

A minha querida amiga Eulita, que tenho como uma “mãezinha” e que esteve sempre presente em minhas vitórias profissionais.

A Isabela Cânciao, pela disponibilidade em estar sempre me ajudando, de uma maneira tão despretensiosa.

Aos colegas da turma do primeiro semestre de 2007, com a qual iniciei o mestrado, e que se preocuparam com meu afastamento e mostraram-se carinhosos e felizes com meu retorno.

Aos colegas da turma do primeiro semestre de 2008, que me acolheram após meu retorno e deram valiosas contribuições para meu projeto, em especial, Danúbia, Bruna e Carla.

A Maria Raimunda, gerente do Centro de Saúde, cenário desta pesquisa, por sua confiança e inteira disponibilidade para a realização deste estudo. Aos profissionais da UBS, médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, agentes comunitários de saúde e tantos outros, pela imensa colaboração e contribuição com suas valiosas falas.

E a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho e que torceram por minha vitória.

*Os sábios não lutarão contra obstáculos,
mas vão bendizê-los e seguir em frente.
Ao seguir com fé e confiança eles ficam mais fortes,
seu caminho se torna mais reto,
sua compreensão, mais profunda e
seu objetivo, mais próximo.*

Iyanla Vanzant

RESUMO

A assistência à saúde no Brasil vem passando por mudanças e adequações para atender às necessidades de saúde da população, tendo em vista o aumento da demanda, principalmente na área de urgência e emergência. Considerando-se que o fato de cuidar da saúde de pessoas e de grupos sociais precocemente e em situações de urgência reduz a vulnerabilidade ao adoecimento, as incapacidades, o sofrimento crônico e a incidência de morte prematura, entre outros, evidenciou-se a necessidade da organização do atendimento às urgências e emergências, no país, em todos os níveis de atenção. Essa organização foi facilitada com a instituição, em 2003, da Política Nacional de Atenção às Urgências, incluindo seu componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU é parte da rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências que recebe solicitações de usuários e profissionais de saúde, caracterizadas como situações de urgência/emergência em diferentes pontos da cidade. Ainda é pouco estudado, se comparado a grandes hospitais de urgência, que existem há muito mais tempo. Este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais da atenção básica sobre o trabalho realizado pelo SAMU, considerando-se a influência de suas ações sobre a dinâmica de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi realizado um Estudo de Caso qualitativo em uma UBS de Belo Horizonte. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com 22 trabalhadores de saúde e submetidos à análise de conteúdo. A análise dos dados permitiu a identificação de três categorias: 1) A Integração entre as Unidades Básicas de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que se subdividiu nas subcategorias 1.1) O trabalho na atenção básica e as situações de urgência e 1.2) A percepção dos profissionais da atenção básica sobre o SAMU; 2) Relações entre os profissionais da Atenção Básica e do SAMU e 3) Perspectivas futuras entre a Atenção Básica e o SAMU sob a ótica dos profissionais. Os resultados mostram que os profissionais da atenção básica têm uma visão positiva do trabalho desenvolvido pelo SAMU, do ponto de vista da capacitação profissional para o atendimento de urgência/emergência, disponibilidade de recursos e agilidade no atendimento. Os dados apontam, por outro lado, pouca articulação entre os dois Serviços, o que fragiliza a relação da atenção básica com o SAMU. E apontam, ainda, a existência de conflitos, a transferência de responsabilidades no que diz respeito à aceitação dos julgamentos das situações de urgência por ambas as partes e certo ressentimento pelo julgamento positivo da população em relação ao SAMU e menos positivo em relação ao trabalho da Atenção Básica. Essa situação relaciona-se aos critérios de encaminhamento, principalmente dos pacientes portadores de casos agudos, à definição de papéis e de responsabilidades, à infra-estrutura e ao preparo profissional para o atendimento às urgências. Em síntese, os relatos dos profissionais da atenção básica mostram uma situação de reconhecimento e de negação do SAMU, como acontece em outros Serviços de Saúde e em outras instâncias onde nem sempre há unanimidade. Os Serviços são complementares, há reconhecimento da competência e da importância do SAMU para a população de Belo Horizonte. Mas ainda se trabalha de forma pouco articulada, fragmentando a assistência e com grande desgaste para os profissionais da Atenção Básica e do SAMU.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Serviços Médicos de Emergência, Enfermagem em Saúde Pública, Tratamento de Emergência.

ABSTRACT

Healthcare in Brazil has been through changes and adaptations to meet the health needs of the population, as a result of the increased demand, especially for urgent and emergency care. Given the fact that early care for the health of people and social groups in emergency situations reduces illness, handicap, chronic suffering and early death, among others, it became clear that there is a need to organize urgent and emergency care in the country at all levels. This organization was facilitated with the establishment, in 2003, of the National Policy for Emergency Care, including its pre-hospital ambulance component, the Emergency Mobile Care Service (in Portuguese, SAMU: a public ambulance system). SAMU is part of a regional and hierarchically organized network for emergency care which receives calls from the public and health workers in situations of emergency from different parts of town. Very little study has been done on this service, if compared to the emergency wards of large hospitals that have existed for much longer. This study intends to analyze the perception of health workers in basic care on the work carried out by SAMU, considering the influence of the actions on the work dynamics of the Basic Health Care Units (in Portuguese, UBS). A qualitative case study was carried out in a UBS in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. The data was collected through semi-structured interviews with 22 health workers and content analysis was carried out. Analyzing the data it was possible to identify three categories: 1) The integration between Basic Health Care Units and the Emergency Mobile Care Service, which was subdivided into the sub-categories: 1.1) Work in basic health care and emergency situations and 1.2) The Perception of basic health care workers about SAMU; 2) Relations between health workers in basic health care and SAMU and 3) The future outlook of the relation between basic health care and SAMU from the point of view of health workers. The results show that primary health care workers have a positive view of the work carried out by SAMU, from the point of view of professional qualification for urgency/emergency care, availability of resources and speed in providing care. The data show, on the other hand, little coordination between the two services, which weakens the relationship between basic health care and SAMU. They also show there are conflicts, a transfer of responsibility in accepting judgment of urgency situations by both parties and some resentment at the positive view of the population toward SAMU and not so positive for the work of basic health care. This situation is related to the referrals criteria, especially of patients in acute cases, the definition of roles and responsibilities, infrastructure and professional training for caring for urgencies. In summary, the statements by basic health care workers show a situation of recognition and denial of SAMU, as occurs in other health services and other levels where there is not always unanimity. The services are supplementary, there is recognition of the competence and importance of SAMU for the population of Belo Horizonte, but work is still done without coordination, assistance is therefore fragmented and results in difficulties for both basic health care and SAMU health workers.

Key words: Primary Health Care; Emergency Medical Services; Public Health Nursing ; Emergency Treatment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Belo Horizonte.....	27
Figura 2 – Mapa do Distrito Oeste de Belo Horizonte	48
Tabela 1 - Caracterização dos Profissionais entrevistados.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CERSAM - Centros de Referência em Saúde Mental

DISAO – Distrito Sanitário Oeste

FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

PAM – Pronto Atendimento Médico

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências

SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

URS – Unidade de Referência Secundária

USB – Unidade de Suporte Básico

USA – Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO NAS UNIDADES DE SAÚDE.....	19
3.1 O processo de Trabalho em Saúde e a Atenção Básica	19
3.2 A Atenção Básica em Belo Horizonte	26
3.3 Contextualizando o Atendimento Pré-hospitalar	31
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	46
4.1 Tipo de Estudo.....	46
4.2 O Cenário da Pesquisa.....	48
4.3 Sujeitos da Pesquisa	49
4.4 A Coleta dos Dados	49
4.5 Os Aspectos Éticos da Pesquisa.....	50
4.6. A Análise dos Dados.....	51
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
5.1 Caracterização dos Profissionais Entrevistados	52
5.2 Integração entre as Unidades Básicas de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	54
5.2.1 O trabalho na atenção básica e as situações de urgência.....	54
5.2.2 A percepção dos profissionais da atenção básica sobre o SAMU	64
5.3 As relações entre os profissionais da Atenção Básica e o SAMU.....	74
5.4 Perspectivas de articulação entre a Atenção Básica e o SAMU sob a ótica dos profissionais.....	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A.....	101
APÊNDICE B.....	102
ANEXO A.....	103
ANEXO B.....	105
ANEXO C.....	106

1 INTRODUÇÃO

O sistema de prestação de assistência à saúde no Brasil vem passando por várias alterações, à medida que se modificam as necessidades de saúde da população, tendo em vista que as mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, produzem alterações significativas na vida em sociedade e, conseqüentemente, na saúde das pessoas e nos problemas sanitários. Tornou-se importante cuidar da saúde de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento, e a probabilidade de incapacidades, de sofrimento crônico e de morte prematura (BRASIL, 2006a, p.10).

No entanto, a organização do Sistema de Saúde, no Brasil, para atender às pessoas com qualidade e resolutividade, ainda é um grande desafio. Nas últimas décadas, muito se fez pela implementação de novos modelos de atenção à saúde, visando uma assistência universal, integral e equânime, como recomenda o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busca-se constantemente aplicar os princípios organizativos do SUS, que enfatizam a necessidade de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada que permita o maior conhecimento dos problemas de saúde de áreas delimitadas, favorecendo as ações de saúde organizadas segundo níveis de complexidade.

De acordo com a Política de Saúde vigente, o acesso da população à rede deve ocorrer pelos Serviços de Atenção Básica, que devem estar aptos a acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde. Os agravos que não possam ser resolvidos nesse nível devem ser referenciados para Serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2006c, p.22). A integração entre os diferentes níveis de atenção faz-se necessária para se garantir a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários.

Nesse contexto, observa-se, nos últimos anos, que as necessidades de atenção à saúde têm impulsionado o crescimento da demanda por Serviços na área de urgência e emergência, “relacionada ao aumento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial para esse atendimento.” (BRASIL, 2006b, p.49). Além disso, a assistência a pacientes com quadros críticos é realizada em instituições destinadas prioritariamente a esse fim, como os pronto-socorros, e esses se mostram sobrecarregados com a demanda. Torna-se imperativo reestruturar os Sistemas de Urgência, de modo a envolver toda a rede assistencial, desde a atenção básica, o atendimento pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade. Essa reformulação implica no

atendimento aos usuários com quadros de urgência e emergência, prestado por todas as portas de entrada do SUS, de modo a possibilitar a resolução de seus problemas ou o encaminhamento para um Serviço de maior complexidade, quando necessário. Amplia-se dessa forma, o conceito de porta de entrada que passa a ser toda a rede de estabelecimentos de saúde, mantendo-se a atenção básica como a preferencial, mas não a única.

Em razão da necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências no país, em todos os níveis de atenção, por meio de trabalho articulado e em rede, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria Nº. 2.048 (BRASIL, 2002b), com suas normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos Serviços. Nessa mesma direção, em 29 de setembro de 2003, instituiu-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006b), pela Portaria Nº. 1.863 (BRASIL, 2003a) e seu componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da Portaria nº. 1.864 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b). Esse Serviço, considerado com um “importante elo entre os diferentes níveis de atenção do sistema” (BRASIL, 2006c, p.52), faz parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências e caracteriza-se como o “atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte.” (BRASIL, 2002b, p.22). O SAMU tem a função de prestar atendimento e/ou de garantir transporte adequado ao usuário, levando-o a outro Serviço de Saúde da rede hierarquizada do SUS, quando necessário.

Levando-se em consideração a diretriz de envolver toda a rede assistencial no atendimento às urgências, a Portaria Nº. 2.048 (BRASIL, 2002b) definiu, como componente de atendimento pré-hospitalar fixo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, nas quais será prestada a assistência aos quadros agudos, de urgência e emergência, provendo atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde de maior complexidade. Essa estruturação além de permitir melhor organização da assistência, articulação dos serviços, definição de fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

O SAMU, além de garantir o atendimento às chamadas telefônicas do usuário pelo número 192, expandiu os serviços de urgência/emergência também para atender, nas UBS, a grande demanda de usuários portadores de quadros de urgência, que extrapolam a

capacidade de atendimento na Atenção Básica e que necessitam de assistência em Unidades de Saúde melhor equipadas tecnologicamente. Dessa forma, o SAMU passou a ser uma estratégia de suporte para a Atenção Básica e de ampliação de acesso à rede do SUS, que presta atendimento primário ou secundário, isto é, quando a solicitação de ajuda advém diretamente da população ou quando a solicitação é oriunda de profissionais de saúde, Equipes ou Unidades de Saúde de menor complexidade (BRASIL, 2006c, p.80).

A dinâmica do SAMU permite que, em resposta à solicitação tanto de usuários como de profissionais, realize o atendimento nas ruas, nas residências, ou em Unidades de Saúde, com agilidade e aparato adequado. As Unidades móveis são descentralizadas em vários pontos da cidade, visando assegurar o curto espaço temporal entre a solicitação e o atendimento coordenados pelo Serviço de Regulação Médica, componente fixo do SAMU, que define o curso da assistência a ser realizada, a necessidade e o tipo de ambulância a ser deslocada. Por meio de um telefonema gratuito, pelo número 192, o chamado é acolhido por um profissional médico que julgará a gravidade da solicitação e os recursos necessários a fim de oferecer a melhor resposta a cada demanda, na perspectiva de garantia de acesso e de resolutividade. Os profissionais do SAMU têm que atuar com a agilidade exigida pela situação de urgência do usuário e, também, por que outros chamados aguardam solução em vários pontos da cidade. Uma das atribuições do SAMU é a “regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde, do local onde ocorreram até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada, bem como dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e regional.” (BRASIL, 2006b, p.52).

O SAMU possui dinâmica própria, característica do atendimento às urgências/emergências, e difere de outros Serviços de Saúde pela constante movimentação dos profissionais e ambulâncias e pela cobertura de diversos agravos no local onde ocorre. Não é o usuário que se desloca até o Serviço de Saúde para receber o atendimento, mas é o Serviço de Saúde que vai ao encontro ao usuário para atendê-lo, de acordo com suas necessidades e com o julgamento realizado pelo médico regulador. Assim, o SAMU é um Serviço em permanente movimento, pronto a atender a solicitações oriundas de usuários e de Serviços de Saúde, caracterizadas como situações de urgência/emergência nos diferentes pontos da cidade.

No município de Belo Horizonte, o SAMU desempenha, hoje, importante papel no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência à população. Em alguns casos, funciona como porta de acesso imediata para os usuários, que poderiam ter suas necessidades atendidas em um nível menor de complexidade, como a Atenção Básica. Em contrapartida, alguns

usuários que realmente requerem assistência mais complexa, sobrecarregam as Unidades de Saúde de menor complexidade, que, muitas vezes, não possuem condições para assisti-los. O fluxo hierarquizado da estrutura dos Serviços, de acordo com o modelo de atenção, nem sempre é claro para usuários e profissionais dos diferentes níveis e, conseqüentemente, SAMU e UBS, muitas vezes, não atuam de acordo com a proposta de seu nível, mostrando que o real e o prescrito nem sempre coincidem.

O usuário que possui uma queixa relacionada a uma necessidade de saúde busca o acesso ao Sistema independente da porta de entrada. Seu interesse é resolver seu problema de saúde, independente da gravidade e do local em que será assistido. Considerando que o usuário já é atendido por diversas atividades programadas, como consultas médicas eletivas e várias outras ações de vigilância à saúde é compreensível que procure a Unidade que o assiste continuamente quando necessita. No entanto, na prática, encontra dificuldades em receber o atendimento necessário, pois “a atenção básica ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo esse papel para ambulatorios especializados de média complexidade e para os serviços de urgência.” (BRASIL, 2002a, p. 26).

A implantação do PSF, a partir de 1994, como estratégia de mudança, teve como objetivo possibilitar o resgate dos princípios do SUS no cotidiano dos Serviços de Saúde, ampliar o acesso e substituir o modelo médico-centrado, que tem como base atividades curativas e procedimentos medicalizados, pelo modelo usuário-centrado. O PSF está se consolidando como estratégia de reorganização da Atenção Básica. As ações desenvolvidas são planejadas e organizadas, visando o atendimento eletivo e a regulação da atenção à saúde. As ações são contínuas e privilegiam a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

No entanto, segundo Merhy (2006, p.106), a organização da demanda nos Serviços, a partir exclusivamente de usuários assistidos pelo PSF, não elimina a possibilidade e a necessidade de atendimento da demanda espontânea com queixas agudas. “A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar em serviços que atendam urgências e emergências” (MERHY, 2006, p.106), revelando a baixa resolutividade da Atenção Básica. Segundo Franco (2006, p.127), contribui com essa situação, a persistência do exercício hegemônico da clínica medico-centrada, além de outros fatores como a falta de preparo dos profissionais da Atenção Básica para o atendimento de necessidades de saúde mais complexas, a falta de organização da demanda espontânea e a incapacidade de absorvê-la, a dinâmica do processo de trabalho relacionado prioritariamente a práticas de saúde voltadas para a promoção e prevenção e a

lógica do Serviço, organizado para o atendimento eletivo. Magalhães (1998, p.266) complementa a idéia ao apontar que o perfil da Atenção Básica, “caracteriza-se com pequeno aporte tecnológico, sem apoio diagnóstico e terapêutico adequados e com composição restrita de recursos humanos”.

Nesse contexto, os profissionais da Atenção Básica, sobrecarregados com as atribuições do atendimento do PSF e sem conseguir responder à demanda espontânea que em algumas situações são quadros de urgência, solicitam a interveniência do SAMU. Porém, em algumas situações, esse chamado é realizado antes de se esgotarem as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis na Atenção Básica. Em outras situações, as intervenções necessárias estão acima da possibilidade de resolução nesse nível de atenção, sendo necessário atendimento em um nível de maior complexidade. Essas situações frequentemente geram conflitos entre os usuários, profissionais da Atenção Básica e do SAMU, expressos por longas esperas, atribuições não cumpridas e transferências de responsabilidades, levando, não raro, ao impasse entre os dois Serviços. O limite entre as atribuições dos dois Serviços é tênue e os argumentos dos profissionais devem ser considerados até que haja articulação entre a Atenção Básica e o SAMU, principalmente considerando-se que é uma situação relativamente nova, ainda em fase de organização e apropriação, pelos profissionais, de suas atribuições previstas nos documentos legais que instituíram o SAMU e o atendimento às urgências.

Fica evidente que os profissionais da Atenção Básica convivem com grande pressão de demanda por assistência a que, muitas vezes, não conseguem responder e que, por outro lado, o SAMU tem critérios de atendimento definidos e grande autonomia. Confrontam-se as realidades dos dois grupos de profissionais. Essa situação revela um descompasso entre o prescrito e o que ocorre no cotidiano dos Serviços, evidenciando a fragilidade de articulação e da complementaridade de ações entre os níveis e os fluxos de atendimento na rede assistencial de saúde para referenciamento de pacientes.

A realidade de cada dia vem desafiando a articulação entre os níveis de complexidade, pois a prática cotidiana coloca em evidencia dificuldades de articulação entre os diversos saberes e práticas a fim de superar conflitos, visando a melhoria do desempenho do sistema.

Tendo em vista que os profissionais de saúde, como atores da Atenção Básica, se deparam, cotidianamente, com situações relacionadas ao SAMU e considerando que um Serviço tem a prerrogativa de complementar o outro, surgiu o interesse da pesquisa, haja vista que, para se caminhar nessa direção, um dos aspectos importantes é compreender as

percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre o SAMU. A compreensão de uma das partes pode influenciar o conjunto das ações, haja vista que as ações do SAMU influenciam a dinâmica de trabalho das UBS. As percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre o SAMU podem refletir a sua própria formação profissional, a pouca articulação entre os níveis de assistência, a transferência de responsabilidades e a sobrecarga de trabalho das Unidades de Saúde. A complementaridade entre os níveis de assistência do SUS passa, obrigatoriamente, pela articulação dos sujeitos que o representam, isto é, os profissionais de saúde. Daí a importância das opiniões e dos argumentos desse grupo, frente ao objeto desse estudo. Constitui, ainda, um fenômeno novo que necessita ser compreendido em suas várias dimensões, haja vista que o estudo pode contribuir também, para a articulação dos Serviços e para a gestão de recursos humanos.

Ao se abordar a dinâmica do SAMU, a discussão sobre as implicações que representa no dia-a-dia dos atores envolvidos pode ser feita por profissionais, usuários e gestores em todos os eixos de interesse no Sistema de Saúde. Por meio dessas discussões, as ações da assistência à saúde podem incluir a temática da integração entre a Atenção Básica e o SAMU, assumindo um espaço privilegiado de discussão acerca dos conflitos e convergências que surgem e se consolidam, necessitando de abordagem política na estruturação dos níveis.

Este estudo parte do pressuposto de que há pouca articulação entre os níveis de atenção, principalmente devido à indefinição e ao desconhecimento quanto aos papéis e responsabilidades no atendimento às urgências. Por um lado, há resistência por parte dos profissionais da Atenção Básica, em receber e atender os pacientes encaminhados pelo SAMU, por considerar que são casos de urgência e que deveriam ser encaminhados a outros níveis do Sistema de Saúde de maior complexidade. Porém essa situação não é aceita totalmente pelos profissionais do SAMU. Em sua visão, muitas queixas apresentadas pelos usuários são da competência da Atenção Básica e, como os profissionais do SAMU têm a prerrogativa de estabelecer o julgamento da queixa e encaminhar os pacientes, há um sentimento de quebra de autonomia. Diante do pressuposto de que há uma lacuna na integração entre os Serviços e da Atenção Básica com o SAMU e de que essa lacuna se reflete nas relações que se estabelecem entre eles torna-se importante compreender a percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o SAMU, como uma primeira abordagem da atenção às urgências na rede de Serviços de Saúde.

Este estudo é parte de um projeto maior, desenvolvido pela orientadora, com o intuito de conhecer as percepções e representações sociais de usuários e profissionais da rede

de saúde sobre o SAMU. É, nesse sentido, um subprojeto que discute, principalmente, as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o SAMU, no contexto proposto de reordenação do atendimento das urgências e emergências e de envolvimento de toda a rede assistencial em um esforço comum de atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar situações em que o SAMU é acionado pelos profissionais da Atenção Básica.
- Identificar os aspectos que facilitam e os que dificultam a relação entre a Atenção Básica e o SAMU.
- Analisar as relações entre os profissionais da Atenção Básica e os profissionais do SAMU.

3 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO NAS UNIDADES DE SAÚDE

3.1 *O Processo de Trabalho em Saúde e a Atenção Básica*

Segundo Marx (1982), o trabalho é um processo no qual ocorre uma transformação de matéria prima em objeto, mediado pela participação e interação entre o homem e a natureza. E, sobre essa relação, Marx (1982) coloca que o trabalho imprime utilidade à vida humana, atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo em que modifica sua própria natureza. Na área de saúde, o trabalho, “caracteriza-se como processo de transformação requerida por necessidades humanas que são especificamente necessidades de saúde”. (PEDUZZI, 2005, p.22).

Rocha (1997) relata que o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, abrange os nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade realizada por meio de instrumentos, considerada em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles porque orienta todo o processo, os objetos e a finalidade.

Esse movimento de transformação do objeto de trabalho pelo homem, em um dado produto, especificamente na área da saúde, segundo Rocha (1997), é realizado por meio de instrumentos de trabalho correlacionados.

No trabalho em saúde, esses instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e são caracterizados em sua dimensão intelectual, enquanto saberes específicos, técnicas de ação e material, constituindo em um momento do processo de transformação voltado para a consecução da finalidade de atendimento das necessidades de saúde (ROCHA, 1997, p.270).

Nesse contexto, ao olharmos os processos de trabalho no conjunto das intervenções assistenciais, mobilizamos todo o aparato médico-tecnológico, conhecimentos e saberes específicos de cada profissional, além de uma abordagem assistencial simples. Essa relação entre duas pessoas, produz-se por meio de um “trabalho vivo em ato.” (MERHY, 1998, p.106).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana. Seu objetivo é a produção de saúde. É um trabalho que se completa no ato de sua realização, isto é, ao mesmo tempo em que está sendo executado também está sendo produzido. Assim, o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. E, nesse sentido,

o conjunto do trabalho em saúde gera um produto – os atos de saúde – e que esses atos são considerados capazes de intervir no mundo denominado problema de saúde, provocando uma alteração deste em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário. (MERHY, 1998, p.105)

Esse produto ou resultado relaciona-se com as necessidades que orientam o processo de trabalho que lida com “o objeto humano, que traz ao Serviço de Saúde, demandas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas como necessidades ou problemas de saúde”. (KURCGANT, 2005, p.2). Nesse contexto, no processo de trabalho em saúde, são estabelecidas relações com o objeto, instrumentos e produto, a partir das necessidades colocadas pelos indivíduos ou pela coletividade, com o objetivo de alcançar a finalidade desse processo: a saúde. As necessidades e prioridades da população são levantadas a partir de sua realidade e peculiaridades e sob critérios epidemiológicos e sociais. Esse seria “o eixo condutor da oferta de serviços, qualidade e resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (BRASIL, 2002a, p.62). Essa seria a finalidade do trabalho.

A finalidade do trabalho em saúde é suprir as necessidades que o geraram, pois o produto final será a própria assistência à saúde. Ela é produzida ao mesmo tempo em que é consumida, pois a atividade humana é articulada a uma finalidade sempre presente, antes e durante o processo. Rocha (1997, p.270) confirma essa idéia ao afirmar que o trabalho em saúde realiza-se ao mesmo tempo tecnicamente e socialmente, sob as necessidades presentes dentro dos contextos historicamente determinados pela vida em sociedade. O homem produz e se reproduz por sua relação com o trabalho, assumindo características históricas e sociais.

De acordo com Rocha (1997, p.266) é preciso compreender as práticas de saúde sob os aspectos de sua historicidade e de sua articulação social. As práticas inerentes ao processo de trabalho em saúde, são estabelecidas a partir das diversas relações existentes entre os vários atores sociais e de suas escolhas de intervir no processo saúde-doença no decorrer dos condicionantes e determinantes na vida dos indivíduos e das comunidades em um processo dinâmico e não linear. O trabalho em saúde, a partir dessa perspectiva, organizou-se baseado em práticas de saúde voltadas para a doença, isto é, evitando-a ou recuperando-a.

Esse modelo de entendimento da saúde e da doença atualmente reflete a hegemonia de produção e organização do trabalho em saúde que, segundo Leopardi (1999, p.34), tem dado sinais de esgotamento. A percepção da saúde apenas como ausência de doenças, determina práticas terapêuticas ineficazes, haja vista que a saúde não é produzida apenas por um fator ou de uma única determinada forma, mas por múltiplos fatores e de diversas formas.

O setor saúde tem que responder a essa pluralidade de necessidades, ou seja, às demandas de alta complexidade como também aquelas mais simples, do cotidiano das pessoas. A intervenção que visa apenas a recuperação do corpo biológico não tem respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois a concepção de saúde vai além da ausência de doenças.

O trabalhador em saúde transforma o objeto de trabalho em saúde, utilizando um saber específico (instrumento). Essa transformação pode se dar tanto na perspectiva da promoção à saúde, como da prevenção de doenças e agravos, como na recuperação e reabilitação. Merhy (1998, p.107), afirma que “os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de Saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo”. Essa produção será realizada por meio das práticas de saúde, configuradas sob a forma de prevenção das doenças, promoção da saúde, tratamento e recuperação.

No cenário atual, as transformações que influenciam diretamente o trabalho em saúde, estão redirecionando também os atos de saúde, isto é, as maneiras de intervir nos problemas de saúde de modo a provocar a satisfação da necessidade de saúde do usuário. O que se observa é a mudança do modelo assistencial a partir da reorganização do processo de trabalho.

O processo de trabalho em saúde possui uma dimensão coletiva, que integra a ação e complementa o processo de produção. Possui uma direção técnica, que abrange conhecimento e tecnologias. Sua organização define-se pelo resultado que se deseja alcançar, baseada na concepção de saúde e/ou doença. Nesse sentido, a concepção médico-curativa, embasada no sujeito biológico, tem por objetivo a produção da cura e se orienta pelas práticas de saúde fragmentadas, tecnicistas e curativistas. Em contrapartida, há a concepção orientada para uma forma mais ampliada de pensar saúde, baseada em seus determinantes e condicionantes, e em uma maneira mais eficaz de se fazer saúde, por meio de práticas voltadas para a promoção da saúde e a manutenção da qualidade de vida com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade. Esse é o desafio da atenção básica, que é marcada historicamente por ser o eixo orientador do SUS. (BRASIL, 2007a, p.15).

Na década de 80, o Brasil iniciou um movimento de mudança de modelo assistencial de saúde – Reforma Sanitária - marcado pela promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), na qual foi instituído o SUS. A implantação e a regulamentação do atual Sistema de Saúde deram-se por meio da Lei Orgânica da Saúde, Nº

8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços de saúde ; e da Lei Nº 8.142/90 que preconiza “a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições necessárias ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990b).

O Sistema público existente anteriormente ao Movimento de Reforma Sanitária, oferecia assistência apenas a uma pequena parcela da população, aquela integrada ao sistema formal de trabalho. (BRASIL, 2002a, p.14). Era necessário expandir esse atendimento a todos os cidadãos brasileiros.

Portanto, para que essa mudança fosse efetiva era necessário abrir as portas do Sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde, organizando a assistência de maneira que todos os níveis de complexidade estivessem integrados. (BRASIL, 2007a, p.15). Além dos aspectos relacionados ao tamanho da população a ser assistida, outros desafios se colocavam: o acesso às ações e Serviços de Saúde, a infra-estrutura e a capacidade instalada das Unidades, a distribuição geográfica dos Serviços e a oferta dos serviços associada às necessidades e à forma de financiamento, a organização e a regulação da assistência.

Essa abertura e essa possibilidade de mudança se dariam por meio da Atenção Básica. Hoje, “Atenção Básica é a terminologia utilizada no país e internacionalmente para determinar atenção primária à saúde, atualmente um componente essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde.” (TURCI, 2008, p.44). Outros conceitos também são explicitados, mas a idéia central da Atenção Básica perpassa todos eles por ser uma “filosofia que deve permear todo o sistema de saúde”. (TURCI, 2008, p.44). Foram adotadas duas grandes linhas de ação estratégicas e fundamentais: a ampliação da Atenção Básica e a regionalização e organização da assistência à saúde (BRASIL, 2002a, p.53), de modo que as ações se voltassem para a conformação entre os diferentes níveis de complexidade de maneira articulada.

No primeiro momento de reorganização, a Atenção Básica procurou ser a porta de entrada do sujeito no que se refere à sua necessidade prioritária de saúde, pois ela “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006b, p.10). Para isso, se desenvolveu a partir de práticas de saúde organizadas e articuladas que contemplassem esse sujeito com uma assistência fundamentada nos preceitos do SUS e orientou-se pelos

“princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2006b, p.10).

Para operacionalizar as ações de saúde, a Atenção Básica organiza-se fundamentada no acesso universal e contínuo, reafirmando a idéia de porta de entrada preferencial, a fim de garantir serviços de saúde de qualidade e resolutivos; e equidade nas ações, respeitando-se as diferenças inerentes aos sujeitos. Além disso, apóia-se na integralidade desenvolvida a partir de atividades programáticas de demanda espontânea, articulando-se práticas de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, a partir da concepção mais ampliada de saúde; e desenvolve vínculo e responsabilização das ações de saúde e sua resolutividade, entre equipe, usuário e comunidade. Somando-se a esses preceitos, visa a capacitação de trabalhadores de saúde e estímulo à participação popular, ao controle social, e à avaliação constante de resultados. (BRASIL, 2006a, p.11).

A partir dessa organização e com o objetivo de tornar essas ações integradas e resolutivas, o processo de trabalho nos Serviços de Atenção Básica é desenvolvido por equipes multiprofissionais com atribuições específicas. Esses profissionais programam e implementam suas atividades priorizando soluções para os problemas de saúde mais frequentes e com vistas a prevenir danos evitáveis. Para isso, são desenvolvidas ações educativas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, e que possam interferir no processo de saúde da população; sem prejuízo para as ações de recuperação, tratamento e reabilitação. Portanto, oferecem “assistência básica e, integral, contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso” (BRASIL, 2006a, p.19) a partir de qualquer queixa do usuário. São desenvolvidas, além das atividades programáticas, ações voltadas para a assistência à demanda espontânea e de integração com os níveis de média e alta complexidade, através da “coordenação do cuidado na rede de serviços.” (BRASIL, 2006b, p.11).

No entanto, apesar de todos os esforços, a Atenção Básica ainda não desempenha o papel de porta de entrada e não responde às necessidades de atendimento do usuário, sendo um quesito em que o SUS ainda não obteve sucesso, persistindo significativas desigualdades de acesso (BRASIL, 2007a, p.15). Esse é um desafio que se coloca ao modelo de atenção à saúde e à proposta de substituição das ações de assistência médica individual por preceitos e programas voltados para os interesses coletivos, em que se realizem efetivamente atividades de promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde, sob os princípios do SUS, como propõe o PSF, considerando que “a estratégia de Saúde da Família possui caráter substitutivo

em relação à rede de atenção básica tradicional”, (BRASIL, 2006a, p.21), não de criação de novos Serviços, mas sim a substituição das práticas convencionais de assistência e de suas ações.

Com a efetivação do SUS, a partir da década de 90, foram necessárias novas estratégias de atenção que abrangessem as dimensões bio-psíquica e social dos indivíduos. A Saúde da Família foi uma dessas estratégias, utilizada como instrumento de uma política de universalização da cobertura da Atenção Básica, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde, pois “visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS.” (BRASIL, 2006a, p.20). Dessa forma, busca-se, a partir da “garantia integral aos indivíduos e famílias, assegurar a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema sempre que requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica”. (MERHY, 2006, p.57).

Nessa perspectiva, a Saúde da Família, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionaliza-se através do trabalho realizado por uma equipe multiprofissional. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e essas pessoas ou essas famílias passam a ter co-responsabilidade no cuidado à sua própria saúde. (BRASIL, 2006a, p.24) Pretende-se, dessa forma, mudar a maneira de se produzir saúde, assim como os diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários.

A atuação das equipes pode ocorrer na unidade de saúde, nas residências caracterizando-se,

como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006a, p.52).

Para isso, as atividades são desenvolvidas de maneira planejada e programada com base na análise epidemiológica da comunidade e com o eixo centrado na vigilância à saúde. Essa assistência ocorre pelo desenvolvimento de práticas de saúde, “com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador” (MERHY, 2006, p.95), executadas por uma equipe multidisciplinar, buscando integrar áreas técnicas e profissionais de diversas formações. “A prática do cuidado familiar é ampliado e efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, de modo a propor intervenções que influenciem o processo de saúde-doença dos indivíduos, da família e

da própria comunidade.” (BRASIL, 2006a, p.26). Essa organização do trabalho possibilita às equipes a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Assim, o PSF organiza-se a partir da territorialização e adscrição da clientela; atua em uma área delimitada, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional a partir de dados epidemiológicos da comunidade, buscando conhecer indivíduos e famílias com o objetivo de intervir mais eficazmente sobre seus problemas e necessidades de saúde. Merhy (2006, p.57) afirma que esse novo formato de assistência, proposto no âmbito do PSF, conta com conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia e vigilância à saúde, que orientam as práticas de saúde.

A vigilância à saúde “se fundamenta na epidemiologia e nas ciências sociais, ao contrário do modelo da história natural das doenças que privilegia o indivíduo e a fisiopatologia.” (PAIM, 2000, p.68). Dessa forma, de acordo com Paim (2000, p. 44) as ações consideram os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e não apenas a biologia humana e os estilos de vida, mas também o sistema de organização de serviços – contemplando a prevenção, a cura e a recuperação, e o ambiente – que envolve o social, o psicológico e o físico.

Nessa perspectiva, volta-se a atenção para a família, entendida e percebida a partir de seu ambiente e de seus determinantes biológicos, sociais, econômicos e o acesso aos serviços de saúde. Assim, preconiza-se a ampliação de acesso ao serviço de saúde, por meio da assistência contínua ao indivíduo, à família e à comunidade.

No entanto, de acordo com Merhy (2006, p.96) o PSF contém os seus acertos e seus erros, pois somente a forma de organização do serviço nas Unidades de PSF, isto é, a sua estrutura, não é suficiente para mudar o perfil dos Serviços de Saúde, que culminam em maior ou menor resolutividade. É necessário que haja mudança no modo de se produzir o cuidado e de se promover a saúde da população. Isso só se dará no nível das relações estabelecidas entre os diversos setores, níveis de complexidade, trabalhadores de saúde e usuários.

Torna-se importante ressaltar que “o modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário” MERHY (2006, p.107). Somente dessa forma, será possível produzir-se a articulação de saberes e práticas, de níveis de atenção, de trabalhadores e usuários. “A produção do cuidado é possível a partir dos dispositivos operando em rede, dentro de um dado sistema de saúde, em que os diversos serviços interagem generosamente

em seu favor, o que por si pressupõe voltado aos interesses e necessidades do usuário.” (MERHY, 2006, p.110).

Atualmente, somos espectadores de várias tentativas de complementaridade dos diversos níveis de atenção, por meio de discussão e de implantação de políticas que possam alcançar o formato preconizado pelo SUS, contemplando a universalidade, a integralidade e a equidade. Observa-se porém que, apesar dos avanços na (re) formulação de políticas públicas, a mudança do paradigma assistencial permanece como utopia para o SUS. O resultado dessa situação reflete-se diretamente na qualidade do serviço oferecido, tanto com relação à resolutividade quanto à humanização da assistência.

3.2 A Atenção Básica em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, com a descentralização e a hierarquização dos serviços públicos de saúde, tornou-se um desafio para o município a implantação de mudanças. Foram criados, em 1989, os nove distritos sanitários que correspondem às nove Administrações Regionais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (FIG.1).

Os distritos sanitários possuíam perfis heterogêneos e a estratégia utilizada para o enfrentamento dessa questão foi a “organização de ações e serviços, a partir de uma base territorial-populacional, baseada na definição de territórios de responsabilidade das Unidades Básicas e da construção de um conhecimento sobre a realidade sócio- sanitária da população que habita essas áreas.” (VELOSO, 1998, p.88).

Atualmente os nove distritos sanitários têm definida sua área de abrangência, seu espaço geográfico, seu contingente populacional e seu recorte administrativo. Existem, em média, de 15 a 20 UBS por distrito, além de Unidades de Referência Secundária (URS), que correspondem aos antigos Postos de Atendimento Médico (PAM), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais públicos e da rede contratada. Somente as UBS existem em todos os distritos sanitários. Outros equipamentos de saúde são em menor número e localizados em regiões estratégicas da cidade.



Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Belo Horizonte

Fonte: BELO HORIZONTE. Distritos Sanitários. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/figuras/reg-bh01.jpg>. Acesso em: 16 dez.2008.

Resgatando a história da construção dos distritos sanitários, Veloso (1998) afirma que o processo de organização, foi realizado em equipe, contribuindo para a aproximação dos profissionais entre si e dos profissionais com a realidade das pessoas que assistiam. Entretanto, apesar dos esforços, avanços e experiências, “o sistema permaneceu fragmentado, atendendo à demanda de forma desorganizada e insuficiente” (VELOSO, 1998, p.89). O modelo assistencial ainda era médico-centrado, voltado para a doença do indivíduo, e não para os determinantes e condicionantes de sua saúde. De acordo com essa mesma autora, as Unidades permaneceram com uma população excedente que pressionava para obter assistência e saturava as portas de entrada da Atenção Básica. Não se tinha conhecimento sobre o adoecer de parcela da população que utilizava os outros níveis de atenção (secundário, terciário) e as urgências.

No momento inicial de construção dos Distritos Sanitários, a visão de um Sistema incluindo os diversos níveis e sua complexidade existia teoricamente, ainda que sua viabilidade só pudesse ser vislumbrada na construção de parcerias, e na construção de fluxos.

(VELOSO, 1998, p.90). Não havia articulação entre os níveis de assistência, de mecanismos de referência e contra-referência, o que colocava, para o paciente, o ônus de abrir portas em cada instância, desreponsabilizando o Serviço pela continuidade da assistência. Em 1992, toda a rede pública ambulatorial, incluindo as Unidades Básicas, estava municipalizada, apesar das dificuldades de recursos humanos, estrutura física e organização.

Em 1993, com a Frente BH Popular, a nova gestão orientou-se para a construção de um projeto que envolvesse o conjunto de ações e serviços realizados no SUS em Belo Horizonte. Buscava-se superar o Sistema fragmentado, pouco resolutivo, de responsabilidades não assumidas na assistência ao usuário. Foi necessário intervir em todos os níveis de atenção à saúde e isso foi possível pela habilitação do município de Belo Horizonte à Gestão Semiplena. “A ousadia de ser um dos primeiros municípios brasileiros a se habilitar, em novembro de 1994, permitiu a organização do sistema pela possibilidade da gestão integrada de ações básicas, da atenção secundária e da urgência e internação.” (VELOSO, 1998, p.93).

Na Atenção Básica, buscava-se um “modelo de assistência comprometido com a vida e responsável pelo atendimento integral.” (VELOSO, 1998, p.93). Para isso, foi necessário romper com a prática de ofertar as ações programáticas, que fechava as portas para o sofrimento agudo, por meio da implantação do acolhimento em 1996. O acolhimento foi a estratégia utilizada para se atender a necessidade de ampliação de acesso, mudando o processo de trabalho das equipes, com a abertura das portas das UBS para o usuário e suas necessidades de saúde. O objetivo era dar resolução aos problemas de saúde do usuário, responsabilizando profissionais, usuários e serviços por essa tarefa. O acolhimento, na verdade, foi e continua sendo “uma tentativa de melhoria da qualidade do serviço prestado e de acesso, que resgatasse a humanização do atendimento e o compromisso com as necessidades dos usuários.” (MALTA, 1998, p.121).

Nesse sentido, foram incorporados, à prática, outros saberes profissionais, além do saber médico, motivando trabalhadores e redirecionando ações. Isto mudou o perfil de atendimento das Unidades, pressionando o Sistema para a busca de suas insuficiências (retaguarda em caso de urgências, leitos para internação, etc). Contudo, a organização dessa retaguarda ainda é uma questão que se coloca até o momento. Uma das estratégias utilizadas para reorganizar a Atenção Básica e sanar esses problemas foi à adoção da estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte.

As primeiras Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte foram implantadas em fevereiro de 2002. O início do PSF, com cerca de 176 equipes, deu-se com a participação dos profissionais de saúde que já trabalhavam na rede. As Equipes foram alocadas nos

Centros de Saúde, ficando responsáveis pela assistência à saúde das regiões onde era maior o índice de vulnerabilidade. Alguns Centros de Saúde organizaram “equipes de apoio” ou “equipes ampliadas”.

Em 2003, foram instituídos espaços de discussão a fim de avaliar a política de saúde do município. No âmbito da Atenção Básica, avaliaram-se o funcionamento e a qualidade dos serviços prestados nos Centros de Saúde. “Havia imprecisão da proposta de organização do processo de trabalho em nível micropolítico, e após intensa discussão no âmbito da gestão municipal, foram feitas definições estratégicas, descritas no documento – Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal – 2003.” (TURCI, 2008, p.34).

Esse documento reafirmou a Saúde da Família como eixo norteador da organização da Atenção Básica, que passou a ser compreendida em um único modelo de atenção, pautado em diretrizes comuns, a serem implementadas pelos diversos profissionais dos Centros de Saúde.

Foram definidas também as diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico da saúde da família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações Intersetoriais e o acolhimento. (TURCI, 2008, p.35).

Atualmente em Belo Horizonte,

a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre as quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população. (TURCI, 2008, p.46).

O processo de implantação da estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte mostrou vários avanços, tais como:

- Reorganização do processo de trabalho e mudança na abordagem ao usuário, com consequente ampliação do vínculo com o Centro de Saúde;
- Ampliação do acesso aos Serviços de Saúde,

- Abrangência da atuação voltada para a promoção à saúde, cuidados domiciliares, prevenção de doenças e prestação de cuidado continuado;
- Aumento na complexidade do cuidado médico e de enfermagem (TURCI, 2008, p.34).

De modo genérico, diz-se que o papel primordial da saúde da família no SUS-BH é propiciar à reorganização da assistência a saúde a partir da atenção básica, mediante a reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços. Assim, a estratégia de saúde da família seria potencializadora para a efetiva implementação dos princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade. (TURCI, 2008, p.54).

Atualmente, a rede de Atenção Básica de Belo Horizonte, conta com 508 equipes de saúde da família responsáveis pela assistência a aproximadamente 75% dos habitantes da cidade (436.420 famílias cadastradas e 1.739.000 indivíduos cadastrados) e distribuídas em 142 Centros de Saúde (TURCI 2008, p.46). Devido à influência da criação dos distritos sanitários na assistência com definição de territórios e áreas de abrangência na década de 90, as ações na Atenção Básica são hoje voltadas para a vigilância em saúde, ações programáticas e oferta organizada.

Porém, na Atenção Básica, apesar de se adotar o dispositivo do acolhimento desde 1996, no processo de trabalho dos profissionais de saúde e com a estratégia de Saúde da Família desde 2002, há ainda muitos desafios a se enfrentar, abrangendo questões amplas e delicadas. Entre eles, Turci (2008, p.38), cita:

- A violência, associada à pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar, que extrapolam o campo de atuação do Serviço, mas que exige articulação do Serviço com políticas públicas sociais e urbanas.
- Inadequação do dimensionamento de insumos e equipamentos que acompanhasse a ampliação da atenção e do modelo proposto, dificultando o gerenciamento, o processo de trabalho e a qualidade na assistência.
- Insuficiente oferta de profissionais com perfil adequado para o trabalho na atenção básica, sobretudo na estratégia de saúde da família, e rotatividade de profissionais, principalmente do médico. Associada a isso, tem-se a falta de capacitação dos profissionais para a prática da atenção primária e para a abordagem aos problemas sociais e suas repercussões na área da saúde.

- Existência de lacunas em relação ao modelo assistencial, que se traduz pela falta de clareza quanto à definição de papéis e dificuldades do trabalho em equipe.
- Falta de integração com as áreas de ação coletiva (vigilância sanitária, zoonoses e saúde do trabalhador).
- Persistência do modelo biomédico na prática profissional e consequente medicalização, associados a inadequação de protocolos e sua insuficiente ou incorreta utilização.

E, em especial,

- Aumento da demanda para outros níveis do Sistema, devido à ampliação do acesso na Atenção Básica, sem a devida adequação dos outros níveis de atenção.
- Dificuldade em garantir a integralidade, devido à deficiência na articulação da rede de serviços da atenção secundária e em especial da urgência, que é um dos pontos centrais deste estudo.

Para enfrentar esses desafios “vem sendo aprofundada a desafiadora articulação da grade de referência em urgência, visando clarear papéis e responsabilidades dos diversos serviços nos atendimento dos casos de urgência/emergência e agudos.” (TURCI, 2008, p.43).

3.3 Contextualizando o Atendimento Pré-hospitalar

O atendimento pré-hospitalar (APH), fora do ambiente do hospital, teve seu esboço na França, durante a Revolução Francesa, no século XVIII, em 1792, por iniciativa do médico francês Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão, “que utilizando uma “ambulância” levava atendimento precoce aos soldados, já no próprio campo de batalha.” (CAMPOS, 2005, p.11). Seu intuito era o de aumentar-lhes a chance de sobrevivência, levando em consideração o critério do tempo de início de atendimento, como fator primordial para evitar a morte. Esse médico, observando a atuação negligente dos outros médicos em campos de batalha, com relação ao transporte dos feridos, implementou o uso de carroças com duas rodas, que fossem mais confortáveis e proveu medidas de primeiros socorros antes do transporte.

Dominique-Jean Larrey desenvolveu todos os preceitos relacionados ao cuidado de emergência utilizados até os dias de hoje e que, segundo Nitscheke (2003, citado por MARTINS, 2004) são: 1) rápido acesso ao paciente por profissional treinado; 2) tratamento e estabilização no campo de batalha; 3) rápido transporte aos hospitais de campanha apropriados; 4) cuidados médicos durante o transporte.

O atendimento aos soldados no campo de batalha desenvolveu-se no século XIX, levando, em 1863, à formação da Cruz Vermelha cuja atuação se destacará nas Guerras Mundiais do século XX. (RAMOS, 2005, p.356).

A assistência pré-hospitalar, baseada na precocidade do atendimento, no próprio local e nos cuidados durante o transporte, continuou a desenvolver-se durante várias guerras na Europa e, em 1956, segundo Martins (2004), foi criado o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação (SMUR) com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar. Campos (2005) relata que, em 1960, como estratégia de melhoria desse atendimento, foram iniciados treinamentos adequados às equipes de socorro e incorporado o médico ao atendimento local, com vistas a aumentar as chances de vida do paciente.

Em 1965 o Ministério de Saúde Francês impôs a certos centros hospitalares a dotarem-se de meios móveis de socorro de emergência, surgindo a partir de então, os Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); criados para administrar as chamadas médicas que apresentaram um caráter de emergência (NITSCHKEKE, 2003, citado por MARTINS, 2004).

De acordo com Paiva (2007), em 1968, foi instituído oficialmente, na França, o SAMU cuja finalidade era a de coordenar as atividades do SMUR, de modo a imprimir racionalidade e eficácia aos serviços de atendimento pré-hospitalar existentes, dando-lhes uma diretriz única. Dessa forma, foi criada uma central de atendimentos, chefiada por um profissional médico, que coordenava e orientava, à distância, os profissionais que atuavam no SMUR. Essas equipes também atendiam nos domicílios, configurando a formatação do atendimento pré-hospitalar até os dias atuais.

O modelo francês de APH, segundo Campos (2005), tem como pilares, o saber e a prática médica tanto na regulação, quanto no atendimento e no monitoramento do paciente, e vem servindo de modelo e referência para o serviço de urgência brasileiro, concebidos a partir da figura central do médico.

No Brasil, o esboço desse serviço de urgência ocorreu em 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa. De acordo com Ramos (2005), o APH era moldado no modelo europeu. Usava carruagens, baseava-se prioritariamente no transporte e não nos cuidados

precoces. Somente em 1893, o Senado da jovem República Brasileira, aprovou a lei intitulada “O socorro médico de urgência em via pública” que pretendia estabelecer socorro médico de urgência nas vias públicas, o que foi conseguido somente em 1904, com a chegada de ambulâncias vindas da Europa. Consta ainda que, antes da chegada dessas primeiras ambulâncias, em 1899, o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, colocava em ação uma ambulância de tração animal para realizar o referido atendimento, caracterizando o papel histórico dessa corporação na prestação desse serviço. Além disso, segundo Paiva (2007), em 1901, houve uma nova tentativa de implantar o Serviço de Urgência Urbano, mas devido a Primeira Guerra Mundial, que absorvia toda a produção de carros, a renovação da frota de veículos não pode ser realizada.

De acordo com Ramos (2005, p.356), “através do Decreto no. 395 de 7 de outubro de 1893, as emergências médicas ficaram sob a responsabilidade dos médicos do serviço legal da Polícia Civil do estado e em 1910, o Decreto no. 1392, tornou obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes” . Segundo Paiva (2007), em 1920, com o fim da Primeira Guerra Mundial, o governo federal renovou a frota de ambulâncias, mas algumas questões relacionadas com falhas graves do pronto atendimento médico-cirúrgico de urgência dificultaram a implantação de uma política voltada para o atendimento pré-hospitalar. Em 1950, foi implantado em São Paulo, através do Decreto N°. 16629, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, que atendia os casos de urgência da cidade, realizando o transporte de vítimas e acidentados aos hospitais públicos e conveniado. Essa atividade teve continuidade após a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

A partir de 1975, com a Lei N°.6229 (BRASIL, 2009), a responsabilidade de todo o processo de trabalho voltado ao atendimento às urgências, foi deslocado para os municípios.

Na década de 80, segundo Ramos (2005), o Estado de São Paulo contava com um serviço destinado ao atendimento às urgências e emergências pelo número telefônico 192. Este, por sua vez, era considerado ineficaz, pois não possuía equipes específicas e a frota de ambulâncias era insuficiente. Por esses motivos, o serviço tinha um caráter mais de remoção inter-hospitalar e domiciliar do que propriamente de atendimento às vítimas.

A partir daí, o APH passou a ser executado por intermédio das Secretarias de Saúde e do Corpo de Bombeiro mediante convênio de cooperação em várias cidades.

Em São Paulo, de acordo com Ramos (2005, p.357), no ano de 1979, foi assinado um “protocolo de intenções” entre a Prefeitura de São Paulo e o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, constituindo um serviço de ambulâncias da Prefeitura

Municipal com profissionais treinados pelo corpo de bombeiros. No início dos anos 90, foi implantado, em São Paulo, o Sistema de APH na Corporação dos Bombeiros do Estado de São Paulo, com pessoal treinado em suporte básico e suporte avançado à vida.

Ramos (2005, p.357) afirma que, no Rio de Janeiro, por meio do Decreto Governamental, de dezembro de 1985, foi criado o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado, da Secretaria de Estado da Defesa Civil. O Grupo de Socorro de Emergência era formado por 19 ambulâncias de Unidades Móveis de Terapia Intensiva. Sua equipe era composta de um médico e dois enfermeiros, além do motorista. Este serviço se vinculou a uma estrutura já existente, a do Resgate do Corpo de Bombeiros.

A implantação do Serviço de Resgate no Distrito Federal se deu em 1982, sob a responsabilidade do Corpo de Bombeiros e operacionalizado por viaturas denominadas Unidades Táticas de Emergência (UTE). Esse serviço tinha basicamente as funções de transporte e de remoção de pessoas.

Segundo Paiva (2007), a mudança no perfil epidemiológico da morbi-mortalidade no país resultou, na década de 90, em um acordo assinado entre o Brasil e a França. Feito por solicitação do Ministério da Saúde brasileiro, o acordo deu origem ao SAMU. Esse serviço foi lançado inicialmente na cidade de São Paulo e contava com uma unidade de suporte básico (a fim de atender de 100 a 150 mil pessoas) e uma unidade de suporte avançado (para 400 a 500 mil).

Apesar do acordo com a França, a realidade brasileira não permitia a manutenção do sistema no molde francês devido à escassez de recursos. Houve necessidade de adaptações à nossa realidade, daí a mesclagem dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar do Brasil. (RAMOS, 2005, p.357)

Em 1990, foi proposto pelo Ministério da Saúde e implantado em Curitiba o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) que serviu de modelo para a estruturação do APH em nível nacional. Nesse serviço, o atendimento era realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros e contava com médicos no sistema regulador que poderiam ser deslocados para o local da emergência quando necessário, dependendo da situação. (RAMOS, 2005, p.357).

Em fevereiro de 1999, o SAMU foi mais uma vez expandido em Curitiba, com a inclusão das Unidades de Suporte Básico (USB), mantendo a Central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar coesos e interligado, organizado e supervisionado pelo coordenador do Programa de Assistência Emergencial, no qual se insere o SAMU. (RAMOS, 2005, p.357).

Atualmente 56 Serviços de Atendimento Móveis de Urgência estão implantados e em operação em todo Brasil. Entre as capitais brasileiras, estão presentes em São Paulo, Recife, Natal, Fortaleza, Belém, Curitiba, Porto Alegre, Florianópolis, Belo Horizonte, Aracaju, João Pessoa, Goiânia, Maceió, São Luiz, Terezinha e Palmas.

Do final da década de 80 até os dias atuais, as bases do atendimento pré-hospitalar no Brasil estão pautadas no SUS e na Constituição Brasileira e têm contribuído para a melhoria do atendimento de urgência e da qualidade de sobrevivência do usuário. Com base nos princípios doutrinários do SUS - universalidade, equidade e integralidade - todas as pessoas, independentemente de sua condição sócio-econômico-cultural, têm direito a serem acolhidas e atendidas no SUS igualmente, conforme suas necessidades diferenciadas e individuais.

Tomando a direcionalidade dada pelos princípios e diretrizes do SUS, a implementação de políticas públicas voltadas para o APH no Brasil teve início no começo da década de 90, com o Programa de Enfrentamento às Urgências e Traumas/Projeto de Atendimento Pré-hospitalar, desenvolvido por Instituições de Segurança Pública, sobretudo o Corpos de Bombeiros.

De acordo com Martins (2004), desde o início da década de noventa, surgiram, em todo o Brasil, Serviços de APH prestados pelos Corpos de Bombeiros Militares Estaduais. Os profissionais bombeiros eram capacitados para assistir as urgências por meio de um curso técnico específico para o atendimento a vítimas e por isso eram chamados “socorristas”.

O Corpo de Bombeiros tentou assumir, como sua, a atribuição de prestar assistência à saúde no ambiente extra-hospitalar, em situações de urgência e emergência. Porém, pelo fato de o Corpo de Bombeiros não ser uma instituição de saúde, surgiram várias limitações, relacionadas principalmente ao conhecimento técnico científico, e às implicações morais e éticas que permeiam esse fato. Por isso, há quase duas décadas, o Corpo de Bombeiros “presta apenas um atendimento limitado, denominado de Suporte Básico de Vida (SBV) – com base em protocolos padronizadores da assistência –, consolidando-se como uma prática reiterativa ou imitativa.” (MARTINS, 2004, p.17).

Atualmente o Corpo de Bombeiros e outros profissionais não oriundos da saúde, exercem uma ação pactuada, complementar e integrada ao serviço de urgência. “Podem realizar suporte básico de vida com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou a distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio da equipe de saúde” (BRASIL, 2002b, p.54).

Com o objetivo de reorganizar os atendimentos, as responsabilidades e as regulações, ainda na década de 90, a atenção às urgências foi objeto de iniciativas por parte do

governo. Em junho de 1998, com a Portaria do Ministério da Saúde N.º 923, (BRASIL, 1998) houve investimento nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos.

A partir de 2000, o IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, realizado em Goiânia, suscitou grande mobilização de técnicos da área de urgências e a participação formal do Ministério da Saúde. Discutiu-se e planejou-se o conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências.

Essa discussão serviu de base para a Portaria do Ministério da Saúde N.º.2048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002b) que estabeleceu os princípios e as diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, definindo normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência e criação das Coordenações do Sistema Estadual de Urgências. Essa portaria contempla vários aspectos relacionados ao atendimento de urgência, considerando o crescimento da demanda por serviços nessa área e a relevância da mesma, como importante componente da assistência à saúde.

Em especial no capítulo IV, a Portaria N.º 2048 (BRASIL, 2002b), aborda as Diretrizes do Atendimento Pré-hospitalar Móvel, considerando-o como

nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhes atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (BRASIL, 2002b).

Outro avanço no atendimento às urgências e emergência abordado no IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências foi a discussão das bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências, que culminou em 29 de Setembro de 2003, com o estabelecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), através da Portaria do Ministério da Saúde N.º. 1864 (BRASIL, 2003b).

A Portaria N.º 1863, instituiu a “Política Nacional de Atenção às Urgências”, com o objetivo de implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, considerando a “necessidade de garantir referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção.” (BRASIL, 2003a).

Dessa forma, a portaria incorpora, em suas diretrizes, os princípios do SUS, voltados para o contexto de atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais,

violências e suicídios). Procura assegurar a integração dos diversos níveis de atenção, promovendo o intercâmbio dos diversos saberes e práticas. Traz, ainda, a prerrogativa “da cadeia de manutenção da vida”, sendo seus componentes:

* Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, conforme Portaria GM/ MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002.

* Componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

* Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

* Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária. (BRASIL, 2003a)

Dando continuidade à reformulação do setor de urgência, a Portaria do Ministério da Saúde N.º 1.864, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b), “institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro.” Definiu, ainda, os parâmetros de estruturação desses serviços, abrangendo recursos físicos, recursos materiais (fixos e de consumo), recursos humanos e financiamento utilizando o critério de número de habitantes por cidade.

Dessa forma, o SAMU foi criado em 2003, pelo Governo Federal, como componente principal da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a) que teve como diretrizes básicas a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social e a humanização. do atendimento.

O atendimento em nível pré-hospitalar é “aquele que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar a seqüelas, sofrimento e morte, sendo necessário seu transporte adequado para um serviço de maior complexidade”. (BRASIL, 2003b), sendo o “SAMU um programa que tem como finalidade

prestar o socorro à população em casos de emergência”, (BRASIL, 2008) em tempo hábil, capaz de prevenir mortes prematuras, decorrentes da falta de atendimento.

O SAMU é um serviço que atende a “cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica”. (BRASIL, 2006c, p.45). Esse atendimento pode ser classificado como primário, quando a solicitação for proveniente de um cidadão; ou secundário, quando a demanda por atendimento partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já recebeu um primeiro atendimento a sua necessidade de saúde mas que, devido à limitação de aparato tecnológico, físico e de recursos humanos, demande um serviço de maior complexidade.

O SAMU funciona 24 horas por dia e é oferecido à comunidade em geral de forma inteiramente gratuita, desde o telefonema, até a assistência prestada. Esse atendimento possui acesso facilitado, pois o chamado é feito, pelo número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgências do SAMU, de acordo com Decreto da Presidência da República N.º 5.055, de 27 de Abril de 2004 (BRASIL, 2004a).

Para organizar o processo de trabalho no serviço, o atendimento do SAMU foi estruturado com base em uma Regulação Médica e na divisão do atendimento em nível de Suporte Básico de Vida (SBV), realizado por profissionais de Enfermagem e Suporte Avançado de Vida (SAV), no qual o médico está presente, de acordo com a necessidade da situação.

A Central de Regulação Médica é composta por médico regulador, teledigifonistas, e operadores de rádio. O médico regulador gerencia todo o sistema, orientando as equipes que tripulam as ambulâncias, recebendo e acolhendo as solicitações de auxílio da população e oferecendo uma resposta a suas necessidade. A resposta pode ser desde um conselho, uma orientação ou o deslocamento de uma ambulância até o local de solicitação do atendimento. A equipe que compõe o SAMU oferece os primeiros atendimentos ao paciente e, sendo o médico regulador uma autoridade sanitária, tem o poder de reservar leitos em hospitais públicos, a fim de garantir a continuidade do atendimento prestado. Para tanto, ele exerce as seguintes funções:

Atividades técnicas, administrativas, gerenciam conflitos e poderes, sempre no sentido de garantir acesso ao recurso mais adequado a cada necessidade e propiciando um adequado fluxo de usuários na Rede de Atenção às Urgências. (...) sendo responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (BRASIL, 2006c, p.53)

O objetivo central da implantação de uma Central de Regulação de Urgências e Emergências para estruturar a Regulação Médica é organizar o atendimento às urgências e emergências, desde o nível básico até o mais complexo. O acolhimento e atendimento aos portadores de quadros agudos ou crônicos agudizados, como prerrogativa da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006a) e da Política de Atenção das Urgências (BRASIL, 2006b) devem ser prestados por todas as portas de entrada do SUS, desde as unidades básicas de saúde até os hospitais, passando pelas unidades móveis de urgência caso seja necessário. O intuito desse primeiro atendimento é possibilitar a resolução do problema inicial, e, após a estabilização do quadro, oferecer o encaminhamento para um serviço de maior complexidade.

Com o objetivo de estabelecer as atribuições das Centrais de Regulação Médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192 foi publicada a Portaria N°. 2.657 (BRASIL, 2004b), em 16 de dezembro de 2004. Essa portaria considera a urgência como uma das portas de entrada do sistema e, a partir dessa entrada, os fluxos são ordenados com integração aos demais níveis de atenção. Dessa forma, a Regulação Médica das Urgências, operada pelas Centrais de Regulação Médicas às Urgências,

é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos pedidos de socorro que acorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso (BRASIL, 2004b, p.64).

Quando necessário, o médico regulador envia uma ambulância ao local da solicitação do atendimento. A ambulância a ser liberada obedecerá a protocolos que estabelecerão em quais circunstâncias serão necessários tipos diferenciados de ambulância segundo critérios de urgência. “Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos”. (BRASIL, 2006c, p.55). As ambulâncias são classificadas em:

- **Tipo A** — Ambulância de **Transporte**: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- **Tipo B** — Ambulância de **Suporte Básico**: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por dois profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- **Tipo C** — Ambulância de **Resgate**: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). Tripulada por três profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.
- **Tipo D** — Ambulância de **Suporte Avançado**: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. Tripulada por três profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.
- **Tipo E** — **Aeronave de Transporte Médico**: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil. O atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida:
 - para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;
 - para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.
- **Tipo F** — **Embarcação de Transporte Médico**: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade. Tripulada por dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.
- **Veículos de Intervenção Rápida** — estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.
- **Outros Veículos** — veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex.: pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica. (BRASIL, 2006c, p.55)

O SAMU tem formatação adequada para o atendimento às urgências e emergências, pois oferece atendimento equânime e integral à comunidade em geral, com acesso facilitado, por ser um serviço móvel e humanizado.

A Política Nacional das Urgências (BRASIL, 2006b) priorizou a organização dos fluxos de atenção às urgências, a fim de definir conceitos e parâmetros técnicos homogêneos para a atuação articulada das equipes de regulação e dos diversos níveis de atenção. Segundo o Manual de Regulação Médica das Urgências “esta política transestorial apóia-se na atividade das centrais de regulação médica de urgências para tomar corpo e ganhar concretude” (BRASIL, 2006c, p.5).

É importante ressaltar que o atendimento às urgências/emergências exige uma rede articulada de serviços que vai do primeiro contato na Atenção Básica aos hospitais de referência. Em Belo Horizonte, os Serviços existem e as dificuldades residem na realização de trabalho articulado em rede.

Essa situação se relaciona com o fato de que “a rede pública ambulatorial se organizou de forma heterogênea e desarticulada”. (MAGALHÃES, 1998, p.266). Segundo o autor, os Centros de Saúde, “eram ligados à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde, com perfil de atenção básica, com pequeno aporte tecnológico, sem apoio diagnóstico e terapêutico adequados, com composição restrita de recursos humanos.” O Serviço de urgência, representado por hospitais, tinha também a possibilidade de funcionar como porta de entrada do sistema, por obrigar os Serviços de urgência a manter pacientes com o primeiro atendimento feito, aguardando, por vários dias, um leito disponível, nas salas de observação (MAGALHÃES, 1998).

Para enfrentar a situação que gerava descrédito perante os usuários e trabalhadores, em 1994, a SMSA/PBH, cumprindo deliberação da IV Conferência Municipal da Saúde, elegeu, como uma das prioridades do governo, o enfrentamento do problema das urgências e emergências em Belo Horizonte. Foi elaborado um projeto global de atenção às urgências e emergências, com o objetivo de nortear as ações que tinham como premissa básica a articulação entre serviços e ações.

O projeto de Reorganização da Atenção às Urgências e Emergências em Belo Horizonte contou com ações voltadas para todo o Sistema de Saúde do município, passando pelas Unidades ambulatoriais, Unidades de pronto-atendimento 24 horas, Prontos socorros hospitalares, Rede de urgência em odontologia e saúde mental, Atenção pré-hospitalar, Central de internação, retaguarda hospitalar própria e contratada.

Com relação à atenção pré-hospitalar móvel, Magalhães (1998, p.276), relata que, desde 1992, havia um projeto conjunto da Secretaria Municipal de Saúde, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e do Corpo de Bombeiros para esse tipo de assistência. Inicialmente se contava com sete Unidades de resgate básico, localizadas em bases estratégicas do Corpo de Bombeiros, além de uma USA, localizada no Hospital Odilon Behrens.

A proposta inicial era o atendimento às vítimas de traumas por acidentes de trânsito, acidentes graves por ocorrências nas áreas de risco e acidentes de trabalho. Para Paiva (2007), a equipe de cada Unidade era composta por três bombeiros socorristas, que prestavam basicamente atendimento voltado para aferição de dados vitais, mobilização e transporte. Dessa forma, o Corpo de Bombeiros participava com os socorristas, instalações para viaturas e sistema de comunicação, pelo número 193. (MAGALHÃES, 1998, p. 277). A gestão era feita por um grupo gestor indicado pela SMSA/PBH e pelo Corpo de Bombeiros, e contava com acompanhamento de especialistas franceses em assistência pré-hospitalar. De acordo com Paiva (2007), entre 1994 e 2002, todas as Unidades de APH em Belo Horizonte eram conhecidas pelo termo “Resgate”.

Mas a grande quantidade de casos clínicos de urgência pressionou o Sistema no sentido da ampliação desse atendimento. Paralelamente, foram elaborados protocolos técnicos para uso de uma ambulância avançada. Em 1995, foram agregados os profissionais médicos da SMSA/PBH à equipe dos socorristas, realizando triagem dos casos solicitados pelo telefone 193.

Em 1996, entrou em funcionamento a USA, equipada com tecnologia de terapia intensiva e resgate, tripulada por médicos que já atuavam no Sistema como reguladores e por três bombeiros socorristas. (MAGALHÃES, 1998, p.277). Em agosto do mesmo ano, a USA era composta exclusivamente por profissionais da área da Saúde, ligados à SMSA/PBH. Segundo Paiva (2007), os bombeiros socorristas foram substituídos por um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um motorista socorrista que foi treinado para dominar as técnicas de suporte básico de vida.

A partir de 2001, com o projeto de informatização da saúde no município, o Sistema de Atenção Pré-Hospitalar se preparou para a implantação de sistema informatizado e ampliação de sua atuação por meio da Regulação Metropolitana.

Em novembro de 2003, o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte assinaram convênio e a cidade implantou o Serviço Avançado de Atendimento

Móvel, em ambiente pré-hospitalar, para as urgências traumáticas, clínicas, psiquiátricas e obstétricas com o objetivo de:

Oferecer atenção antecipada nas situações de urgência no local da ocorrência, um conforto permanente para a população que pode se apoiar no sistema e desde ouvir um conselho médico até ter atendida sua situação clínica com uma equipe em sua própria casa minutos após a ocorrência;

Reduzir progressivamente o fluxo de usuários para as portas de entrada das urgências quando o caso pode ser resolvido por conselho, orientação e encaminhamento a uma unidade básica;

Manter um sistema articulado para atender às chamadas situações excepcionais, as catástrofes em articulação com outros parceiros.

Dar suporte técnico às unidades básicas em situações críticas, além de qualificar o transporte interunidades. (SAÚDE DIGITAL: REVISTA ELETRÔNICA MENSAL DA SMSA-PBH, 2008).

Nesse período, o Sistema deixou de utilizar a denominação Resgate, passando a usar a nomenclatura SAMU (PAIVA, 2007). O Sistema contava com uma USA, duas USB da Prefeitura Municipal e oito Unidades de Resgate do Corpo de Bombeiros.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por meio da Resolução SMS/BH- 107/03 aprovou a proposta de regulação da porta de entrada das Unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte com o objetivo de melhorar o atendimento da demanda de urgência e emergência advindas UBS, além de garantir o atendimento nos Centros de Saúde para os casos não caracterizados como urgência/emergência. (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

De acordo com o Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2004, em entrevista concedida para a Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH a implantação do SAMU

significava entrar em um novo tempo da atenção às urgências, qualificando a ação do sistema e antecipando-se à atenção hospitalar, produzindo saúde e defendendo a vida de nossos cidadãos no momento em que está mais ameaçada, além de introduzir para a população o conceito de regulação e a sua possibilidade concreta de ser atendida e ouvida em suas queixas agudas antes de se deslocar de sua residência ou local de trabalho e se dirigir a uma de nossas unidades. (MAGALHÃES, 2008).

O APH, a princípio, dirigia-se ao trauma e, mais especificamente, ao atendimento do trauma relacionado a acidentes quando o deslocamento até o local se fazia necessário. Com o crescimento da demanda pelo Serviço, o atendimento às urgências clínicas passou a ser cada vez mais frequente e o SAMU cada vez mais solicitado pela população e pelos outros

Serviços da rede. O Serviço passou a funcionar como importante porta de entrada do Sistema de Saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, o comportamento relacionado à saúde em sua área de abrangência. (TURCI, 2008, p.269).

Atualmente o SAMU conta com 18 ambulâncias distribuídas nas nove Regionais da cidade, sendo três ambulâncias de suporte avançado e 15 ambulâncias de suporte básico (TURCI, 2008, p.307). As ambulâncias são diferenciadas segundo o número e a profissão de seus tripulantes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem/técnico de enfermagem e condutor) e segundo critérios de urgência. O tipo da ambulância liberada depende da necessidade de cada caso, avaliada e julgada pelo médico regulador.

As ambulâncias de SAV, possuem equipamentos próprios e medicamentos para atendimento em situações de risco iminente de morte, tanto para adultos quanto para crianças e para a realização de procedimentos de restabelecimento, estabilização e manutenção das funções vitais das vítimas. Atendem às especialidades de neonatologia, clínica médica, trauma, obstetrícia e psiquiatria. São tripuladas por um condutor, um médico e um enfermeiro.

As ambulâncias de SBV, são diferenciadas em tipo 1 e tipo 2 . A USB tipo 1 é tripulada por um condutor e dois técnicos ou auxiliares de enfermagem. Essas ambulâncias possuem equipamentos e medicação para atendimento de suporte básico de vida e atendimento de urgência (segundo critérios estabelecidos em protocolos), nas mesmas especialidades da USA. A USB tipo 2 é tripulada por um condutor e um auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem e ficam lotadas nas UPA que compõem a parte Pré-Hospitalar fixa do Sistema que atende as urgências.

Em Belo Horizonte, o SAMU funciona 24 horas por dia e oferece à população três modalidades de atendimento: orientações médicas dadas por um profissional da SMSA/PBH, encaminhamento para a procura de recurso por meio próprio ou liberação de uma Unidade móvel, de acordo com critérios estabelecidos e julgados pelo médico regulador. O SAMU disponibiliza USB, USA e veículos para a remoção simples de pacientes entre os Serviços de Saúde, que se configura o transporte sanitário. Entende-se por transporte sanitário público, “todo o transporte de pessoas com quadro agudo ou cronicamente enfermo, avaliadas em uma unidade de maior complexidade (transporte sanitário de pacientes). Inclui também o transporte eletivo de pessoas com necessidades especiais, incapacitados de se locomover por veículo próprio ou coletivo” (TURCI, 2008, p. 272). Esse Serviço conta com 35 ambulâncias de pequeno e grande porte e 16 veículos do tipo Kombi para pacientes de baixo risco.

No SAMU de Belo Horizonte, a solicitação de um Serviço da rede SUS deve ser feita por ramal próprio, Ramal 7797 – Transporte Sanitário, e não pelo 192, destinado à

população. Nos casos que necessitam de regulação, o transporte sanitário transfere as ligações para o médico regulador.

A atuação do médico regulador do SAMU dá-se em várias dimensões, exercendo atividades técnicas, administrativas, gerenciando conflitos e poderes, sempre no sentido de garantir o acesso ao recurso mais adequado e propiciando um adequado fluxo de usuários na Rede da Atenção às Urgências. (TURCI, 2008, P.270).

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades para o acesso ao Sistema Público de Saúde, a população tem procurado a urgência como porta de entrada do Sistema de Saúde na busca de solução para seus problemas. (SANTOS, 2007). Uma das propostas para resolver essa situação é a utilização da classificação de risco nos Centros de Saúde, com o objetivo de identificar a gravidade dos casos atendidos em cada Unidade. Nas UPA com protocolo atual, a classificação de risco é feita a partir de sinais e sintomas sendo realizada por profissional de nível superior, capacitado. No Centro de Saúde, os profissionais utilizam o protocolo de atendimento aos casos agudos e usuários em situação de urgência e emergência (TURCI, 2008, p.268), como norteadores para se identificar e se classificar a gravidade dos casos. A partir dessa classificação, deverão os profissionais prestar o primeiro atendimento e solicitar o SAMU, caso seja necessário.

Com a finalidade de adequar o modelo assistencial do SUS à Política Nacional de Atenção às Urgências, propõe-se a reorganização do trabalho, facilitando a escuta do usuário no momento de sua queixa de urgência ou quadro agudo, de modo a reforçar o acolhimento como uma característica marcante de todas as Unidades de Saúde, independente de sua complexidade. Dessa forma, garantem-se melhor acesso da população aos Serviços de Saúde e resposta efetiva ao usuário, o que se refletirá em um atendimento seguro, responsável, humanizado e regulado (TURCI, 2008, p. 251).

Nesse contexto, o SAMU possui uma formatação adequada para o atendimento às urgências e emergências, fundamentado no eixo transversal do SUS, pois possui a prerrogativa de oferecer atendimento equânime e integral à comunidade em geral, com acesso facilitado por ser um serviço móvel, considerando o indivíduo em sua dimensão global – e concomitantemente em sua singularidade, quando analisado sob a perspectiva de seu processo saúde doença. Assim, “o SAMU constitui-se em importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.” (BRASIL, 2006c, p.32).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um Estudo de Caso descritivo, de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2004, p.13), o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos. Dessa forma, para que se possa desvendar essa complexidade é necessário abordar os fenômenos sociais também de maneira intersubjetiva, aprofundando o entendimento das percepções e dos significados. “A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.” (MINAYO, 2004, p.19).

Para buscar a compreensão dos fenômenos, em um cenário complexo, de vários saberes e práticas, e diversas significações, advindas dos atores sociais que o compõem, este estudo será desenvolvido em uma perspectiva qualitativa que se aprofunda no "mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas." (MINAYO, 2004, p.21-22). A pesquisa qualitativa em saúde trabalha principalmente com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, e processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável (MINAYO, 2004, p.22).

Na abordagem qualitativa, o Estudo de Caso possibilitou aprofundar as impressões acerca da realidade, por ser considerado uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (TRIVINÕS, 1987, p.133). Para Ludke e André (1986), o estudo de caso qualitativo é planejado de forma aberta e flexível, focalizando a realidade de forma complexa e contextualizada, sem desconsiderar sua individualidade e suas particularidades.

O Estudo de Caso deve ser utilizado "quando o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenômeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre." (BRESSAN, 2007). Assim, o fenômeno foi investigado em um contexto da vida real, no qual múltiplas fontes de evidência foram utilizadas (YIN, 2005, p.23) tais como ações, percepções, e comportamentos. (LUDKE & ANDRÉ, 1986, p.17).

De acordo com Ludke e André (1986, p.17), o Estudo de Caso se destaca por ser uma unidade inserida em contexto mais amplo, profundo, com a finalidade de apreender de maneira mais completa da realidade, a particularidade e a singularidade daquele caso.

Nesse sentido, ao procurar compreender as percepções dos profissionais de saúde da Rede Básica de Belo Horizonte, acerca do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), buscou-se aprofundar as questões que emergem dessas percepções de maneira contextualizada, possibilitando identificar a articulação entre os dois níveis de atenção, analisar as relações profissionais e as lacunas existentes.

As informações advindas deste estudo serão apresentadas de maneira descritiva, pois, segundo Gil (1991), o estudo descritivo tem a função de descrever as características de determinada população ou fenômeno, estabelecer relações entre as variáveis e analisá-las sob uma perspectiva qualitativa.

4.2 O Cenário da Pesquisa

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo foi uma UBS do Distrito Sanitário Oeste do município de Belo Horizonte. Essa escolha foi feita por ser um local em que a pesquisadora desenvolve atividades acadêmicas o que facilitou o contato e a concordância para a realização do estudo.

De acordo com o IBGE, a população estimada de Belo Horizonte, no ano de 2007, era de 2.412.937 e o Distrito Sanitário Oeste possuía 267.830 habitantes (TURCI, 2008, p.14). Para atender toda a população, esse Distrito dispõe de 14 Centros de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, uma Unidade de Atendimento Secundário (PAM Campos Sales), uma Farmácia Distrital, um Laboratório Distrital e uma Central de Esterilização.

O Distrito Sanitário Oeste (FIG. 2) faz limite com as Av. do Contorno, Av. Raja Gabaglia e BR 040 e com o Distrito Sanitário Centro-Sul. Limita-se também com o Distrito Sanitário Barreiro e com a Cidade de Contagem pelo Anel Rodoviário e com o Distrito Sanitário Noroeste pela da Linha do Trem Metropolitano.

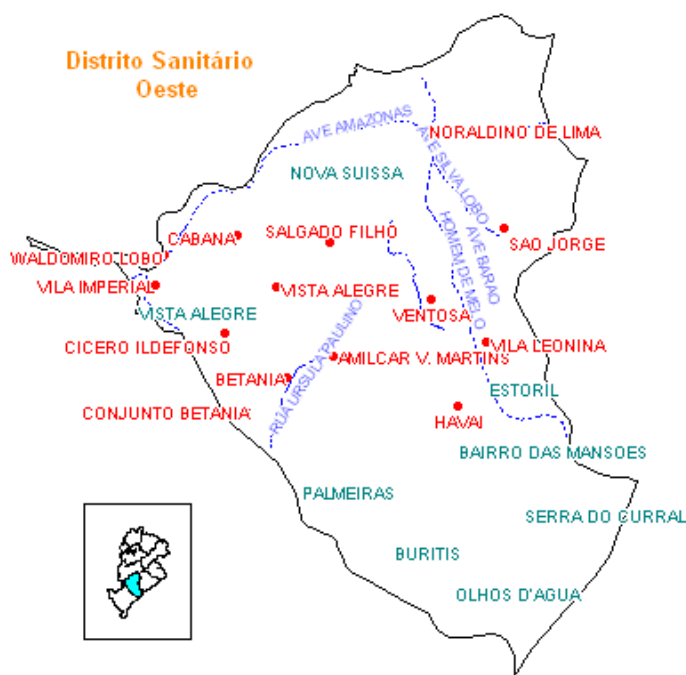


Figura 2 – Mapa do Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte

Fonte: BELO HORIZONTE. Distrito Sanitário Oeste. Disponível em:

http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4346&id_nivel1=-1. Acesso em: 16 dez.2008.

De acordo com o censo de 2000, o Centro de Saúde, cenário do estudo, assiste uma população de 24.650 pessoas. Como as demais UBS de Belo Horizonte, adota o PSF como estratégia de assistência e possui cinco Equipes de Saúde da Família (ESF), constituídas por uma equipe mínima de 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 04 ACS.

Segundo a gerência, a equipe da UBS é composta por uma enfermeira gerente da Unidade; cinco enfermeiras; 14 auxiliares de enfermagem; nove médicos, cinco generalistas, dois pediatras, um clínico, um ginecologista; 21 agentes comunitários de saúde; três dentistas; dois auxiliares de dentistas; dois técnicos de higiene dental; um assistente social; um encarregado de zoonoses; cinco agentes de zoonoses; dois digitadores; três auxiliares administrativos; dois porteiros; um guarda municipal; dois auxiliares de serviços gerais.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos deste estudo foram 22 trabalhadores da UBS de um Centro de Saúde do Distrito Sanitário Oeste de Belo Horizonte, envolvidos na Assistência Básica de Saúde.

Para o sujeito participar do estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde da Atenção Básica, participar da assistência direta à saúde do usuário no caso de se acionar o SAMU, ter 18 anos ou mais e concordar em participar livremente. Dessa forma, foram excluídos do estudo auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza, agentes de zoonoses, agentes comunitários de saúde, porteiros e o guarda municipal. Os dentistas e técnicos de higiene bucal também foram excluídos pois, mesmo participando da assistência direta à saúde do usuário, não acionam o SAMU.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve, *a priori*, delimitação de número de entrevistados. O número foi definido no transcorrer da pesquisa segundo o critério de saturação. A coleta de dados foi interrompida quando houve reincidência das informações, ou seja, nenhum dado novo era acrescentado. De acordo com Minayo (2004, p.102), para classificar uma amostra como significativa, o critério não é numérico, pois a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado. Por isso, para essa mesma autora uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2004, p.102).

4.4 A Coleta de Dados

A coleta de dados foi organizada em três momentos: aproximação e convite à gerente da UBS e profissionais de saúde, agendamento de entrevistas e entrevistas propriamente ditas. Em um primeiro momento, foi feito contato com a gerente do Centro de Saúde, para a apresentação do estudo e a obtenção de sua concordância por escrito (ANEXO I). Para a coleta de dados junto aos profissionais de saúde, foi realizado um contato prévio da pesquisadora com apresentação, convite para participar do estudo e agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. As entrevistas foram agendadas durante o mês de julho de 2008, para serem realizadas no próprio local de trabalho.

Durante a coleta de dados, desde o primeiro contato até a entrevista, todas as impressões e observações assistemáticas realizadas pela pesquisadora foram registradas em um diário de campo que, segundo Minayo (2004, p.100), é um instrumento “que irá conter todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais”, isto é, conversas, comportamentos, expressões, gestos e outros pontos relevantes que remetem às impressões sobre a vivência dos sujeitos em relação ao objeto do estudo. Durante a análise dos dados,

essas anotações foram utilizadas para melhor compreender das percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, gerando um tópico da discussão do estudo.

No terceiro momento, foram realizadas entrevistas com os sujeitos do estudo mediante um roteiro semi-estruturado. (APÊNDICE B). O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista com roteiro semi-estruturado, devido “a sua capacidade de enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador pretende abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos.” (MINAYO, 2004, p.122). Dessa forma, possui como objetivo, segundo Minayo (2004, p.122), descrever os relatos individuais e compreender as especificidade de grupos. Para isso, mantém “a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível, e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto” (MINAYO, 2004, p.123). Assim, “o informante segue, espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências a partir do foco principal do estudo, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa.” (TRIVIÑOS, 1987, p.56).

As entrevistas foram gravadas em MP4 e logo depois transcritas, na íntegra, para análise e interpretação das falas dos entrevistados, de forma a garantir a totalidade e a fidedignidade das informações.

4.5 Os Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa, conforme delibera a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), foi avaliado e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENA/EEUFMG) e teve o Parecer positivo, dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas: a UFMG (ANEXO B), (Protocolo n°.215/08) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, (Parecer n°. 014/2008) (ANEXO C)

Depois de ouvirem a explicação sobre o objetivo da pesquisa, todos os participantes do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi garantido o sigilo das informações assim como a privacidade e o anonimato dos participantes, além do esclarecimento quanto sua participação voluntária e seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer prejuízo ou dano.

4.6. A Análise dos Dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (1996), é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1977, p.42)

Neste estudo, para interpretar os significados do material qualitativo, utilizou-se, como técnica da análise de conteúdo, a análise temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2004, p.208). De acordo com Minayo (1996), a análise temática tem três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e classificação e interpretação.

Durante a pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do conjunto dos relatos, de modo a impregnar-se de seu conteúdo e ser capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial. Logo após, constituiu-se o *corpus* do estudo, organizando-se o material, de forma a contemplar todos os aspectos do roteiro de perguntas. Na segunda etapa da análise, identificaram-se os temas advindos das entrevistas que, na etapa posterior, foram classificados e organizados em categorias empíricas. Nessa terceira etapa da análise temática de tratamento dos resultados obtidos, os temas foram interpretados e discutidos.

No processo de análise, o conteúdo das entrevistas, agrupado por unidades temáticas, passou a constituir as categorias centrais e as subcategorias: **Integração das Unidades Básicas de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**; que se subdividiu nas subcategorias *O trabalho na atenção básica e as situações de urgência e A percepção dos profissionais da atenção básica sobre o SAMU*; **As relações entre os profissionais da Atenção Básica e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Perspectivas de articulação entre a Atenção Básica e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência sob a ótica dos profissionais.**

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Profissionais Entrevistados

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados observa-se que a maioria é do sexo feminino (86,4%) e que somente 13,6% são do sexo masculino. Concentram-se na faixa etária de 30 a 40 anos (36,8%) e acima de 50 anos (26,3%). Dos 32 usuários entrevistados, 36,4% são casados, 31,8% são solteiros, 18,2% são viúvos e 13,6% divorciados. Há grandes diferenças na remuneração em salários mínimos, o que de certa forma reflete as diferenças de escolaridade e de tempo de serviço, sendo que 45,5% dos entrevistados relatam que recebem acima de 10 salários mínimos, 9,0% entre 10 e 5 salários mínimos, 27,3% entre 5 e 2 salários mínimos, e 18,2% menos que dois salários mínimos. Com relação à categoria profissional, há representantes de vários profissionais da área da saúde, prevalecendo auxiliares de enfermagem (45,6% da amostra). Acrescenta-se 22,7% de enfermeiros, 22,7% de médicos, 4,5% assistente social e 4,5% gerente de UBS. A grande maioria trabalha na Unidade entre 1 e 5 anos (52,6%), sendo que 31,5 % há mais de 5 anos. Uma pequena parcela trabalha há alguns meses (15,7%). Assim, também com relação ao tempo de formação, a grande maioria é formada entre 5 e 10 anos (52,6%), sendo que 36,8% têm mais de 10 anos de formados. Daqueles que possuem curso superior, 88,8% são pós-graduados.

TABELA 1
Perfil dos profissionais de saúde entrevistados na UBS em Belo Horizonte - 2008.

Entrevista	Idade	Sexo	Estado Civil	Tempo de trabalho na Unidade Básica Saúde	Categoria Profissional	Tempo Formação	Possui Pós Graduação	Remuneração em Salários Mínimos
E ₁	37	F	Casado	3 anos	Gerente	12	Sim	15
E ₂	52	F	Casado	5a e 6 meses	Enfermeira	26 anos	Sim	10
E ₃	29	F	Casado	2 anos	Enfermeira	6 anos	Sim	10
E ₄	29	F	Casado	4 anos	Enfermeira	4 anos	Sim	10
E ₅	49	F	Solteiro	5 meses	Enfermeira	22 anos	Sim	6
E ₆	29	F	Casado	2 anos	Enfermeira	6 anos	Sim	10
E ₇	52	F	Viúvo	23 anos	Assistente Social	29 anos	Não	6
E ₈	52	F	Divorciado	4 anos	Auxiliar de Enfermagem	9 anos	..	1,5
E ₉	34	M	Casado	1 a e 7 meses	Médico	10 anos	Sim	10
E ₁₀	28	F	Solteiro	1 a e 6 meses	Auxiliar de Enfermagem	7 anos	..	1,5
E ₁₁	40	F	Solteiro	6 meses	Auxiliar de Enfermagem	8 anos	..	1,5
E ₁₂	40	F	Casado	6 meses	Auxiliar de Enfermagem	5 anos	..	1,5
E ₁₃	36	F	Divorciada	5 anos	Auxiliar de Enfermagem	8 anos	..	2
E ₁₄	43	F	Solteiro	1 a e 7 meses	Auxiliar de Enfermagem	4 anos	..	2
E ₁₅	58	F	Viúvo	15 anos	Auxiliar de Enfermagem	23 anos	..	2
E ₁₆	34	F	Solteiro	2 a e 6 meses	Médico	10 anos	Sim	10
E ₁₇	55	F	Viúvo	25 anos	Auxiliar de Enfermagem	34 anos	..	2
E ₁₈	32	F	Solteiro	6 anos	Auxiliar de Enfermagem	8 anos	..	2
E ₁₉	49	F	Viúvo	6 anos	Auxiliar de Enfermagem	15 anos	..	2
E ₂₀	46	F	Divorciado	1 ano	Médico	21 anos	Sim	10
E ₂₁	44	M	Solteiro	2 anos	Médico	20 anos	Sim	10
E ₂₂	45	M	Casado	3 anos	Médico	15 anos	Sim	10

Fonte: Dados da Pesquisa, 2008.

5.2 Integração entre as Unidades Básicas de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O SUS, organizado de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade, compreende o atendimento básico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde; o atendimento secundário, com os setores de apoio-diagnóstico, Unidades de pronto atendimento e Clínicas de especialidades; e a atenção terciária representada pelas Unidades hospitalares. Esse Sistema necessita estar integrado para assegurar a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 1990a).

No município de Belo Horizonte, esforços são feitos, visando um trabalho articulado dos níveis de atenção, apesar da complexidade do Sistema de Saúde em um grande centro urbano. Para Merhy (2002), a integração é o único caminho na direção da produção de acolhimento, vinculação e responsabilização em todos os estabelecimentos de saúde.

5.2.1 O trabalho na Atenção Básica e as situações de urgência

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a). O processo de trabalho, nesse nível de assistência, está centrado em ações programadas a partir de uma demanda previamente conhecida, realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Além disso, lida com o conceito ampliado de saúde, entendida não somente como ausência de doenças mas produto de determinantes e condicionantes.

Nesse contexto, o processo de trabalho na Atenção Básica caracteriza-se prioritariamente pela realização de atividades voltadas para a resolução de problemas de saúde mais frequentes, focalizadas, sobretudo na assistência básica integral e contínua e no processo saúde-doença da população por meio de ações educativas individuais e coletivas.

Acrescenta-se, ainda, a participação das equipes de saúde das UBS no atendimento das urgências por meio de ações que vão desde o primeiro atendimento ao caso

de urgência até o encaminhamento a um Serviço de maior complexidade. Dessa forma, em muitas situações, no cotidiano das UBS, é necessário acionar um Serviço de urgência da rede, de modo a referenciar os pacientes ao Serviço de saúde de acordo com a tecnologia necessária.

A maioria dos entrevistados já acionou o SAMU para dar apoio e continuidade à assistência inicial do Centro de Saúde. Foi possível perceber, nos relatos, uma tendência a relacionar o motivo desses chamados às limitações da assistência e às dificuldades para se alcançar resolutividade na Atenção Básica, tendo em vista que os profissionais norteiam seu trabalho no atendimento às urgências, de acordo com a capacidade do Serviço, como se depreende das falas a seguir:

Quando tem alguma situação de urgência que foge da resolutividade dos nossos profissionais da equipe. Então o SAMU é acionado principalmente para aquele paciente instável que não tem condições de ser transferido para outro serviço pelo transporte sanitário. (E₁)

Quando o paciente está em risco... então aqui na Unidade não há como atendê-lo, aí gente chama o SAMU (E₆)

Os profissionais de saúde da UBS acionam o SAMU quando o paciente se encontra em quadro instável e sob risco de vida e, por esse motivo, necessita de um aporte tecnológico mais avançado, não disponível na Atenção Básica. A tecnologia mais complexa é necessária para a resolutividade do problema de urgência/emergência do usuário pois, em situações menos graves, de acordo com os entrevistados, poderia ser usado o transporte sanitário.

O transporte sanitário é um valioso instrumento para os profissionais de saúde, pois tem como finalidade “transportar pessoas com quadro agudo ou cronicamente enfermo, avaliadas por uma unidade de saúde, e que necessitam ser encaminhadas para uma unidade de maior complexidade.” (TURCI, 2008, p.272). Possui ambulâncias para simples remoção identificadas como TIPO A e destinadas ao transporte de pessoas que não apresentam risco de vida, sendo indicada à presença de auxiliar/técnico de enfermagem durante o percurso. Além disso, o transporte é um elo entre o Centro de Saúde e o SAMU, conforme pactuação realizada pela SMSA/PBH com a rede onde

toda solicitação de transferência de paciente, em caso de urgência e emergência, deve ser realizada via telefone – ramal 7797, onde é feita a avaliação do pedido e encaminhada a ambulância que melhor atende ao caso. Nos casos de pacientes graves, com risco de morte, a ligação telefônica é transferida, imediatamente, para a regulação médica do SAMU que fará a avaliação do caso. (TURCI, 2008,p275).

Torna-se possível perceber que o transporte sanitário funciona articulado ao SAMU e que a solicitação, quando extrapola sua competência, é transferida para a Central de Regulação:

a gente chamou foi o transporte sanitário e foram eles que passaram para a regulação e eles chamaram o SAMU. Foram eles que chamaram, não foi a gente que ligo direto não. (E₃)

Pelo relato, percebe-se que o trabalhador conhece os critérios para se acionar o SAMU e tem a percepção de que a necessidade de acionar o SAMU está relacionada ao de risco de vida. Por outro lado, pessoas com quadro agudo ou cronicamente enfermas e, até mesmo, que necessitam de um deslocamento eletivo por impossibilidade de fazê-lo por meio próprio, utilizam o transporte sanitário. Há diferenciação entre as diversas ambulâncias, como se pode ver pela fala a seguir:

Situações mais agudas de emergência, quando a unidade não dá conta de atender o paciente e necessita da unidade mais avançada né? Porque a ambulância normal não tem condições de pegar o paciente e levar. (E₁₈)

Só quando é risco de vida, no caso de urgência e emergência que o SAMU é chamado (E₁₇).

(...) por que a gente não quer mandar coisa que não tenha necessidade. Pelo menos eu como profissional evito ao máximo. (E₂₀)

Percebe-se que a gravidade do caso, de acordo com os sinais e sintomas e com risco iminente de morte, é o motivo para os profissionais da Atenção Básica chamarem o SAMU. Os entrevistados mostram preocupação em acionar o SAMU somente em casos de urgência que não podem ser resolvidos na UBS.

Nos casos em que os profissionais de saúde se deparam com situações que extrapolam a capacidade do Serviço e acreditam que os usuários não terão suas necessidades atendidas precisando de recursos mais complexos para a resolução de seu problema, acionam o SAMU. Pelos relatos, pode-se observar que os trabalhadores parecem conhecer em que momentos devem acionar o SAMU:

Eu já chamei com um paciente em caso de parada e também para buscar paciente em domicílio, quando a pessoa desmaiou e não volta, falta de consciência, dor muito forte, inclusive assim, em situações de portadores de sofrimento mental também eles vão em casa, a pessoa surta, tem um surto psicótico uma ameaça de um infarto, de um AVC... (E₇)

Geralmente quando tem alguma emergência clínica, um caso que aconteceu foi um edema agudo de pulmão aí foi acionado o SAMU. (E₁₃)

O último caso foi de um paciente que estava tendo convulsão, ele teve sequências de convulsões e nós precisamos chamá-lo porque, a medicação dada aqui, não cedeu as convulsões... (E₁₅)

Nós tivemos uma hemorragia nasal muito grande de uma criança que não conseguimos parar, aí tivemos que chamar. (E₂₀)

Os entrevistados relacionam a necessidade de acionar o SAMU com as situações vivenciadas na prática. Os critérios para se acionar o SAMU fazem parte do protocolo de atendimento de usuários com quadros agudos e em situação de urgência e emergência nos Centros de Saúde. (TURCI, 2008, p.288). Segundo a autora, a partir da estruturação física do transporte sanitário e do SAMU e do aumento de casos agudos nos Centros de Saúde de Belo Horizonte, surgiu a necessidade de se criar protocolos técnicos e administrativos de funcionamento e de atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência. Foram utilizados como referência os protocolos da classificação de risco das UPA e acolhimento dos Centros de Saúde da SMSA/PBH.

Dessa forma, quando o usuário chega ao Centro de Saúde apresentando queixas agudas, é assistido pelo profissional da Atenção Básica, pois é de responsabilidade da Atenção Básica, a “realização do primeiro atendimento às urgências” (BRASIL, 2006a, p.10), e, após classificado seu grau de emergência ou urgência, será encaminhado para o nível de complexidade que atenda sua necessidade de saúde.

No entanto, entender e classificar os níveis de urgência na Atenção Básica é um desafio. Há que se ressaltar que “o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente” (Lê Coutour). É o que se chama “urgência sentida”, a “percepção subjetiva da urgência” (TURCI, 2008, p.258), isto é, a noção do que seja urgência ultrapassa questões conceituais.

Às vezes a gente acha que o paciente está muito grave e ele não está. (...) Então eu acho que quando chega o paciente, às vezes o médico apavora sim e acha que ele está muito grave. Eu acho também que o médico que está aqui também não compreende que o médico lá está com urgência demais, não é tudo que ele vai achar tão grave assim. (E₃)

Na realidade, a urgência, para o profissional da Atenção Básica é diferente da urgência para o profissional do SAMU e essa divergência conceitual talvez seja a maior fonte de conflitos entre as duas equipes. O profissional da UBS não é treinado e não lida

cotidianamente com situações de urgência e emergência que são rotineiras para o profissional do SAMU e, no primeiro momento, pode haver exacerbação da real gravidade do caso. Por outro lado, o profissional do SAMU é treinado para lidar habitualmente com casos graves, domina critérios definidos e pode avaliar a situação de outra forma. O conceito de urgência, emergência e casos agudos utilizados pelo SAMU facilita a avaliação do paciente e o encaminhamento da ambulância específica, organizando a atenção às demandas não programadas. Para o profissional da Atenção Básica

Emergência é imediato. Urgência é um atendimento rápido, tem coisa que tem mais... deixa ver se estou certa.... A emergência é uma coisa mais imediata e a urgência é que tem que ser atendido rápido, no momento... Quanto aos casos agudos depende. Porque na Atenção Básica são atendidos casos agudos, mas dependendo do caso agudo, vai acionar o SAMU. (E₈)

O entrevistado tem pouca segurança em determinar conceitualmente o que é urgência, emergência e casos agudos e afirma que atendimento ao paciente agudo pode ser realizado na Atenção Básica ou pode necessitar do SAMU. As dificuldades são reais e podem estar relacionadas aos tênues limites entre casos agudos, urgência e emergência, que não são decisivos nos protocolos e o julgamento fica a cargo do profissional que presta o primeiro atendimento. Além disso, o quadro clínico do paciente pode se modificar rapidamente, o que gera insegurança. Os protocolos estabelecem parâmetros gerais, havendo grande margem de interpretação pelos profissionais. Na prática, as dificuldades aparecem no discernimento do que é urgência e emergência e sobre a utilização desses conceitos, tendo em vista os tênues limites e as mudanças frequentes de estabilidade para instabilidade do quadro do usuário.

As dúvidas sobre conceitos e limites entre urgência/emergência e casos agudos são tantas que o Conselho Federal de Medicina em sua Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995 estabelece os seguintes parâmetros de urgência e emergência:

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

No entanto, devido à ambivalência de terminologia e da avaliação multifatorial do grau de urgência, o Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde não faz diferenciação entre urgência e emergência. Utiliza apenas o termo urgência para todos os

casos que necessitem de cuidados rápidos, classificando-os em níveis, com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades e oferecer assistência adequada. Esses critérios são utilizados pelo médico regulador para definir como procederá: dar conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais, outros encaminhamentos ou liberar uma ambulância para atender e encaminhar a outro Serviço.

Nesse sentido, o SAMU é um serviço dinâmico que exerce as prerrogativas de transportar os pacientes até o Serviço de maior complexidade, no sentido de garantir o acesso do paciente ao recurso adequado. O médico regulador acolhe a solicitação, julga e classifica o nível de urgência e define o Serviço adequado ao atendimento. Esse Serviço é obrigado a receber e a atender o paciente. Sua atuação dá-se “em várias dimensões, exercendo atividades técnicas, administrativas, gerenciando conflitos e poderes.” (TURCI, 2008, p.270).

Em muitas ocasiões, a avaliação do médico regulador é discordante da avaliação do profissional da Atenção Básica. Assim, pode haver conflito nas decisões em relação ao nível de assistência que o paciente requer, gerando discordâncias e disputas:

O que o SAMU quer é que a gente assuma determinados serviços que não é o nosso propósito. (...) E aí, está tendo essa disputa. Eles querem que a gente atenda alguns serviços que a gente acha que não é o nosso papel. Não tem jeito, a gente chama e passa para eles mesmo, e eles acham que é coisa que o posto de saúde dá conta e nós não estamos aqui pra isso. (E₁₁)

Embora o primeiro atendimento de urgência seja de responsabilidade da equipe de Atenção Básica, se essa assistência não for reconhecida como parte do processo de trabalho dos profissionais, torna-se uma atividade isolada. Além disso, a situação traz os profissionais para um cenário de conflito na definição de pacientes a serem atendidos nos diferentes níveis de complexidade. Ressalte-se, que o atendimento deve ser centrado na necessidade do usuário e direcionado para a resolutividade de seu problema seja em que nível for. O eixo principal é a construção de uma assistência articulada e de responsabilidades compartilhadas. O profissional da Atenção Básica, centralizando seu processo de trabalho na promoção da saúde, não reconhece como sua a responsabilidade do atendimento de pacientes com quadros agudos e o SAMU, ao focalizar os pacientes graves considerados de urgência/emergência, não reconhece a necessidade de parceria permanente.

Fica evidente que há conflito entre os objetivos dos trabalhadores da Atenção Básica e os do SAMU. Cada Serviço com sua carga de trabalho no limite, procura transferir ao outro nível de atenção a responsabilidade pela demanda espontânea, caracterizada,

geralmente, por usuários com quadros agudos que necessitam de atendimento ágil e resposta imediata para seu problema. O paciente com quadro grave tem desafiado as competências e a organização dos serviços por nível de complexidade.

Segundo Turci, (2008, p.259), os pacientes com quadros agudos “são casos que não se configuram como urgência ou emergência porém necessitam de avaliação imediata por profissional de saúde e atendimento médico nas próximas 24 a 48 horas”. Esses usuários são provenientes da demanda espontânea que, na lógica do processo de trabalho baseado em ações programáticas, pode se configurar como uma quebra da rotina e consequentemente em dificuldades.

O profissional da Atenção Básica está com o pensamento voltado para o atendimento de atenção primária que é conversa, é entrar numa história clínica complexa, é um outro raciocínio, então a gente está em uma outra esfera, de repente a gente tem que entrar às vezes no atendimento de urgência, num campo que não é o nosso dia a dia. Então aí fica difícil a gente fazer essa transposição para o outro lado. (E₁₆)

O relato aponta o ideário preventivista como forma de assistir o usuário na Atenção Básica em discordância com o atendimento de urgência. A assistência no Centro de Saúde conduz à identificação da necessidade do cuidado à saúde relacionado a uma forma diferenciada de operar o trabalho. O trabalho no Centro de Saúde aborda o sujeito em seu contexto de vida e na complexidade de sua história clínica, utilizando tecnologias leves como a capacidade de comunicação do profissional que é determinante em seu processo de trabalho. O trabalhador internalizou essa forma de trabalhar e tem dificuldade em aplicar esse raciocínio clínico para o atendimento de urgência que exige outras tecnologias. A urgência não faz parte de sua rotina diária e somente a complementação de saberes e ações, tendo como base o respeito mútuo, produzirá resultados satisfatórios. Assim, as diferentes formas de operar o trabalho podem levar a conflitos entre Atenção Básica e SAMU:

a gente trabalha com muita humanização e eles não entendem isso lá. O SAMU não entende essa humanização que eu tenho aqui. Aqui a gente tem o retorno do paciente, a gente vê o paciente não só com uma mão furada, eu vejo uma mãe, pobre, cheia de menino para cuidar, mais um que está doente e precisando de atendimento rápido. Eu acredito que no SAMU eles não percebam isso, eles percebam que é uma criança com a mão furada. (E₃)

O trabalhador caracteriza as ações na Atenção Básica como mais humanizadas pois não se concentram apenas no determinante biológico de saúde, relacionado somente à doença, mas também a determinantes sócio-econômico-culturais. O conceito de saúde

envolve um olhar mais abrangente do processo saúde-doença, focalizando as necessidades do usuário em seu contexto de vida. A doença ou agravo como a mão furada é apenas a ponta do *iceberg* e, para o entrevistado, o SAMU possui outra forma de operar o trabalho que busca resolver uma situação de risco sem vinculação, retorno ou aprofundamento das diferentes dimensões dos casos. Há diferenças importantes na concepção do trabalho que se chocam, quando deveriam se complementar.

De acordo com Merhy (1998, p.106), ao olharmos os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, todo o aparato instrumental utilizado para assistir o paciente se configura como uma tecnologia dura. Mas também se mobilizam intensamente conhecimentos e saberes e essa tecnologia é denominada leve-dura. E mais ainda, toda abordagem assistencial de um trabalhador com um usuário produz um processo de relações que cria uma instersubjetividade por meio de falas, escutas, interpretações, denominada tecnologia leve. Só uma conformação adequada entre as três diferentes tecnologias produz resultados efetivos no que concerne o processo saúde-doença dos sujeitos. Nos diferentes níveis de atenção à saúde, são colocadas em prática tecnologias leves, leve-duras e duras, prevalecendo uma ou outra de acordo com o contexto.

Embora o principal instrumento de trabalho dos profissionais da Atenção Básica esteja no campo do que Mehry (1998) classifica como “tecnologia leve”, que se dá no trabalho vivo em ato e que se coloca no campo das relações, de interação e da instersubjetividade, a relação dos profissionais dos diferentes níveis de complexidade é marcada por incompreensão com reflexos na assistência integral, resolutiva e equânime. Há uma postura de desconfiança por parte dos profissionais da Atenção Básica em relação aos profissionais do SAMU:

E aí a gente não sente do lado de lá uma compressão do que é o nosso trabalho aqui. (E₁₆)

Eu acho que esse tipo de coisa que eles não compreendem, o que nós estamos passando aqui entendeu? (E₃)

Percebe-se um isolamento dos trabalhadores dos diferentes níveis de complexidade e certo ressentimento dos profissionais da Atenção Básica por não verem seu trabalho reconhecido. Esse distanciamento gera certo estranhamento e consequente desgaste na articulação entre os níveis de assistência.

O aumento da demanda não programada com pacientes mais graves tem modificado o processo de trabalho na Atenção Básica e maior dependência do SAMU,

resultando no questionamento sobre o atendimento ao paciente agudo como um “caso a mais”. Parece que os profissionais de todos os Serviços sentem-se sobrecarregados e desejam transferir parte de suas responsabilidades.

Eu acho que a gente não tem pouco trabalho aqui (...) então se a gente começa a acumular tudo isso, ainda mais esse outro tipo de atendimento que requer constante capacitação, fica muito difícil. (E₂)

Às vezes a gente chega aqui não tem médico, entendeu? Ou tem um médico só. É lógico que o atendimento dessa pessoa vai ser diferente, ele atendeu cinco equipes, um mais grave está chegando, então esse médico já está cansado, a avaliação dele não vai ser mais a mesma (E₃).

A queixa de sobrecarga deve ser entendida como tal e não como privilégio da Atenção Básica pois os profissionais do SAMU também trabalham sob grande pressão e forte sobrecarga. Os relatos evidenciam que os Serviços de Saúde foram criados para atender um grande contingente de pessoas, mas estão trabalhando de forma fragmentada, cada um atuando em seu espaço. A proposta de um trabalho coletivo em rede não foi suficiente para assegurar a articulação, tendo em vista que projetos verticais não correspondem ao cotidiano de trabalho nos serviços de saúde. Os profissionais da Atenção Básica se queixam de que seu trabalho não é reconhecido e os profissionais do SAMU reclamam por serem acionados, às vezes, desnecessariamente, quando o problema poderia ser resolvido na própria Atenção Básica. Torna-se necessário reconhecer-se que os objetivos são comuns, mas as formas de operar o trabalho são diferentes e que tem ocorrido um aumento constante da demanda para todos.

Com a implantação do PSF, muitos problemas que estavam “encobertos”, foram “descobertos”, pois se adota a estratégia de vigilância à saúde, isto é, não se espera o problema emergir, mas atua-se nas necessidades da comunidade, conhecendo-a melhor. Isso gera aumento da demanda nos Centros de Saúde, visto que é construído um vínculo e a principal porta de entrada para o paciente é a Atenção Básica, como preconizada pelas políticas do Setor.

O SAMU, por exemplo, acha que a Atenção Básica deve atender determinados casos, que nós achamos que não é nosso que é do SAMU, mas o SAMU quer passar, determinadas urgências, e não dá para atender no Centro de saúde, a gente trabalha com a promoção da saúde né? (E₁₁)

Ressalta-se que o SAMU presta o primeiro atendimento e transfere o paciente para outro Serviço. O atendimento ao paciente “agudo” na Atenção Básica exige continuidade

e passa a ser considerado uma interrupção das ações programadas, gerando interferência na dinâmica do serviço e descontentamento. Assim, não é previsto no processo de trabalho e a tendência é transferi-lo para o SAMU, o que gera conflitos. Porém, na Política Nacional de Atenção às Urgências, está explícito que:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do PSF, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência. (BRASIL, 2006b, p.67).

Torna-se importante ressaltar que a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e possui, dentre seus fundamentos, “efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.” (BRASIL, 2006a, p.11). Dessa forma, não é possível prestar um atendimento integral, atuando apenas na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. É necessário oferecer “garantia de atendimento da demanda espontânea.” (BRASIL, 2006a, 42). Mas, de acordo com os profissionais da Atenção Básica, essa “demanda espontânea”, não compreende a forma de trabalho na atenção primária, pois deseja uma resposta imediata para seu problema.

Infelizmente a gente tem uma população empobrecida, não só socialmente, mas, sobretudo culturalmente, então ela não consegue entender o trabalho da Atenção Básica como um trabalho preventivo, um trabalho que vai atuar não só no aspecto curativo da doença, mas a antecipação dos fatores que gerariam o adoecimento. Essa população está fragilizada demais e quer uma resposta imediata, que não é a proposta inicial do Centro de Saúde, embora seja também parte da solução.... (E9)

Além da transferência de responsabilidades de um Serviço para outro, os profissionais transferem para a população a necessidade de julgar adequadamente como funcionam os serviços de saúde e a burocracia estatal. A população reconhece que há um Serviço de Saúde mantido com recursos dos impostos que a sociedade paga e deseja retorno em caso de necessidade. O entrevistado contradiz o discurso de vulnerabilidade da população utilizado na organização dos Serviços de acordo com as políticas públicas e quem deveria ser

objeto da atenção passa a ser responsável por entrar na “porta errada”. Torna-se difícil apontar o erro dos profissionais de saúde mas a solução não pode ser responsabilidade da população.

Por outro lado, há que se ressaltar que a vida do usuário e seu processo de adoecimento está sujeito a uma dinâmica que se diferencia da estrutura rígida dos Serviços em suas práticas assistenciais. Nesse sentido, o SAMU tornou-se necessário como um Serviço complementar ao atendimento das necessidades do usuário. No entanto, é fundamental que a abordagem às situações de urgência seja de responsabilidade de toda a rede e não de um de seus dispositivos. As ações devem ser complementares e articuladas, tendo como eixo principal a necessidade do usuário, isto é, de quais tecnologias ele necessita para solucionar seu problema.

“A integralidade da assistência exige que os Serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema.” (SANTOS, 2007, p.54). Dessa forma, a assistência integral não se esgota nem se completa em um único nível de complexidade, necessitando, em grande parte, da combinação e conjugação de diversos Serviços para prestar uma assistência que atenda o indivíduo “nos mais diversos patamares de complexidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 1990a).

O desafio que se coloca é construir uma “rede de serviços estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda” (MERHY, 2006), entre os diferentes níveis, diversos profissionais, o tipo de tecnologia existente em cada nível e que poderá gerar opções de enfrentamento dos problemas de saúde.

5.2.2 A percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o SAMU

A organização dos fluxos de referência no SUS faz exigências à conformação de uma rede hierarquizada, que assegure o atendimento da demanda espontânea e de suas necessidades por meio da “realização do primeiro atendimento às urgências.” (BRASIL, 2006a, p.19), além do comprometimento de que o usuário será adequadamente acolhido no nível de atenção subsequente. Nesse sentido, os diferentes níveis de atenção “devem se relacionar de forma complementar por meio de organismos organizados e regulados, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante do sistema.” (BRASIL, 2002b, p.57).

Ao se abordar a dinâmica dos Serviços, na perspectiva das relações dos profissionais da Atenção Básica com os do SAMU ressalta-se que a percepção dos primeiros sobre os dos SAMU se manifesta de várias formas, levando-se em conta o contexto e as características da situação vivenciada, sendo possível identificar dificuldades nas relações entre os diferentes profissionais.

A percepção dos trabalhadores explicita a falta de articulação entre Atenção Básica e o SAMU como é “*Cada um na sua.*” (E₂₀). E ainda,

Nós somos três instituições diferentes, dentro da mesma instituição, em níveis diferentes de atendimento, mas nós não nos relacionamos uns com os outros, não tem uma integração. (E₄).

Essa articulação nem existe porque nunca teve uma reunião, com o SAMU e Posto. A gente tem o telefone deles, eles têm o nosso, a gente liga e pronto, entendeu? Não tem uma estrutura, um protocolo de todo mundo junto, vamos seguir o mesmo protocolo. É meio jogado. Constrói o Centro de Saúde, constrói o SAMU e constrói a UPA e deixa cada um funcionando do jeito que dá. (E₃)

Não há articulação não. Tudo é feito através de intermediários. Então falta esse intercâmbio interprofissional. (E₂₁)

Os entrevistados têm a percepção de que os Serviços dos diferentes níveis de atenção funcionam isolados uns dos outros. Não se percebem movimentos em direção a um trabalho articulado. Se já é difícil realizar as ações locais, seria grande o esforço trabalhar de maneira integrada.

Eu acho que a gente geralmente entra em contato com o SAMU quando a gente precisa, (...) e a gente só ter contato no momento de estresse eu acho um pouco complicado. (E₁)

Emerge dos relatos a ausência de articulação, da falta de intercâmbio entre os profissionais, estando esse contato restrito ao momento da necessidade do atendimento do SAMU. Dessa forma, o trabalho integrado e o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde ficam fragilizados. A ausência de articulação deixa o trabalhador da UBS vulnerável quando necessita de maior aporte tecnológico. A fragilidade nas relações entre os profissionais é também decorrente da falta de mecanismos formais, como protocolos, que definiriam fluxos. No entanto, protocolos e fluxos são consequências de decisões políticas, sobre a organização dos Serviços e possuem a função de direcionar e organizar a assistência. Mas, para o profissional, a ausência do conhecimento desses critérios

afeta a integração entre os dois Serviços, suas relações e consequentemente a percepção de um acerca do outro.

Existe de fato uma deficiência no uso, no conhecimento de critérios que realmente sejam validados pelo SAMU e pela equipe da Atenção Básica.
(E₈)

O entrevistado parece desconhecer os critérios adotados para se solicitar o SAMU e as situações em que se deve fazê-lo, o que gera questionamentos e conflitos levando a uma percepção negativa do SAMU. O uso de protocolos pactuados poderia favorecer a organização do trabalho sob o eixo da hierarquização, isto é, em níveis de complexidade tecnológica crescente, de modo a oferecer à população a assistência necessária. Assim, há necessidade de definição e divulgação das situações a serem atendidas na Atenção Básica e daqueles a serem referenciadas. Essa definição seria importante para se organizarem as ações e não para transferir responsabilidades, pois “o encaminhamento não isenta a unidade de origem da responsabilidade pela atenção ao usuário, devendo haver garantia de ofertas de serviços adequados ao momento de crise aguda.” (TURCI, 2008, p.255).

Os protocolos que deveriam ser elementos de ligação, hoje são fontes de frequentes conflitos. Destaca-se que a construção de protocolos de condutas, os critérios de encaminhamento e a definição de papéis de cada nível de atenção devem contar com a participação dos profissionais de modo que haja apropriação coletiva desse conhecimento.

Turci (2008, p.268) afirma, ainda, que instrumentos, protocolos, fluxogramas, não podem ser entendidos como um fim em si mesmo e não substituirão o diálogo permanente entre as equipes dos vários Serviços. O diálogo torna-se essencial na construção desse saber coletivo, conhecido e reconhecido pelos diferentes profissionais em todos os níveis de atenção. Essa idéia é também defendida por Merhy (1998, p.135) quando afirma que, embora o conteúdo técnico dos protocolos esteja nos livros didáticos, o avanço só ocorrerá sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção da equipe na assistência e na humanização do atendimento. No entanto, os profissionais se ressentem da falta de diálogo, principalmente por parte dos médicos:

(...) não há uma cultura aqui no Brasil, dos médicos da saúde pública dentro de Belo Horizonte, acho que isso deve ser de uma maneira geral, de ter um diálogo, e de colocar o paciente como um valor importante.
(E₂₁)

A gente não sabe muito bem sobre o protocolo, o que chamar, quando chamar, entendeu, eles questionam muito pra ver se realmente aquele caso é pra ser mandado, se é um caso de SAMU. (E₄)

A primeira exposição diz respeito à dificuldade dos trabalhadores em lidar com a dimensão subjetiva que emerge das interações do dia-a-dia entre os diferentes profissionais. Ao se referir à postura dos médicos da Saúde pública, aponta que a assistência prestada não é centrada na necessidade do usuário, pois o paciente não é considerado como um valor. No entanto, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde, integrando o trabalho entre os diferentes níveis assistenciais. O modelo assistencial proposto é usuário centrado e não centrado no profissional. Entretanto, essas mudanças não serão implementadas apenas por normas, exigem processos educativos e dependem de tempo e de esforço de cada profissional.

Embora sejam reconhecidas as falhas da SMSA em relação a treinamentos e reuniões, a postura descrita é uma forma de justificar a solicitação do SAMU, às vezes, desnecessária e, por esse motivo, questionada. De acordo com Turci (2008, p.178), os protocolos assistenciais da rede municipal de saúde de Belo Horizonte estão disponíveis no endereço [www.pbh.gov.br/portal do servidor>saúde>publicações e eventos>rotinas de atendimentos](http://www.pbh.gov.br/portal/do/servidor/saude/publicacoes_e_eventos/rotinas_de_atendimentos). Desde a implantação do SAMU, foram organizados protocolos e fluxogramas a fim de que, por meio do monitoramento e da organização dos Serviços, houvesse maior integração entre os Centros de Saúde e Serviço de Urgência, visando o estreitamento de laços interinstitucionais. (TURCI, 2008, p.287). Nesse sentido, a função do fluxograma é articular, criar vínculos entre os diferentes Serviços e entre os profissionais e os usuários, configurando-se como importante ferramenta de articulação entre os níveis de atenção. Esses fluxogramas e protocolos existem em vários documentos (BRASIL 2006a; BRASIL, 2006c; TURCI, 2008), mas os profissionais afirmam que os desconhecem, ou que não os conhecem totalmente.

Porém, embora haja fragilidade na integração entre os diferentes níveis assistenciais, os entrevistados reconhecem o SAMU como importante componente da assistência à saúde na área de urgência e emergência. Possuem uma visão positiva, principalmente relacionada a sua importância para a comunidade e de que, nesse contexto, cumpre seu papel.

Acho o SAMU muito bom, acho excelente. Acho que ele atende ao objetivo proposto, que é assistir as urgências em Belo Horizonte. (E₆)

Eu acho que é um trabalho muito importante, porque é um recurso da comunidade principalmente e é para todos, mas quem tem recurso, pega um carro, né? (E₇)

Extremamente importante. É um trabalho novo de poucos anos, né? Antes não tinha. Muito produtivo. (E₂₁)

Para os entrevistados a implantação do SAMU é uma estratégia positiva que organizou o atendimento da urgência. Nesse sentido, apesar dos problemas de articulação entre a Atenção Básica e o SAMU, os profissionais reconhecem o ganho que houve para a população com sua implantação. O SAMU é considerado importante elo entre os níveis de atenção que equilibra a distribuição da demanda de urgência, proporcionando resposta adequada às necessidades do paciente, por meio de orientação ou de envio de equipes de acordo com a regulação médica. O SAMU organiza fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes, do local onde ocorreram até os Serviços da rede regionalizada e hierarquizada, garantindo o primeiro atendimento e o encaminhamento ao adequado nível de complexidade.

Assim, considerando a agilidade e a eficiência do SAMU, os entrevistados relatam uma visão positiva em relação ao trabalho realizado. O trabalhador reconhece os benefícios do trabalho do SAMU para a população no atendimento a suas necessidades.

A população teve um ganho muito grande com esse trabalho e com a experiência que eles tem. (E₁₇)

Eu acho que Belo Horizonte teve um grande ganho com o SAMU. (E₁₅)

A impressão que passa é essa que houve uma agilidade nesse sentido, uma facilitação, uma facilidade em chegar ao atendimento de urgência. (E₁₆)

Apesar de tudo, eu fico pensando como era antes do SAMU. Por que eu acho que hoje a população tem... Nossa Senhora, só deles saberem que qualquer coisa eles podem estar chamando, né? Uma coisa de urgência... Antigamente eu fico pensando como que era. Devia ser só bombeiro né? Eu acho que é muito bom nesse sentido. Que eu já ouvi vários casos que eles ajudaram, salvaram, por que aí a gente tem que falar a verdade, né? (E₂₀)

A percepção dos profissionais da Atenção Básica é de reconhecimento da importância do trabalho do SAMU para a população de Belo Horizonte, principalmente no que diz respeito ao acesso aos Serviços em caso de urgência. Inclusive, refletem sobre o período em que não existia esse Serviço e sobre as dificuldades para ser atendido em situações de urgência. Afirmam que não há como pensar a rede de Serviços sem o SAMU, o que parece

ser um ponto favorável na construção da maior integração entre Serviços, apesar dos conflitos existentes.

O SAMU é percebido, pelo profissional da Atenção Básica, como uma segurança para a comunidade pelo bom desempenho e pela qualidade do Serviço. O entrevistado também associa o SAMU a um Serviço bom, ágil e preciso.

Eu acho que eles fazem um trabalho muito bom, eles são o mais rápido possível, mais ágil, bem preciso, assim, acho muito bom o trabalho deles. (E₁₉)

(...) é essa tranquilidade que a gente tem de em algumas situações a gente contar com esse serviço de apoio, de urgência para o paciente grave. (E₂)

Só o fato de a gente ser da rede e falar a mesma linguagem, estar trabalhando no SUS acho que facilita. Além de poder contar com o SAMU. (E₆)

O fato de pertencer a um mesmo Serviço, a uma mesma instituição, e de se relacionar com outros profissionais de saúde, é relatado pelos trabalhadores que se sentem seguros em poder contar com o SAMU. Há reconhecimento explícito que, além do ganho para a população, constitui, também, ganho para outros Serviços de saúde. O trabalho do SAMU passa a ser percebido como um trabalho complementar ao realizado pela Atenção Básica.

É um aspecto favorável ter o médico regulador para conversar com a gente. (E₃)

A questão de ligar e conversar com o profissional e você relatar o caso... eles dão uma orientação do que tem que ser feito até chegar a unidade móvel. (E₁₈)

A segurança de poder contar com o SAMU como dispositivo que auxilia na resolução frente a uma situação de urgência, é explicitado pelos entrevistados que se sentem acolhidos em suas necessidades, para o qual, em algumas situações, possuem pouca habilidade e resolutividade. Assim, receber orientações até a chegada da unidade móvel facilita a assistência e também é um ponto favorável na articulação. Torna-se importante ressaltar que “a regulação médica utiliza a idéia do acolhimento, avaliação e priorização” (BRASIL, 2006c, p.52), de modo a garantir atenção qualificada e resolutiva para as urgências.

Eu vejo assim, pessoal treinado, capacitado, a unidade é preparada. (E₂)

Foi ágil, foi rápido. Sempre que a gente precisa do SAMU, o telefone deles atende rápido, sempre com prontidão. (E₁₅)

Eu achei muito interessante o trabalho deles, do trabalho em conjunto. É muito preciso o tempo deles atenderem o paciente, todos eles sabem exatamente o que vão fazer... (E₁₇)

Ah, eles foram rápidos, foram atenciosos, foi eficiente o serviço deles. (E₁₈)

Os entrevistados relacionam o bom desempenho do SAMU à agilidade no atendimento vinculada ao bom preparo dos profissionais que sabem o que fazer quando solicitados. Parece que o profissional da Atenção Básica admira o trabalho do SAMU e os profissionais que compõem esse Serviço e realizam o atendimento à urgência. O suporte em casos de urgência/emergência, realizado por profissionais habilitados para tal, torna-se importante instrumento para a assistência de qualidade ao usuário nessas situações e parece diminuir o sentimento de isolamento dos profissionais da Atenção Básica, que anteriormente à criação do SAMU, não contavam com esse tipo de serviço ou leito de retaguarda para encaminhar pacientes. Torna-se relevante ressaltar que a complexidade dos problemas em saúde exige conhecimentos e tecnologias específicos de cada área em todos os níveis de atenção. Dessa forma, os saberes e práticas devem estar integrados, de modo que um possa complementar o outro. Essa complementaridade na assistência é relatada pelos entrevistados:

Como o paciente já estava estabilizado, praticamente estabilizado, ele já tinha sido medicado, dentro das nossas possibilidades, já não tinha tanto risco assim. O SAMU já vem mais para transportar e dar a manutenção daquele primeiro atendimento que a gente fez. (E₂)

Liguei, passei o caso, por que eu estava participando do caso desde a hora que a paciente entrou na sala de enfermagem passando mal, aí eu passei os dados da paciente, através do relatório que a médica fez.. Isso porque era uma emergência mesmo, e aí veio o SAMU com o médico. Foi super rápido, ótimo, super rápido, foi tranquilo, super tranquilo. (E₁₃)

Pelos relatos, percebe-se que os conflitos existentes entre a Atenção Básica e o SAMU não diferem daqueles existentes em quaisquer organizações, principalmente levando-se em consideração que tanto o SAMU quanto a Atenção Básica trabalham sob constante pressão. Nesse sentido, há um avanço em termos de complementaridade, reconhecimento do profissional da Atenção Básica pelo trabalho realizado pelo SAMU, pela qualificação dos profissionais e pela agilidade no atendimento, colocando o usuário como objeto de atenção.

No entanto, é evidente a necessidade de cada Serviço em fazer a sua parte, assumir suas responsabilidades, a fim de evitar desentendimentos. Cabem à Atenção Básica a classificação correta e o primeiro atendimento à urgência no Centro de Saúde e, ao SAMU,

cabe complementar esse atendimento, se necessário, de modo que o trabalho seja coerente com prática do cuidado ampliado e complementar.

(...) a gente passando um caso legal, um caso tranquilo, todo completo Eu acho que é só isso a gente fazer bem o nosso serviço né? (E₄)

Eu acho que o conhecimento nosso para identificar o que o paciente tem, facilita.(E₁₉)

O importante é ter um diagnóstico correto, preciso né? Como classificação de um caso de urgência. (E₂₁)

O profissional reconhece a importância de esgotar os recursos existentes na Atenção Básica no reconhecimento do quadro de urgência/emergência, na avaliação do paciente, na definição do diagnóstico e conseqüente verificação da necessidade ou não de se acionar o SAMU. O julgamento inicial do paciente na Atenção Básica facilita a interlocução entre os diferentes níveis de complexidade. Turci (2008, p.235) afirma que o profissional de saúde, na Atenção Básica deve avaliar e classificar a necessidade clínica do usuário e, depois de esgotadas todas as alternativas propedêuticas e terapêuticas, deve estabelecer fluxos pactuados com a rede a fim de garantir o acesso do usuário à tecnologia adequada.

A partir da primeira avaliação, o SAMU será acionado pela UBS, configurando atendimento secundário, isto é, aquele solicitado por profissionais da saúde, equipes ou Unidades de saúde de menor complexidade. Os entrevistados apontam o SAMU como um Serviço “que demora a chegar”, apesar de bom e que de certa forma, possui alguma resistência em atender usuários em regiões onde é grande o risco de violência.

Olha, primeiro demorou pra chegar. Demorou. Mas, depois o atendimento foi bom, o paciente era muito grave e foi a óbito. Foi bom e é organizado... (E₁₁)

Eu acho que é excelente, acho que é muito bom, porém eu acho que tem uma demora, acho que o número de carros é insuficiente para o tamanho da cidade, e acho que eles demoram um pouco pra chegar, mas depois que eles chegam eu acho o atendimento muito bom. (E₁₂)

Apesar de esses entrevistados associarem o atendimento do SAMU a um Serviço que demora a chegar, não deixam de reconhecê-lo como eficiente. Nesse sentido, os profissionais justificam a deficiência relacionada ao fator tempo, à indisponibilidade de recursos que poderiam garantir maior prontidão ao atendimento. De qualquer forma, em todos os relatos os entrevistados reafirmam a percepção positiva quanto ao atendimento realizado pelo SAMU. Além disso, o profissional associa a demora do atendimento, ou até mesmo sua

recusa, à questão da violência urbana. Relata que há situações em que o usuário necessita de atendimento médico, mas o SAMU não é enviado por ser uma área perigosa.

O que acontecia: chamava e não conseguia. Não sei se por que lá era uma área perigosa. Eu não sei se pode nem falar isso. Mas eu acho que isso deve influenciar muito no atendimento deles. Você imagina chamar eles lá em cima! Eu nunca fui lá. Eu fui fazer uma visita, mas assim... Becos eu nunca fui, eu sempre fui em ruas, pois os problemas são os tiros. A gente fica receosa pelos tiros. E se a gente que trabalha aqui tem esse medo, imagina esse povo que não está acostumado. Então a gente não pode tirar a razão deles num certo ponto, mas por outro lado é muito complicado. (E₂₀)

Essa sensação de insegurança estende-se ao próprio entrevistado que admite não realizar visitas nos becos, pois tem medo e esse tem sido um dos grandes problemas dos Serviços de saúde em grandes centros urbanos, até mesmo para manter o quadro de pessoal. Apesar do vínculo estabelecido entre a comunidade e o PSF, o entrevistado declara-se impossibilitado de ir às áreas que considera perigosas, por restrição de circulação e receio de bala perdida. Se existem restrição e receio para sua locomoção como profissional que atua na comunidade é compreensível a dificuldade do SAMU em chegar a essas regiões. Parece que o profissional compreende e justifica as situações que ocorrem nesse contexto. Segundo Cândia (2005, p.66), a violência “faz padecer os profissionais de saúde, submetidos à violência social cotidiana que, insidiosamente, vai minando os ideais e a capacidade de agir em benefício da população que também padece por não receber os serviços necessários em um processo de retro alimentação perverso”.

Na Regional Oeste, cenário de estudo, os profissionais da Saúde convivem com vários tipos de violência no cotidiano de trabalho, e esse pode ser um fator que contribui para a qualidade da assistência, tanto da Atenção Básica, quanto do SAMU.

O que eu vejo é a população falando é que eles não vêm, principalmente quando é área de risco. Na verdade tem gente que nem chama porque eles não vão vir. A minha percepção é que o SAMU falha com a comunidade carente, percebo assim claramente; não é uma pessoa só que fala não, são vários relatos sobre isso é. (E₄)

Condições socioeconômicas desfavoráveis geralmente contribuem para a criação de maiores necessidades de atenção à saúde, prejudicada em cenários onde impera a violência. Nesse sentido, o entrevistado afirma que a comunidade, descrente em ser assistida pelo SAMU, algumas vezes nem mesmo busca seu atendimento. Há que se buscar compreender os

riscos para os profissionais e a busca de modos de proteção cuja maior expressão é a recusa em atender.

Outro entrevistado associa o “bom desempenho” do SAMU à satisfação da comunidade com seu atendimento, diferente da opinião dessa mesma comunidade com relação ao serviço oferecido pela Atenção Básica.

A equipe do SAMU ela goza de uma satisfação pública de bom a excelente, coisa que não acontece em contrapartida com a atenção básica e com as unidades que recebem esse paciente na urgência. Então, paradoxalmente a gente tem um esforço grande de trabalhar bem aqui, pelo menos na atenção básica. Mas é notório realmente o reconhecimento público do serviço do SAMU Mas eu não colocaria isso em confronto, pelo contrário, eu acho que o serviço do SAMU é muito bem acolhido pela população, mas realmente talvez a população não veja o que acontece em uma unidade básica, o que acontece realmente no atendimento do SAMU para a unidade básica. (E₉)

O povo não consegue fazer uma crítica ao ponto de entender o que é a atenção básica, o que é o serviço de urgência, o que é o serviço de emergência. (E₁₀)

Percebe-se certo ressentimento do entrevistado em relação ao reconhecimento do SAMU pela população e que não se estende à Atenção Básica. O profissional coloca o trabalho realizado na Atenção Básica como pouco compreendido e mal avaliado pela população, apesar do grande esforço para atender e estabelecer vínculo. Essa percepção do entrevistado sobre a aceitação do SAMU pela população pode ser compreendida pelo impacto do Serviço para as comunidades que antes não tinham a quem recorrer em casos de urgência. Antes do SAMU, era frequente a ocorrência de grande sofrimento até se ter acesso a um Serviço de Saúde, o que foi facilitado com a ligação gratuita, o atendimento 24 horas e a agilidade. De maneira geral, o mesmo não ocorre com a Atenção Básica que funciona, geralmente, durante o dia e atende principalmente a casos eletivos, por “permanecer influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública voltada para ações preferencialmente preventivas e programáticas, em detrimento do acolhimento e atendimento dos cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia se dar perfeitamente nesse nível de atenção” (BRASIL, 2006c, p.28), transferindo, não raramente, para outro nível, o paciente com quadro agudo ou crônico desestabilizado.

O entrevistado associa essa sensação ao fato de a comunidade não ter uma postura crítica questionadora em relação às condutas de atendimento dos diferentes níveis assistenciais, mas, por outro lado, acha compreensível que a população valorize o serviço do SAMU. Parece relacionar essa satisfação principalmente à carência da comunidade no que

concerne às ações imediatas e respostas rápidas aos problemas de saúde, que são características próprias do processo de trabalho do SAMU. Além disso, relaciona a repercussão desse trabalho, principalmente nas vias públicas, como muito positiva. Por outro lado, diferentemente do SAMU, na Atenção Básica, o processo de trabalho está voltado para as ações preventivas e de promoção que não causam tamanha repercussão e acrescenta que

Talvez o SAMU seja excelente nas vias públicas, mas na Unidade Básica, infelizmente a sensação que eu tenho é de que não é um serviço excelente e nem muito menos bom, é no máximo um serviço regular. (E₉)

Foi possível compreender que não há consenso na percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o SAMU em um mesmo Centro de Saúde. Alguns profissionais identificam-no como um Serviço de boa qualidade, ágil e que responde às necessidades da população e às demandas da Atenção Básica. Outros se ressentem da aceitação do SAMU pela população ser maior do que a da Atenção Básica e a classificam como regular. Há um jogo de conveniência civilizada entre os profissionais da Atenção Básica e os do SAMU, com a finalidade de atingir os objetivos dos Serviços, mas ainda não há um trabalho de parceria consolidado.

As percepções explicitadas mostram que os trabalhadores possuem, em geral, uma idéia positiva quanto ao trabalho do SAMU. Os entrevistados o reconhecem como um ganho para a cidade de Belo Horizonte por sua eficiência e agilidade. Nesse sentido, identificam ações complementares e aspectos facilitadores que contribuem para essa complementação. No entanto, percebe-se que alguns profissionais se referem ao Serviço como àquele oferecido para a comunidade e não como parte integrante da rede e motivo de conflitos diversos. Assim, há elogios explícitos e críticas veladas, o que coloca as relações entre os dois Serviços como um fenômeno a ser desvendado em pesquisas posteriores, envolvendo também a percepção dos usuários. Tais pesquisas poderão elucidar os motivos de aceitação e reconhecimento ou de crítica e rejeição de um Serviço com relação ao outro.

5.3 As relações entre os profissionais da Atenção Básica e o SAMU

As relações entre os profissionais da UBS e do SAMU podem ser caracterizadas por entendimentos e parcerias em algumas situações e por conflitos e desentendimentos em

outras, portanto uma relação dinâmica que se modifica de acordo com o contexto e as demandas do trabalho. Um fator a ser ressaltado nessas situações é a habilidade de comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e SAMU.

Não existe muita comunicação entre a rede básica e a rede de urgência, há sempre divergência.(E₁₅)

O relato evidencia que a relação de parceria e complementaridade poderia ser melhor conduzida se a comunicação fosse utilizada como ferramenta de ligação e de entendimento entre a Atenção Básica e o SAMU. Quando a comunicação é precária, a relação assume caráter de conflito e de divergência, não há troca, não há diálogo facilitador nas relações. Segundo Yoshimoto (2005, p.69) “a comunicação é uma variável normalmente associada à qualidade das relações interpessoais dentro e fora das organizações. Essas propiciam inúmeras possibilidades de comunicação dependendo da clareza, fidedignidade e propriedade”.

Os profissionais que trabalham nas UBS, têm uma postura de desconfiança em relação à forma negativa como acreditam ser percebidos pelo SAMU, considerando que os profissionais do SAMU, na maioria das vezes, acham que a UBS não esgota todas as possibilidades de atendimento, antes de solicitá-lo. Essa relação é marcada por uma sensação de serviço inacabado, de serviço incompleto, que não atende às expectativas do outro:

Eu acho que o Centro de Saúde às vezes, pensa que o SAMU, poderia fazer um pouco mais, e eu tenho certeza que o SAMU também acha que a equipe de saúde poderia também fazer um pouco mais. (E₁)

O que eu vejo falar é que eles acreditam que as Unidades Básicas muitas vezes fazem o atendimento, fazem a chamada e não há necessidade. (E₁₈)

A maneira como os profissionais dos dois Serviços se percebem é decisiva para as relações que se estabelecem, ora de confiança e complementaridade, ora de desconfiança e isolamento, de maneira que um Serviço interfere na dinâmica do outro. São relações circunstanciais, que não obedecem a um padrão mas que, quando ocorrem, interferem na qualidade da assistência como um todo. O paciente agudo talvez seja o maior ponto de divergência entre os dois Serviços que ainda não encontraram a maneira adequada de atendê-lo. Continua sendo um fator de desgaste para as equipes da Atenção Básica e do SAMU, apesar de estar definido na Política Nacional de Atenção Básica (2006a) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (2006b) que determinam que os Serviços de Atenção Básica e de Urgência devem atender os pacientes com quadros agudos nos seus níveis de complexidade.

Porém os documentos não estabelecem os critérios que definem quadros considerados agudos, que são de responsabilidade da rede assistencial, dificultando o estabelecimento de responsabilidade das Unidades no atendimento, gerando muitos conflitos.

Esse agudo é o paciente que chega de repente, sem ter passado pelo acolhimento. Ah! Tô morrendo de dor de garganta, com febre, com dor precordial! Ah! Tô com uma gripe há não sei quantos dias... Uma infecção urinária, uma crise asmática. Às vezes você não consegue controlar uma crise asmática, você teria que necessitar ou da UPA, ou talvez um SAMU, pois você não sabe para onde isso vai caminhar. Esses casos a gente dá conta aqui no Centro de saúde, mas eu te falo o seguinte, uma hemorragia, um deslocamento prematuro de placenta, o que a gente vai fazer com esse paciente? Uma coisa que eu questionava muito quando eu entrei no PSF. Como que eu vou atender isso? Nós não estamos aqui para isso. Mas não tem como você fugir. (E₂₀)

Há desconfortos com a chegada desse paciente e, ao mesmo tempo, preocupação com sua estabilização. Não há como definir em normas e rotinas a evolução desses quadros, mas há possibilidades de se atender e de se acompanhar, com maior frequência, a evolução do quadro clínico dos pacientes. Se o usuário evoluir para uma situação clínica mais grave ou descompensar, necessitará de outro atendimento com aporte tecnológico mais complexo que a Atenção Básica não pode oferecer. Nos Centros de Saúde não há camas ou macas de observação e a solução é passar o problema adiante.

Essas situações geram sentimentos de preocupação, insegurança e angústia que marcam as relações entre os profissionais da Atenção Básica e os do SAMU. A relação estabelecida poderá ou aliviar ou agravar tais sentimentos.

Para Magalhães (1998), os conceitos de urgência e emergência são confusos e polêmicos e, como sua definição é complexa, atualmente se fala em situações clínicas agudas. Segundo Rocha (2005), a subjetividade do conceito "agudo", possibilita a interpretação individual de acordo com aquele que avalia, passando a determinar o que é agudo ou não para ele e qual o procedimento a seguir. Nessa perspectiva, o profissional define, sob seus próprios critérios de julgamento, quais pacientes serão atendidos na Atenção Básica e quais serão encaminhados a outro nível de assistência. A proposta é a de que o profissional que receber o usuário faça a avaliação inicial para definir as necessidades do paciente e a divisão de responsabilidades entre os Serviços. Essa responsabilidade compartilhada, se colocada em prática, geraria, entre os Serviços, uma relação de parceria.

Essa falta de referência para estabelecer a conduta gera a solicitação de transferência do paciente e, conseqüentemente, conflitos. De acordo com Kurcgant (2005, p.54), frequentemente o termo conflito está associado a “dificuldades, desavenças, injúrias,

competição, oposição, desarmonia, incompatibilidade.” Admitindo que o conflito possui caráter relacional, podendo ocorrer entre pessoas, grupos e organizações entre outros e que a frustração de interesses de uma das partes envolvidas, ou de ambas, desencadeará o conflito, Kurcgant (2005) afirma que “as organizações são, frequentemente, ‘locus’ privilegiado para o surgimento de conflito, pois as relações no ambiente de trabalho são intermediadas pelo jogo de poder, de diferenciação de interesses e de intencionalidade entre os agentes.”

O que o SAMU quer é que a gente assuma determinados serviços que não é o nosso propósito. (E₁₁)

Pelo relato, percebe-se o estabelecimento de relações de poder entre SAMU e Atenção Básica. O SAMU quer que os profissionais da Atenção Básica realizem procedimentos e ações que não estão em seus propósitos. Em contrapartida, os profissionais da Atenção Básica resistem e não fazem o que o SAMU quer. Estabelece-se assim o desequilíbrio na relação e na expectativa do outro. Infere-se que os profissionais da Atenção Básica sentem sua autonomia reduzida, ao serem obrigados a atender os usuários encaminhados pelo SAMU, quer seja pela orientação de procurar a UBS ou outro Serviço oferecido via telefone, quer seja por encaminhamentos feitos pelos profissionais. Para agravar as relações entre os dois Serviços, o SAMU tem o poder legal de direcionar o fluxo de pacientes de acordos com suas necessidades, avaliadas pelo médico regulador, e a Atenção Básica não tem essa prerrogativa.

Merhy (2006) fala da “solidariedade profissional” em que haja interação de saberes e práticas. Mas essa proposta não é compreendida por todos os profissionais, como mostra o relato a seguir:

E aí que está tendo essa disputa: eles querem que a gente atenda alguns serviços que a gente acha que não é o nosso papel. Mas não tem jeito, a gente chama e passa pra eles mesmo, e eles acham que é coisa que o Posto de Saúde dá conta, e nós não estamos aqui pra isso. É bem claro o nosso serviço é promoção mesmo. (E₁₁)

A relação expressa pelo entrevistado é caracterizada como um jogo de poder entre os Serviços que se concretiza na transferência de certas responsabilidades, mesmo que o outro Serviço não concorde em recebê-las. Dessa forma, os Serviços que deveriam trabalhar como um só time, ambos voltados para um mesmo objetivo, estabelecem uma relação de disputa.

Torna-se visível como o processo de trabalho voltado para as práticas de promoção e prevenção da saúde está enraizado no discurso do profissional da Atenção Básica e, dessa forma, ele não reconhece que atender situações de urgência/emergência faz parte de

qualquer Serviço de Saúde. A Atenção Básica é responsável por práticas de saúde que abrangem não somente a prevenção de agravos e promoção da saúde, como também “diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. (BRASIL, 2006b).

Os serviços do SUS, principalmente da rede básica com o atendimento de urgência, ainda tem um pouco de..., como que eu posso falar..., uma espécie de disputa. Eu acho que poderia ser mais deveria ser mais integrado, mas ainda acho que falta um pouco... não sei a palavra sabe? É como se houvesse mesmo uma disputa de um serviço com o outro. E como se um quisesse empurrar pro outro. (E₁₁)

Pelo relato, percebe-se que há, entre os Serviços, uma forma de uma disputa. No entanto, o profissional da UBS reconhece a necessidade de se levar em consideração a demanda da população por atendimento imediato em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, Cecílio (1997) aponta que se deve propor a qualificação de todas as portas de assistência, como portas de entrada, adequando-as às necessidades de cada caso.

Torna-se importante ressaltar que cada nível de complexidade terá suas responsabilidades nos atendimentos, principalmente pelo fato de que se diferem no que diz respeito a recursos e tecnologias. Mas, conforme institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003b), o atendimento inicial aos usuários com quadros agudos ou em situação de urgência deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o responsavelmente dentro de um sistema hierarquizado e regulado. Dessa forma, organizam-se as redes regionais de atenção às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida, em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. No entanto, a organização da rede de serviços, que deveria ser complementar, passa a ser motivo de conflitos, envolvendo interesses do Serviço, vaidades profissionais e reais dificuldades de se trabalhar de forma integrada no Sistema de Saúde, dadas sua dimensão e complexidade.

Uma dificuldade, portadora de desgaste nas relações entre os Serviços de Saúde, é a falta de comunicação eficiente que oriente a prática profissional.

O que chamar, quando chamar , entendeu?É necessário ter numa anamnese mesmo? É necessário fazer escala de Glasgow? Essas coisas que às vezes a gente fica ao telefone eles perguntam pra gente e a gente fica sem saber; a gente tem que correr atrás do médico. Eu acho que está faltando uma interação mesmo entre a Unidade Básica e o SAMU. (E₄)

Existe de fato uma deficiência no uso, no conhecimento de critérios são validados pelo SAMU por parte da equipe da Atenção Básica. (E₉)

O profissional não consegue identificar as informações necessárias para o encaminhamento do usuário quando da solicitação do SAMU e esse fato é fonte de questionamentos. Essa situação promove a criação de condutas clínicas particulares e a adoção de critérios de encaminhamento individualizados, fragmentando o trabalho e gerando descontentamento. No entanto, “as relações instituídas entre trabalhadores só perduram se existir uma noção de horizontalidade, de semelhança, de troca de saberes, onde cada um tenha algo a contribuir para esse relacionamento.” (PINHEIRO, 2001).

Infere-se que a linguagem utilizada nos distintos níveis de atenção possa ser um elemento dificultador na determinação das relações estabelecidas entre os Serviços. Sobre esse aspecto, Merhy (2006, p.109) afirma que “os profissionais devem reaprender o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos” e, dessa forma, devem articular “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidados que qualquer profissional de saúde detém.” (MERHY, 1998, p.113). Nesse sentido, é preciso considerar -se a possibilidade de se integrarem saberes e práticas distintos na capacitação, facilitando o entendimento das linguagens e das ações, nos diferentes espaços de atenção. No entanto, o que se verifica é um discurso fragmentado e indefinido.

Eu não vejo nenhuma coisa assim sólida para ser seguida, alguma coisa pra gente saber e ter mais noção do que a gente tá podendo mandar, o que eles vão estar podendo atender, se aquilo é para eles mesmo. Por que às vezes, eu tenho a suspeita que a gente pode estar até errando (E₂₀).

Parece não haver segurança em relação aos pacientes a serem referenciados e sobre quais a Atenção Básica pode atuar. Essa segurança poderia ser construída a partir de ações organizativas, como treinamentos e capacitação profissional.

Torna-se importante ressaltar que situações clínicas agudas, de urgência e emergência, requerem intervenções singulares e que possuem núcleos de competência que se relacionam ao uso de tecnologias específicas que requer constante preparo. “Todo profissional independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado constantemente.” (Merhy, 1998, p.117).

No entanto, o que se observa é a insegurança dos profissionais da Atenção Básica frente à necessidade de atendimento de casos de urgência e emergência, ressentimentos e receio de errar.

Porque na Unidade Básica, eu falo como auxiliar..., você não pega muita emergência, então às vezes quando chega um caso assim, você fica sem saber até quando deve ligar. (E₁₈)

Os profissionais estão acostumados com um tipo de serviço e não têm o treinamento que os profissionais do SAMU têm, é questão de treinamento também né? Eles estão mexendo com isso o tempo todo, então você tem que recorrer mesmo, eles gostando ou não, você tem que recorrer porque é a vida de uma pessoa que está em risco, nós não temos como atender. Hoje, se for parar aqui, todo mundo vai passar muito aperto. (E₁₁)

Percebe-se que o argumento para chamar o SAMU é de que um Serviço possui melhor preparo que o outro, mesmo que a solicitação não seja consensual. Essa situação revela uma relação conflitante, pois há uma transferência forçada de responsabilidades e não uma relação baseada em critérios técnicos sobre o limite daquele Serviço e dos profissionais que o compõem.

Além disso, essa situação reflete a fragilidade de educação permanente no que se refere ao atendimento de urgência e emergência na UBS e as inseguranças diante de uma hierarquia de complexidade:

Às vezes pode até acontecer da gente estar precisando do SAMU, e uma ambulância comum vir, mas nós também temos a nossa insegurança. Mas parece que eles não entendem isso não, a gente tem que saber tudo, o mesmo tanto quanto eles, eles é que estão preparados para fazer esse tipo de coisa. (E₁₉)

A relação estabelecida entre o SAMU e Atenção Básica, para o entrevistado, é de cobrança, pois acredita que o profissional do SAMU sempre espera mais da Atenção Básica, e essa, algumas vezes, não consegue suprir suas expectativas. Um Serviço não entende a limitação do outro e não há compreensão, por parte dos profissionais, sobre a expectativa gerada na organização da rede.

O entrevistado coloca-se em posição de inferioridade, quando relata que o SAMU espera que eles (os profissionais da Atenção Básica) tenham o mesmo preparo técnico para assistir as urgências. Essa posição distancia os profissionais de uma atenção articulada, em que todos os Serviços estariam preparados para qualquer caso clínico. Nesse aspecto, os Serviços de atenção primária devem estar aptos para acolher, atender e resolver os principais problemas que demandam atenção à saúde. (BRASIL, 2006c, p.22). Segundo Turci (2008, p.253), a falta de capacitação das equipes para atendimento de urgência nos Centros de Saúde, configura-se como um dos principais problemas, relacionado com a deficiência dos aparelhos formadores para o enfrentamento das questões de urgências. Nesse sentido,

(...) é comum que os profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para a unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que esses profissionais estejam qualificados para esse enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação. (BRASIL, 2006b, p.69)

Há pouca segurança para assistir os casos de urgência/emergência na UBS, o que tem levado SAMU e Atenção Básica a uma relação de desconfiança, marcada pela dúvida e pela falta de credibilidade nas avaliações feitas pelos profissionais da Atenção Básica.

Eles duvidam muito do que a gente está passando para eles... É a minha percepção. Eles não acreditam muito na gravidade do que a gente está falando, como se a gente não tivesse capacidade de direcionar um paciente grave para eles. O que me passa é isso. (E₂₀)

Pelo fato da gente trabalhar no Centro de Saúde eles não dão muita credibilidade. É do Posto? Não sabe nem o que está fazendo. Eles não dão muita credibilidade. (...) Vocês que estão atendendo, porque não resolvem? Não tem médico aí não? Cadê o enfermeiro? Não tem ninguém aí que possa estar resolvendo isso? (E₁₀)

Eles acham a gente muito cru, sendo que isso não é verdade. Eles acham que a gente não sabe avaliar um paciente. Eles acham que a gente não consegue avaliar a diferença de um paciente que precisa de uma Unidade avançada. Mesmo quando o médico avalia, eu acho que eles não confiam. É uma desconfiança, porque eles acham que a gente não é preparado pra saber identificar o que precisa do SAMU e o que não precisa, e eu acho que a gente é preparado sim. (E₁₉)

O profissional se ressentia da desconfiança atribuída à Atenção Básica pelo SAMU nos julgamentos da gravidade dos casos. Percebe-se que, para os entrevistados, o fator que determina a falta de credibilidade da Atenção Básica, pelo SAMU, relaciona-se ao fato de que, para o SAMU, os profissionais da Atenção Básica não estão preparados para atender urgência e que, por esse motivo, não sabem reconhecer quadros de real necessidade de solicitação de outros Serviços. Essa relação em que um Serviço não confia no outro é decisiva para a fragmentação da assistência e a baixa auto-estima dos profissionais.

De acordo com Merhy (1998), há de se resgatar a dimensão subjetiva da intervenção em saúde como fator de desenvolvimento da qualidade das relações humanas, que acompanhe a evolução do conhecimento técnico-científico. Quando há domínio de ações organizadas em torno das tecnologias duras (equipamentos, máquinas), os processos de trabalho ficam mais comprometidos com o uso dessa forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. O trabalho em saúde, orientado por esse modelo,

isola-se dos demais; vai-se especializando a cada introdução de novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas e, “vai-se necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma”. (MERHY, 1998, p.106). Dessa forma,

Os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe acorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento. (BRASIL, 2006c, p.57)

A relação interprofissional sofre a influência da ausência de compreensão dos limites de cada Serviço:

Eles não fazem idéia... Eles riam, debochavam... PSF? O que é PSF? (E₂₀)

O principal problema pra quem está aqui da Unidade Básica, seja o médico, a enfermeira ou qualquer outro profissional é o diálogo respeitoso da parte do moderador. Geralmente ele subestima a capacidade técnica de quem está aqui... usa até de desdém da suspeição diagnóstica, acaba levando ao adiamento do atendimento e colocando até em risco, às vezes, determinadas situações. (E₉)

Os relatos evidenciam que, em algumas situações, a relação entre a Atenção Básica e o SAMU é desrespeitosa, principalmente pelo fato de os profissionais da Atenção Básica trabalharem no PSF como generalistas. Os profissionais da Atenção Básica sentem-se desvalorizados e subestimados, em sua capacidade técnica, pelos profissionais do SAMU. Expressam indignação diante do tratamento recebido e consideram que isso influencia negativamente as relações entre a Atenção Básica e o SAMU. A indignação deve-se a situações que se repetem, sem perspectiva de mudança. Os profissionais da Atenção Básica dizem a respeito dos trabalhadores do SAMU: “eles não têm humildade.” (E₂₀). Na realidade, há uma dicotomia entre os trabalhos realizados utilizando-se tecnologias leves e tecnologias duras, respectivamente na Atenção Básica e no SAMU.

O fato de estar na Unidade Básica é como se desqualificasse a ter critérios para chamar o SAMU quando eu julgasse que fosse necessário, e isso me dá um mal estar... (E₉)

O relato mostra que o mal estar do entrevistado implica um critério de valor que nos remete ao modelo biomédico de atenção e à desqualificação, por parte do SAMU, do

trabalho na Atenção Básica. Fica evidente a valorização do especialista em detrimento do generalista, quando se sabe que a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida pelo generalista com o suporte de outros Serviços, entre eles, o de urgência. As divergências chegam a tal ponto que os profissionais entrevistados relatam que, quando precisam acionar o SAMU, sentem-se como se tivessem pedindo um favor, demonstrando que as relações entre Atenção Básica e SAMU, nesse caso, “carece de interação de saberes e práticas, necessárias ao cuidado integral à saúde” (MERHY, 2006, p.128), de entendimento e parceria.

Eu sinto a gente do lado de cá, pedindo atendimento, que muitas vezes vem até como uma forma de favor, de uma coisa forçosa... sabe, de um será que você fez o que você deveria fazer aí? (E₁₆)

Eles chegam assim como se eles fossem os donos do pedaço né? E assim, eles não dão nem atenção para você. Eles tem uma postura assim de (nossa!) Como se subjugasse a gente assim mesmo, entendeu? O que eu senti foi isso. (E₂₀)

Há questionamentos sobre os limites da UBS e do SAMU e um ressentimento dos profissionais da UBS, por serem vistos como se estivessem “pedindo um favor”. Isso interfere na relação, prejudicando a assistência prestada ao usuário.

Nesse contexto, o entrevistado, na fala a seguir, expõe um caso extremo de discussão entre os trabalhadores dos dois níveis de atenção. Sob sua ótica, a reação do profissional do SAMU despertou um sentimento de humilhação frente à situação e determinou a relação conflituosa que se estabeleceu. Além disso, o entrevistado questiona até onde vai o limite do profissional da Atenção Básica em atender a urgência pois, muitas vezes, necessita contar com o outro, por não se sentir preparado para assistir o paciente. Para o entrevistado, a relação que se estabelece não é de parceria, mas sim de distanciamento e até de dominação.

A médica chamou para um caso de um bebê que estava com problema respiratório, e eu entendi que ela não estava dando conta de resolver o problema sabe? Então eu acho que se ela não está dando conta, ela tem que chamar alguém que dê conta, né? Quando o médico chegou na ambulância achou que a paciente não estava tão grave assim, mas chegaram, trocaram figurinhas sobre a paciente, então quer dizer, já é uma informação a mais. Então ele começou a discutir com ela, na frente de todo mundo, da equipe toda, que não era caso do SAMU com médico, igual ela tinha solicitado. Então assim, foi uma situação muito constrangedora, eu fiquei assim meio... que o negócio não foi comigo, foi com a pediatra, mas eu senti meio humilhada, a gente já fez tudo o que a gente podia e ainda tem que escutar isso né? (E₃)

Nesse caso, independente da competência técnica, houve desrespeito profissional e pessoal. Essa situação aponta para a necessidade de se repensar o serviço da Atenção Básica no que concerne seu preparo, à capacitação dos profissionais para assistir casos de urgência. Essa condição é fundamental na construção da resolutividade efetiva e de atitudes integradas dentro da rede assistencial. Por outro lado, a vida do usuário pode estar em jogo e a articulação das tecnologias é necessária.

O (re) conhecimento dessa realidade pouco articulada dos níveis de atenção e da percepção conflituosa dos profissionais da Atenção Básica com relação ao SAMU constitui importante subsídio para mudanças. Por um lado, os profissionais da Atenção Básica valorizam o trabalho do SAMU relacionando essa visão ao benefício e ao ganho que a população teve com sua implantação. Por outro lado, não sentem que esse ganho estendeu-se a eles e questionam o fato de atenderem casos agudos e de urgência que extrapolam sua capacidade instalada. Ressaltam, ainda, que há atitudes de desvalorização e desrespeito dos profissionais do SAMU em relação ao pessoal da Atenção Básica.

5.3 Perspectivas de articulação entre a Atenção Básica e o SAMU sob a ótica dos profissionais

Aqui, estão incluídas as percepções dos entrevistados sobre o seu entendimento do que poderia ser melhorado na relação entre o SAMU e a Atenção Básica no futuro. Foi possível perceber, pelas entrevistas, como primeira reação ao questionamento sobre os pontos que precisam ser trabalhados para que haja melhor articulação entre os níveis de atenção, uma resposta quase imediata apontando a necessidade de mais diálogo entre os Serviços. A falta de comunicação é uma barreira para a integração entre Atenção Básica e SAMU e, conseqüentemente, para um melhor relacionamento entre os níveis assistenciais e profissionais.

Fica faltando a comunicação mesmo, o diálogo. Acho que faltam momentos em que a rede que trabalha junta pudesse interagir né? (E₁₅)

O entrevistado aponta a necessidade de comunicação como uma estratégia a ser utilizada na direção da construção de um campo de conhecimentos e de posturas, articulando os Serviços e ordenando a prática de saúde. Nesse sentido, para melhorar a integração do

trabalho da UBS com o SAMU, é necessário que sejam adotadas estratégias centradas no diálogo, pois “o diálogo é o mais antigo e eficaz método de entendimento entre as pessoas”. (TURCI, 2008, p.256) Esse exercício fortaleceria a integração entre os níveis de atenção., reduzindo os conflitos no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde que têm o mesmo objetivo: a produção de saúde a partir das necessidades dos usuários.

Assim, é imperativo apontar que esse diálogo deve ser fomentado pelo compromisso com o trabalho coletivo, com a produção de procedimentos articulados, ampliados e não restritos a uma forma específica de se produzir saúde. Para isso, é necessário se conhecer e se reconhecer a forma de trabalho nos diferentes níveis de atenção, como aponta o relato:

Eu acho que falta um pouco dessa questão de entender a dinâmica do SAMU, e o SAMU entenderem um pouco da dinâmica do Centro de Saúde. (E₁)

Então eu acho que essa que é a dificuldade: é o relacionamento de um conhecer o trabalho do outro, que não tem muito, saber qual que é a rotina que o SAMU tem. (E₃)

Está faltando então, eles conhecerem a nossa realidade e a gente conhecer a realidade deles. (E₄)

O entrevistado aponta a necessidade de se conhecer o processo de trabalho do SAMU, e a importância de o SAMU também conhecer a forma de se trabalhar na Atenção Básica. A partir daí, seriam visualizadas as dificuldades inerentes a cada Serviço, e consequentemente haveria maior entendimento das limitações de cada um e diminuição das divergências. Entender como funcionam os Serviços de Saúde dos diferentes níveis assistenciais é componente essencial na construção da assistência articulada. Esse conhecimento poderia ocorrer em reuniões e fóruns de discussão que, segundo os entrevistados, não ocorrem. A falta desse conhecimento é fator determinante das falhas de articulação entre os Serviços.

Eu acho que só no momento de necessidade que a gente liga e é atendida lá no SAMU. Eu acho que deveriam ter mais reuniões entre a equipe de Atenção Básica e o SAMU, pra gente saber realmente quais são os casos que a gente deve mandar qual assim, na prática... (E₁)

Eu acho que não tem muito entrosamento. As pessoas não se conhecem entendeu? Deveria ter algumas reuniões com a equipe do SAMU com a equipe do centro de saúde, até pra gente conhecê-los. Quem são essas pessoas?(E₇)

Percebe-se que há falhas na organização e na gestão da rede para um funcionamento de forma articulada. Pelos relatos, percebe-se que as dificuldades identificadas escapam à racionalidade dos procedimentos operacionais de organização do Serviço e estão relacionadas à ausência de interação entre os profissionais dos diferentes níveis assistenciais. Os encontros são circunstanciais, isto é, quando um Serviço solicita a interveniência do outro e não em reuniões e momentos organizados para discussões. Esses encontros proporcionariam diálogos fomentados pelas dificuldades encontradas, pelos esclarecimentos de fluxos, definições de critérios de encaminhamento, entre outros. O entrevistado identifica, como determinante da falta de entrosamento, o fato de os profissionais dos dois Serviços não se conhecerem, o que gera dificuldades no relacionamento.

Nesse sentido, é importante haver espaços de construção desses saberes novos, reafirmados nos momentos de troca, com a participação de todos os profissionais na construção de instrumentos que definam critérios de encaminhamento, papéis e responsabilidades:

Então eu acho que é a questão de a gente ter reuniões com eles, de esclarecimento, porque o trabalho deles é diferente do nosso. Então eu acho que precisa de exatamente disso, da gente saber em que momentos fazer as coisas e no momento certo. (E₁₇)

Para ter uma melhor articulação entre os profissionais da Atenção Básica e o SAMU acho que seja necessário ter mais encontros, sei lá, reuniões. Acho que definir melhor os papéis, o que tem que fazer no Centro de Saúde. (E₆)

Há um isolamento dos profissionais que trabalham em rede, de modo que cada um faz o que pode, mas não é o suficiente. A questão da gestão de rede parece ser o problema central para que todos participem realmente de um trabalho coletivo.

Apesar de haver protocolos, eles muitas vezes não conseguem abranger a dimensão das situações vivenciadas na prática. Nesse sentido, Turci (2008, p.256) afirma que não há norma capaz de superar as dificuldades sem o efetivo contato e a integração entre as equipes dos vários Serviços, sendo necessário o diálogo permanente. Essa construção só ocorre no cotidiano. Parece que não há apropriação do conteúdo dos protocolos existentes, e consequentemente as ações são realizadas segundo entendimento e julgamento de cada profissional, fragmentando a assistência e configurando-se como um entrave na articulação dos níveis de atenção.

Eu acho que tinha que ter uma interação maior entre SAMU, Centro de Saúde e UPA. Eu acho que tinha que fazer reuniões juntas, pra eles verem qual que é a dificuldade que a gente tem aqui no Posto. (E₃)

Percebe-se que o profissional deseja um espaço para falar de suas angústias, de suas dificuldades e, da mesma forma, tem necessidade de ouvir o outro lado. O conhecimento do processo de trabalho na Atenção Básica e nos outros Serviços é relevante para desenvolver maior integração entre os mesmos. Fica claro que a necessidade de interação não se limita à Atenção Básica e ao SAMU, mas também se estende às UPA, isto é, a busca de integração é necessária entre todos os níveis de atenção. O contato pontual, apenas no momento em que se necessita do SAMU, não é suficiente para promover a articulação.

Está faltando uma articulação, está faltando uma entrosação, está faltando é um conhecer o trabalho do outro, porque eu acho que a coisa fica mais tranqüila quando existem esses laços, eles virem aqui, conhecerem a nossa realidade, que às vezes eles vão querer uma coisa que a gente não é capaz. (E₄)

Acredito que devam ter mais reuniões para entrosar mais sabe? Conhecer um o trabalho do outro. Não ficar apenas acusando, pois pode ser que eles não tem culpa, pensam dessa forma, que a gente não faz tudo que devia, mas também não conhece. Então a gente não pode falar daquilo que a gente não conhece, eu não conheço, então eu não posso falar. (E₅)

É visível a carência de conhecimento do trabalho e da realidade do outro. O conhecimento permitiria maior compreensão dos limites de resolução de cada nível de assistência. Cabe ressaltar que, sob o olhar do profissional da Atenção Básica, o foco de sua assistência não é meramente a cura da patologia, mas a perspectiva do controle sobre a mesma, visto que há estabelecimento de vínculo e uma assistência contínua. Trata-se então, de buscar uma ação integral na qual vários níveis de atenção façam sua parte na linha de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. A estratégia sugerida pelos entrevistados para alcançar essa ação integral é a de entender as dificuldades e os limites existentes em toda a rede e nos diferentes níveis assistenciais, sendo uma iniciativa de cada trabalhador.

Sempre quando a gente tem um trabalho de conscientização, a gente aprende muito mais coisa, a gente vê o que pode fazer e o que pode esperar né? (E₁₇)

O caso até aqui, agora é dali pra frente, eu acho que é conscientização mesmo dos funcionários. (E₁₃)

Segundo os entrevistados, para melhorar a articulação entre os diferentes níveis de atenção, é preciso que seja desenvolvido um trabalho de conscientização profissional. Entretanto, para o desenvolvimento dessa consciência é necessário que se adote uma postura de não fazer julgamentos precipitados, de (re) conhecimento de seus próprios limites e abertura para o entendimento e a disposição para o aprendizado, como na fala a seguir:

(...) então eu simplesmente me acomodo e acho que fulano está errado, que eu estou certo e as coisas não vão pra frente. Eu acredito que não é pra mim pessoalmente não é suficiente olhar só pra doença do paciente, eu posso olhar para minha necessidade de aprender, para minha necessidade de olhar o paciente e, portanto isso me deixa livre de dizer: olha, eu não sei tudo. Então, estou aqui disponível para aprender com o SAMU, para aprender com a emergência e com a urgência. (E₉)

Percebe-se, assim, que o entrevistado está aberto para aprender e está disposto a fazê-lo. Relata que alguns profissionais se acomodam e transferem a responsabilidade de suas próprias deficiências para outro Serviço. No entanto, propõe que os trabalhadores estejam abertos para o aprendizado e visualizem essa possibilidade, inclusive junto ao SAMU, de forma a resgatar o processo de capacitação para o desenvolvimento de domínio e habilidade para o atendimento às urgências, e demonstra grande preocupação em reconhecer seus próprios limites e (re) aprender. Um dos entraves para que, seja feita a primeira atenção às urgências, na Atenção Básica, de forma qualificada e resolutiva, seria a insegurança do profissional no atendimento às urgências. De forma complementar à organização da rede de Serviços de Saúde, em especial, na área de urgência e emergência, é de grande importância a oportunidade de atualização de conhecimentos, por meio de cursos e treinamentos.

Eu acho que é importante estar capacitando através de treinamento. Eu acho que isso ajudaria bastante, né?(E₁₃)

Então assim, acho que falta às vezes também um treinamento maior dos profissionais da rede básica. Até onde a gente pode ficar com o paciente aqui?(E₁₆)

É importante haver uma integração do Centro de Saúde com eles. Um curso dele pra nós, eles dão o curso pra nós, e eu acho que é por aí. (E₁₉)

Os relatos evidenciam a necessidade dos profissionais da Atenção Básica com relação à capacitação em atendimento de urgência e emergência mostrando que, em muitos, casos, os profissionais não possuem a capacitação técnica requerida, evidenciando fragilidades no atendimento, o que pode se traduzir em encaminhamentos e solicitações

desnecessários, que geram queixas por parte do SAMU. Apesar desse preparo, é importante levar em consideração a “inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores na graduação (BRASIL, 2006c, p.29) em que “as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente” (BRASIL, 2006b, p.133). Para se promover a articulação entre os diferentes Serviços, é necessário que se criem estruturas capazes de problematizar a realidade dos Serviços, conhecendo e reconhecendo as dificuldades enfrentadas em cada nível de assistência, suas potencialidades e fragilidades. Dessa forma, propõe-se “estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção.” (BRASIL, 2002a)

Além disso, o baixo investimento na qualificação e na educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006c, p.29), é outro fator que concorre para essa situação, como se vê na fala a seguir:

Porque até para ter esse preparo ele tem que estar constantemente sendo capacitado, você concorda comigo? Não pode fazer uma capacitação a cada dois, três anos, tem que rever em vários momentos... (E₂)

O profissional se refere a cursos que promovem capacitação, mas entende que esses momentos devem ter uma regularidade para realmente preparar o profissional no atendimento de casos específicos. O profissional que está na Atenção Básica não lida com situações de urgência cotidianamente; inclusive, a ótica de seu processo de trabalho está voltada para a saúde do sujeito e não para doença. As práticas de saúde são basicamente voltadas para a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida, em que a tecnologia leve é muito valorizada e entendida como conhecimento capaz de produzir saúde por meio das relações entre os sujeitos.

Distingue-se que os profissionais da Atenção Básica têm procurado, além de treinamento técnico e conhecimento dos protocolos de urgências e emergências, disponibilidade por parte do SAMU no repasse dessas informações.

A sugestão é de que tenha um curso de capacitação, um momento de troca de experiência. Pois o SAMU queixa que a gente não tem critérios pra chamá-los, que a gente não tem critério pra encaminhar para o Serviço de urgência e emergência. Que eles se colocasse a disposição minimamente para oferecer esses critérios que pra eles são claros e que muitas vezes para nós não é. (E₉)

Há disposição para aprender e conhecer fluxos e critérios de encaminhamento, além de informações tecnocientíficas, que proporcionariam capacitação do atendimento às urgências e emergências. O entrevistado deixa transparecer certo desconforto quando se refere à queixa do SAMU sobre encaminhamentos e solicitações oriundos da Atenção Básica e solicita sua intervenção colocando-se à disposição para esclarecimentos.

A importância dada a esse ponto deve-se ao fato de que a relação entre os profissionais e os Serviços envolve mediações de conhecimentos distintos, por meio dos quais os atores se orientam diferentemente nos espaços institucionais. Segundo Pinheiro (2001, p.104), “esses espaços são lócus de decisão que, no cotidiano, se revelam como espaços de poderes e interesses.”.

Tal situação revela a dificuldade na construção da articulação entre os diferentes níveis assistenciais. Diante do exposto, ressalta-se que a integração dessas práticas assistenciais só se dará pela construção de um “agir em saúde, capaz de renovar e recriar novas práticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, que é construída na relação interprofissional” (PINHEIRO, 2001, p.106). Os profissionais percebem que, havendo cursos de capacitação, o trabalho em saúde pode caminhar na direção da integração de saberes e práticas, e consequentemente ser mais resolutivo, como relatado a seguir:

Deveria haver cursos como por exemplo, dos profissionais com os profissionais, pra que a gente pudesse ter um trabalho mais afinado, pra fazer esse intercâmbio com o SAMU. Se o médico da atenção básica, pra começar um atendimento, tivesse mais afinado com a forma de trabalhar dos outros, eu acho que poderia ser mais interessante. No atendimento de urgência você tem que ter mais afinção, como uma orquestra que tem que trabalhar em harmonia pra poder chegar a um resultado bom. (E₁₆)

O profissional deixa claro a necessidade de utilização de uma mesma linguagem, haja vista que a utilização de protocolos padroniza o atendimento de toda a rede assistencial, e facilita a avaliação do paciente e os encaminhamentos. Organizar-se frente a esse cenário de urgências em que novas demandas são exigidas dos profissionais é um desafio atual, considerando-se a atenção básica como o setor articulador dos outros setores. Dentro desse contexto, a necessidade de se construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma complexa rede de Serviços, articulando-se os diferentes níveis assistenciais, passa pela

transcendência de questões meramente científicas e organizacionais, como relata o entrevistado à seguir:

A gente vive uma crise cultural. E essa crise cultural infelizmente está substituindo o homem pela tecnologia, tornando o atendimento muito frio. Então ainda que o SAMU tenha uma rede bem estabelecida, bem articulada, ainda que o Centro de Saúde tenha um fluxo bem entendido ainda assim é necessário entender que eu como médico sou uma demanda humana, que o meu paciente é uma demanda humana, tanto eu quanto o paciente, tanto a enfermeira quanto o paciente, tanto o auxiliar como o administrativo e o paciente, a gente tem algo em comum, que é uma demanda humana, que é uma busca de sentido. (E₉)

A reflexão do entrevistado pode ser analisada sob o que Merhy (1998, p.106) chama de trabalho vivo em ato, isto é, “um processo de relações, um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções.” O entrevistado relata que todos os atores sociais buscam um sentido para as relações. Assim, há de se visualizar que, além de meros procedimentos e protocolos, o entrevistado chama a atenção para a demanda humana envolvida nessas relações que, como ele mesmo diz, estão cada vez mais frias.

Nesse sentido, Merhy (2006) afirma que é necessário construir outro tipo de vínculo entre os trabalhadores no interior do conjunto das instituições de saúde. Isso será possível com a responsabilização pela qualidade da assistência ofertada, assumindo o compromisso cotidiano com o cuidado à saúde. O mesmo autor afirma que não basta corrigir procedimentos operacionais. É necessário “buscar uma relação mais solidária entre os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico e a construção de um trabalhador coletivo”. (MERHY, 2006, p.123)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho, foi possível perceber a complexidade das relações interpessoais vivenciadas pelos profissionais da Atenção Básica e do SAMU e seus reflexos na assistência prestada ao usuário a partir das dimensões alcançadas no cotidiano das UBS.

A crescente demanda de atendimento na área da urgência e emergência, aliada à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos Serviços disponibilizados para o atendimento da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências propôs à inversão da lógica de atendimento às urgências, de maneira que a UBS se configura atualmente como uma porta importante de entrada do usuário no Sistema. Nesse sentido, a Atenção Básica passou a ser integrante dos componentes fixos que fazem parte da atenção às urgências, responsável pelo acolhimento, estabilização e encaminhamento dos quadros de urgência de baixa complexidade a um Serviço de maior complexidade, se necessário.

A idéia de se desconstruir o estereótipo de “médico do posto”, que só atende os indivíduos que estão programados para aquele dia para se construir o modelo de profissionais de saúde que atendem os usuários com foco em suas necessidades, sejam elas quais forem, busca construir uma rede assistencial integrada e articulada no atendimento de urgência/emergência.

Dentro da concepção de reestruturação desse modelo, coloca-se o PSF como estratégia de reorganização da Atenção Básica onde a vigilância à saúde é o eixo norteador das ações, de modo que as ações são voltadas para saúde do indivíduo, para a prevenção de doenças e complicações, continuamente dentro de uma visão ampliada de seu contexto de vida. Assim, além de aumentar a demanda por atendimento, previamente “descobertos” no modelo anterior, o usuário busca resolver seus problemas naquele Serviço que normalmente o acolhe: a Atenção Básica. Esse fato justifica ter a Atenção Básica como entrada preferencial do usuário no Sistema e eixo norteador entre os demais níveis de atenção. O que se busca hoje é uma rede onde os Serviços interajam entre si, de modo que haja a possibilidade do fluxo e da entrada dos pacientes no Sistema, com vistas na garantia de resolutividade de seus problemas.

No entanto, foi possível observar, no estudo, que as situações que se configuram como quadros de urgência e emergência no contexto da atenção primária, e que estão

presentes no dia-a-dia dos trabalhadores, são causas de conflitos entre os profissionais da Atenção Básica e do SAMU, o que se traduz em ações fragmentadas.

A Política de Atenção às Urgências, considerando essa fragilidade, determinou a inversão da lógica do atendimento, de sistemas fragmentados para redes de atenção às urgências integradas verticalmente, agregando, aos atendimentos às urgências, os componentes fixos - representados pelos hospitais, UPAS e Unidades de Atenção Básica - e o componente móvel, o SAMU. No entanto, essa determinação parece que não alcançou todos os atores sociais envolvidos no processo, em especial, os profissionais da Atenção Básica, pois esses trabalhadores ainda não reconhecem como sua a responsabilidade do atendimento às urgências no nível primário de atenção e relacionam as dificuldades à inadequação de estrutura física para esse tipo de atendimento, falta de materiais e insumos e de tecnologias complexas exigidas para assistência às situações de urgências, além de despreparo da equipe de saúde para execução dos procedimentos técnicos.

O SAMU, por outro lado, possui critérios de atendimento específicos e grande autonomia de atuação, e, em algumas situações, recusa a solicitação de atendimento pela Atenção Básica. Os profissionais da UBS acreditam que o SAMU não possui uma visão positiva sobre a Atenção Básica avaliando que, algumas vezes, encaminham usuários antes de esgotados todos os recursos disponíveis.

No entanto, ressalta-se que, para os profissionais do SAMU, os critérios de atendimento são claros e norteados pelo protocolo de acolhimento de Classificação de Risco. Apesar de seu mérito, essas ações protocolares podem ser consideradas experiência de apenas alguns Serviços, que não alcançaram ainda a Atenção Básica. Os protocolos que objetivam a organização da atenção à demanda da urgência não estão cumprindo seu papel e não são de conhecimento de todos os profissionais envolvidos.

Os profissionais da Atenção Básica ressentem-se da maneira como são tratadas suas demandas ao SAMU, dos julgamentos diferenciados do que seja urgência, da falta de preparo para atendê-las, da falta de comunicação, treinamento e troca de saberes e experiências assistenciais. Esses fatores associados levam à fragmentação da assistência, conflitos e sentimento de impotência dos profissionais da Atenção Básica no atendimento às urgências decorrentes da falta de integração entre a Atenção Básica e o SAMU.

Nesse sentido, os profissionais da Atenção Básica percebem os profissionais do SAMU como sem humildade, apesar de competentes e bem treinados para o uso das tecnologias duras no atendimento às urgências. Ao mesmo tempo, a fragilidade de articulação

dos Serviços da rede fica evidenciada, revelando o desconhecimento dos diferentes modos de operar o trabalho nos diferentes níveis de complexidade.

Diante da expansão que o atendimento às urgências e emergências alcançou nos últimos anos, da crescente demanda desses Serviços por parte da população e da política de atendimento de urgência em todos os níveis de complexidade, tornam-se imperiosas decisões políticas e administrativas relacionadas à integração entre todos os Serviços da rede. Entre as decisões, torna-se evidente a necessidade de treinamentos, comunicação e adoção de estratégias para ajustar os problemas e conflitos existentes, principalmente considerando que o SAMU é um Serviço relativamente novo que obteve grande aceitação da população.

Outro aspecto que merece destaque é o cuidado em não descaracterizar a vocação de cada Serviço da rede, pois a demanda crescente de atendimento em urgência e o controle da população para definir suas necessidades por meio de um canal definido, via telefone, que exige resposta imediata, aumentam a carga de trabalho nos Serviços e, conseqüentemente, os conflitos sobre as responsabilidades de cada um. O fato é que todos estão trabalhando sob pressão e a demanda parece ser maior que a oferta. A Atenção Básica, como porta preferencial de entrada, sofre o primeiro impacto e vem questionando seu papel no atendimento às urgências. Por outro lado, o SAMU necessita responder, em tempo hábil, as solicitações de atendimento de urgência que parecem também ser maiores que a capacidade instalada. Infere-se que as portas de acesso aos Serviços são insuficientes para atender a clientela em suas necessidades.

Nessa perspectiva, a SMSA de Belo Horizonte tem, como desafio, a adequação do modelo assistencial do SUS-BH à Política Nacional de Atenção às Urgências, (re) organizando as práticas de saúde nas UBS, enfatizando as ações de prevenção e promoção à saúde que são eixos norteadores do PSF, porém sem deixar de reconhecer como sua responsabilidade o primeiro atendimento as situações clínicas agudas e a quadros de urgência de baixa complexidade, respeitando-se o limite tecnológico de atuação. Torna-se desafiador criar estratégias de organização e administração da rede, articulando Serviços e promovendo o desenvolvimento de pessoal para atendimento universal, equânime e integral dos habitantes de um grande centro urbano como Belo Horizonte, conforme preconiza o SUS.

O certo é que, recentemente, várias mudanças foram introduzidas na organização e no funcionamento dos Serviços de Saúde, visando a ampliação do acesso da população e mudança no modelo assistencial, o que gera ainda grande desconforto entre os profissionais. A proposta de reversão do modelo profissional centrado para usuário centrado, é o cerne de todas as propostas assistenciais e das mudanças, o que gera inicialmente instabilidade até que

se alcancem os ajustes necessários. A Atenção Básica tem sido objeto de vários estudos, mas a implantação recente do PSF modificou principalmente a relação profissional-usuário e o acesso da população aos Serviços, necessitando de novos estudos. O SAMU como Serviço recente, ainda em fase de consolidação, exige que outros estudos sejam realizados, envolvendo profissionais e usuários, como subsídios para adequação de sua organização e funcionamento. Assim, a integração entre Serviços, focalizando a organização e a gestão, necessita ser evidenciada, passando obrigatoriamente pela gestão de pessoas e suas percepções, tendo em vista que as mudanças no Sistema atingiram-nas de forma contundente e os profissionais são os responsáveis pela implantação de políticas do setor.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. [et al]. Organização do Processo Gerencial no Trabalho em Saúde Pública. In: ROCHA, M.S; ALMEIDA.M.C.P. (org.). **O trabalho em Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229p.

BELO HORIZONTE. **Distritos Sanitários**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/figuras/reg-bh01.jpg>. Acesso em: 16 dez.2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set.1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.923, de 9 de junho de 1998**. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jun. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 1ª. ed., 1ª. reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 72p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 2048, de 05/11/2002**. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 05 de Nov. 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 1.863, de 29/09/2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 29 set.2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 1.864, de 29/09/2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 29 set.2003b.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto n.º 5.055, de 27 de abril de 2004**. Institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 abr. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 2.657, de 16/12/2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 de Dez.2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde 2006, v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3 ed.ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 256p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 126 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a. 248p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Apresenta informações sobre o SAMU. Disponível em: www.saude.gov.br/samu. Acesso em 30 jan. 2008.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei N°. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul.1975. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/53604/lei-no-6229-de-17-de-julho-de-1975>. Acesso em 12 jan. 2009.

BRESSAN, F. **O Método de Estudo de Caso**. Administração On line: Prática, pesquisa, ensino. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado FECAP. São Paulo, v.1. - Número 1 (janeiro/fevereiro/março - 2000) Disponível em:< <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

CAMPOS, R.M. **Satisfação da Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**. 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

CÂNCIO, I. S. **A interferência da violência social no trabalho em unidade básica de saúde**. 2005. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

CECÍLIO, L.C.O (org.); CAMPOS, G.W.S.C; MERHY, E.E.M. **Inventando a Mudança na Saúde**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 333.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 1.451, de 10 de março de 1995.** Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução CMS-BH 107/03, de 10 de Abril de 2003.** Aprova a Proposta da Regulação da Porta de Entrada de Urgência e Emergência de BH. Belo Horizonte, 10 abr. 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/mostraarquivo.php?documento=333>. Acesso em: 20 mar. 2008.

FRANCO, T.B. **Integralidade da Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado.** 125-134p. In: MERHY, E.E. [et al].3.ed. **O Trabalho em Saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

KURCGANT, P.; CIAMPONE.M.H.T. Gerenciamento de Conflitos e Negociação. In: KURCGANT, P.[et al].. **Gerenciamento de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.55-65.

LEOPARDI, M.T. Introdução. In: LEOPARDI, M.T.[et al]. **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, 1999. p.9-22.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa,** São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, H.M. **Urgência e Emergência – A participação do Município.** P.265-286.In.: REIS.A.T [et al].**Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. 387p.

MAGALHÃES, H.M.J. **SAMU - 192: Um tempo novo de atenção às Urgências.** Belo Horizonte: Secretaria municipal de Saúde de Belo Horizonte. Comitê Gestor da Intranet, 2004. Entrevista concedida a Saúde Digital – Revista Eletrônica Mensal da PBH. Disponível em:<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/fevereiro2004/entrevistasamu.html>. Acesso em: 10 Jul. 2008.

MALTA, D.C. [et al]. Acolhimento – Uma reconfiguração do Processo de Trabalho em Saúde Uusário-centrada.. In: REIS, A.T [et al]. **Sistema único de Saúde: reescrevendoo público.** São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MARTINS, P.P.S. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis.** 2004. 264f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

NITSCHKE, C. S. SAMU. **Mensagem recebida por: pedro@nfr.ufsc.br.** 23 de ago. 2003 apud MARTINS, P.P.S. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de**

saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. 2004. 264f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. *In*: MARX, K. **O capital**. 8. ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v. 1. p. 201-223.

MINAYO, M.C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8 ed – São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MERHY, E.E. [et al]. 3.ed. **O Trabalho em Saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: REIS. A.T [et al].**Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

NITSCHKE, C. S. SAMU. Mensagem recebida por: **pedro@nfr.ufsc.br**. 23 de ago. 2003.
PAIM, J.S. **A crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PAIVA, Maria Henriqueta Rocha Siqueira. **Atendimento Pré-Hospitalar Público de Belo Horizonte: uma análise da adoção à medidas de precaução pela equipe multiprofissional**. 2007. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PEDUZZI, M. O Trabalho Gerencial em Enfermagem. *In*: KURCGANT, P [et.al].. **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 58, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Set 2008.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Integração e diferença em encontros disciplinares. **Rev. bras. Ci. Soc.**, Brasília, out. 2007, vol.22, no.65, p.51-60. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n65/a05v2265.pdf. Acesso em: 24 Dez 2007.

SAÚDE DIGITAL: REVISTA ELETRÔNICA MENSAL DA SMSA-PBH. SAMU-192 – Belo Horizonte é a pioneira no Atendimento Móvel de Urgência. Belo Horizonte: Secretaria municipal de Saúde de Belo Horizonte. Comitê Gestor da Intranet, nº.26, fev. 2004. Disponível

em:<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/fevereiro2004/entrevistasamu.html>.

Acesso em: 10 Jul. 2008.

TURCI, Maria Aparecida. **Avanços e Desafios na organização da atenção da Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.p.204.

VELOSO, B.G e MATOS, S.G. A complexa construção do SUS – Belo Horizonte – Os desafios que ele propôs. In: REIS, A.T [et.al.] **Sistema único de Saúde: reescrevendo público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.83-102.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e Métodos**. 3ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

YOSHIMOTO, M,S; CAMPOS, R.D.; LIMA, A.R; CONDORINI, R.C.C. A Comunicação como competência para o processo educativo das equipes de enfermagem. In.: CUNHA, K.C. (coord.). **Gerenciamento na Enfermagem: Novas Práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2005. p.69-86.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada *“O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Percepções de Usuários e Profissionais da Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte”*. Sua participação na pesquisa será respondendo a algumas perguntas sobre o SAMU e, se não quiser, não é obrigado a responder. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio das falas das pessoas sobre o SAMU, chamada Estudo de Caso, pois vamos escrever sobre o SAMU como o caso de um serviço de saúde. O objetivo é analisar como os profissionais de saúde inseridos na Unidade Básica de Saúde e usuários percebem o trabalho assistencial oferecido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, (SAMU), pensando na necessidade dos serviços de saúde trabalhar juntos na solução dos problemas de saúde dos usuários. Queremos saber como você percebe o trabalho do SAMU e a maneira como você vê esse serviço. Várias pessoas serão entrevistadas e partes das falas serão utilizadas juntas para escrever os trabalhos científicos.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista. O local, data e horário da entrevista serão agendados antes de nossa conversa, de acordo com a sua disponibilidade. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa e os resultados da conversa serão utilizados exclusivamente para essa pesquisa e publicado em uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG. Você poderá sair do estudo a qualquer momento se quiser sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com a pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. O uso dos dados e informações é somente para a dissertação de mestrado e seu nome não será conhecido nas publicações, somente as falas serão utilizadas sem identificação.

Eu,

_____ CI _____

_____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e em dissertação de mestrado.

Assinatura entrevistado _____

Assinatura pesquisador _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Pesquisadora: Renata Lacerda Prata Rocha	Telefones(s): (31)34115906/ (31) 91094435 e-mail: renatalacerdapr@yahoo.com.br
Orientadora: Profa. Marília Alves Avenida Alfredo Balena 190/sala 217 Santa Efigênia- Belo Horizonte –MG CEP 30 130 000	Telefone: (31) 34099826 e-mail: marilix@enf.ufmg.br
Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos COEP/UFMG Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar/sala 2005. Campus Pampulha.	Telefone: (31) 34094592 e-mail: coep@prpq.ufmg.br
CEP Secretaria Municipal de Saúde Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários. Belo Horizonte - MG Cep 30130-007	Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

No. Da Entrevista: **Data:**

1) Identificação

Idade:.....

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Outro. Qual:
.....

Local de Trabalho: Tempo de Trabalho na UBS:.....

Categoria Profissional:

Tempo de formação:

Possui Pós-Graduação () Sim () Não. Em que?

Remuneração em Salários Mínimos:

2) Roteiro de Entrevista

1. Em seu trabalho você já necessitou chamar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)? () sim () não
2. Em que situações o serviço do SAMU é acionado na UBS?
3. Descreva como foi o atendimento realizado pelo SAMU quando você necessitou.
4. Quais aspectos facilitam a relação do serviço de atenção básica com o SAMU?
5. Quais os aspectos dificultam a relação do serviço de atenção básica com o SAMU?
6. Como você percebe o trabalho do SAMU em Belo Horizonte?
7. Como são as relações dos profissionais da atenção básica com os profissionais do SAMU?
8. Gostaria que me falasse sobre a articulação entre o SAMU e a atenção básica.
9. Descreva quais as questões você acredita que precisam ser trabalhadas para que aja uma melhor articulação entre os níveis de atenção.

.

ANEXO A – Termo de Autorização

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**De: Renata Lacerda Prata Rocha
Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG**

**Para: Ilm^a. Sr^a. Maria Raimunda Miranda Francisco
Gerente do Centro de Saúde Ventosa
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**

Prezada Senhora,

Inserida no Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, estou me propondo a realizar uma pesquisa com os profissionais de Saúde lotados no Centro de Saúde Ventosa, da região Oeste de Belo Horizonte e com os usuários assistidos por ele, visando analisar as percepções dos profissionais de saúde da Rede Básica de Belo Horizonte, e dos usuários sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assim como identificar as situações em que o SAMU é acionado pelo Serviço de Atenção Básica e pelos usuários, conhecer a concepção de urgência dos usuários e dos profissionais de saúde e levantar os problemas que surgem no Serviço de Atenção Básica quando o SAMU retorna o usuário previamente atendido.

E, dessa forma, para a realização da coleta de dados deste estudo, pela aplicação de um questionário, venho por meio desta, solicitar apoio e colaboração de V. S^a no sentido de autorizar tal levantamento entre os profissionais de saúde do referido serviço e os usuários assistidos por ele. Esta etapa, de acordo com o cronograma proposto pela pesquisa, deverá ocorrer entre os meses de Junho e Julho de 2008. Para tanto, vossa autorização nesse momento se faz necessária, a fim de que o referido projeto de pesquisa possa ser submetido à avaliação do Comitê de Ética, fase obrigatória de qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96, mesmo que a pesquisa proposta seja apenas de coleta de opinião e não haja nenhuma intervenção sobre os participantes.

Esclareço ainda que, os resultados do estudo ora proposto, possibilitará por meio dos resultados obtidos uma reflexão sobre as percepções dos profissionais de saúde da atenção básica e usuários sobre o SAMU, que pode se configurar como importante aspecto de avaliação de serviços, considerando o alcance do SAMU, a articulação dos diferentes níveis de assistência à saúde, a satisfação do usuário e a integração de

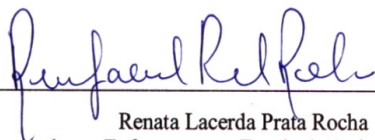
profissionais de diferentes níveis de atenção. Dessa forma essa reflexão, pode servir de subsídio para a adoção de estratégias, que poderão ser utilizadas tanto no SAMU quanto na atenção básica, tendo como finalidade a proposta de integralidade nos diferentes níveis prevista pela política de saúde vigente, no Município de Belo Horizonte.

Na oportunidade torna-se importante ressaltar que, os dados da pesquisa serão tratados de forma confidencial, e que os profissionais e usuários terão plena escolha de participarem do processo de coleta de dados, o fazendo somente mediante assinatura no documento “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, em que todas as questões relativas à pesquisa estão explicadas.

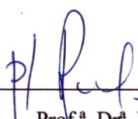
Sem mais para o momento, nos colocamos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Reafirmando nossa estima e consideração permanecemos na expectativa de seu retorno aguardando vossa aquiescência e autorização.

Belo Horizonte, 25 de Abril de 2008.



Renata Lacerda Prata Rocha
Mestranda em Enfermagem – Escola de Enfermagem/UFMG



Prof.ª. Dr.ª. Marília Alves
Diretora da Escola de Enfermagem/UFMG
Orientadora



Gerente C. S. Ventosa
CRM 73227-7

ANEXO B - Parecer COEP/UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 215/08

**Interessado(a): Profa. Marília Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de junho de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: percepções de usuários e profissionais de Saúde da Atenção Básica"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO C - Parecer CEP/ SMSA/ PBH



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 014/2008

**Projeto: “SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS”**

Nome da Pesquisadora: Marília Alves

Antecedentes:

O SAMU foi criado como primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências instituída em setembro de 2003, mediante parceria do Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Tem caráter local ou regional e o acesso da população ocorre por meio de ligação telefônica gratuita ao número 192. O serviço é responsável pelo acolhimento, avaliação e direcionamento das pessoas, (Brasil, 2002) de acordo com a gravidade, pelo médico de uma Central de Regulação. Tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgência/ emergência e com sua implantação o governo federal busca reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas, com equipes de profissionais formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem e motoristas-socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (BRASIL, 2006).

Mérito:

Estudo de Caso de natureza qualitativa fundamentado na Teoria das Representações Sociais, tendo em vista as relações estabelecidas entre os profissionais do SAMU de Belo Horizonte, os usuários atendidos e profissionais de outros níveis de atenção, tendo como base a proposta de integralidade da política de saúde. A escolha deste referencial deve-se a questão de que “uma representação social permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores” (HERZLICH, 2005:61-62). E, ainda, compreender a forma como chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas, constitui papel de orientação das representações.

Objetivo geral:

Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde e usuários sobre o trabalho assistencial oferecido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, envolvendo usuários, profissionais de unidades de urgência, da atenção básica, do hospital e do SAMU, focalizando a proposta de integração entre os níveis de atenção.

Objetivos específicos:

Identificar as representações sociais dos usuários sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte;

Identificar as representações sociais dos profissionais do SAMU sobre os serviços prestados pelo mesmo, buscando conhecer sua identificação com o trabalho e a instituição e as relações com profissionais de outros níveis do sistema;

Identificar as representações sociais dos profissionais de Unidades de Pronto Atendimento sobre o trabalho dos profissionais do SAMU e sobre o SAMU;

Identificar as representações sociais de profissionais da rede básica sobre o trabalho realizado pelo SAMU e sobre o SAMU;

Identificar as representações sociais da equipe de enfermagem das unidades de saúde que recebem usuários transportados pelo SAMU sobre o trabalho do mesmo;

Comparar as várias representações dos profissionais e a articulação existente entre os níveis de atenção na Secretaria Municipal de saúde de Belo Horizonte.

Coleta de dados:

Será realizada por meio de roteiro de entrevista semi-estruturada (em construção) com usuários do SAMU, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas do SAMU, e médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem das UPA, UBS e Hospital Odilon Behrens que atendem usuários do SAMU e concordarem em participar da pesquisa, após explicitação dos seus objetivos, visando captar as representações sociais sobre o SAMU. Será realizada observação assistemática, nos serviços, registrada em diário de campo, que será utilizada no momento de análise. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não houve, *a priori*, delimitação da amostra, tanto usuários como profissionais. A coleta de dados será interrompida quando houver saturação das informações, (quando nenhum dado novo estiver sendo acrescentado) por grupo de usuários e profissionais, (previsto em torno de 120 entrevistados) no caso destes em cada serviços visando a identificação das representações por área de atuação como UPA, UBS e hospital. A amostra será definida no decorrer da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e transcritas, na íntegra, para garantir a totalidade das informações e será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

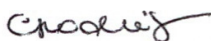
Parecer:

O estudo tem relevância e valor científico para os serviços de saúde, possibilitando ampliar o conhecimento através da análise das representações sociais dos profissionais de saúde e

usuários sobre o trabalho assistencial oferecido pelo SAMU, focalizando a proposta de integração entre os níveis de atenção. Os currículos dos pesquisadores estão disponibilizados para consulta e encontram-se de acordo com as exigências para o desenvolvimento da pesquisa.

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do *Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 06 de junho de 2008.