

**Meiriele Tavares Araujo**

**REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DOS  
PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DAS UNIDADES  
DE PRONTO  
ATENDIMENTO SOBRE  
O SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO  
MÓVEL DE URGÊNCIA**

**BELO HORIZONTE  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2010**

**MEIRIELE TAVARES ARAUJO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS  
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE O SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

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<sup>a</sup>. Doutora Marília Alves

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

**BELO HORIZONTE**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**2010**

Araújo, Meiriele Tavares.  
A663r Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o serviço de atendimento móvel de urgência [manuscrito]. / Meiriele Tavares Araújo. - - Belo Horizonte: 2010. 98f.: il.  
Orientadora: Marília Alves.  
Co-orientadora: Maria Flávia Carvalho Gazzinelli.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Transporte de pacientes 5. Ambulâncias. 6. Enfermagem em Emergência 7. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Gazzinelli, Maria Flávia Carvalho. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 540



**Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação**

Dissertação intitulada “Representações Sociais dos Profissionais de Saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”, de autoria da mestrande Meiriele Tavares Araujo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profª Drª Marília Alves - ENA/UFMG – Orientadora

---

Profª Drª Maria Flávia C. Gazzinelli - ENA/UFMG - Co-orientadora

---

Profª Drª Maria José Menezes Brito - ENA/UFMG

---

Profª Drª Solange Maria Pimenta – UNA e FEAD

---

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna  
Coordenadora, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 19 de Fevereiro de 2010

*Dedico este trabalho a todos os meus familiares,  
a Tia Maria Docarmo um dos meus exemplos (in memorium),  
amigos, e a todos aqueles que acreditam em mim  
e reconhecem a Enfermagem para além de uma profissão  
mas sim um modo de ver a vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter proporcionado esta oportunidade de crescimento e ter possibilitado, por sua misericórdia, a realização e a conclusão deste trabalho. Agradeço a intercessão da Virgem Maria nos obstáculos.

À Profª Marília, por ser minha orientadora, amiga e quase mãezona em Belo Horizonte, impulsionando-me a crescer e a vencer obstáculos, embora me coloque em muitos apuros de vez em quando. À profª Flávia pela disposição em me ensinar algo novo e entender os meus desesperos.

A meus pais, que sempre me incentivaram a crescer e a ir além do limite, nunca deixando de ser o meu porto seguro e ponto de apoio. A minha avó, pelo carinho em compreender minha ausência, tornando cada reencontro inesquecível. A meus irmãos, primos e tios pelo apoio, carinho e amor.

A meu namorado Carlos, pelo carinho e atenção nesse momento tão atribulado, sabendo compreender a falta de tempo e as eternas lamúrias e sendo um grande apoio.

A minhas queridas amigas Ana Paula, Angela, Emilia, Larissa, Mirelle, Giovana, Roberta e Elizabeth que, cada uma a seu modo, me ajudaram a cumprir mais essa etapa.

À amiga Edna, pelas colaborações durante as discussões filosóficas da van e também pelo carinho e incentivo.

À Isabela Câncio, Thais e Gelmar, pela ajuda e amizade e principalmente pela disposição em me ajudar a coletar os dados.

Aos profissionais e amigos do CTI do HPRB de Betim, em especial a equipe de enfermagem, que souberam entender os momentos de estresse e completa exaustão.

Aos profissionais de saúde das UPA's que participaram deste estudo, pela confiança e inteira disponibilidade e aos gerentes, pela liberação das unidades para a coleta de dados.

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

*"É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar;  
é melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.  
E u prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver ...  
Martin Luther King*

## RESUMO

A partir dos anos noventa do século passado, foram observadas mudanças significativas no atendimento às urgências no Brasil, principalmente, pelo aumento da demanda gerada pelos crescentes índices de violência urbana e acidentes de trânsito que passaram a ser tratados como problemas de saúde pública. A regulamentação da atenção às urgências em todo o país foi abordada em várias Portarias do Ministério da Saúde. Entre elas a Portaria nº 1.864 de 2003, instituiu o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A implantação do SAMU permitiu o socorro adequado às vítimas, contribuindo para minimização de seqüelas e aumento do prognóstico favorável e o atendimento de usuários com demandas clínicas, obstétricas e psiquiátricas, tendo como retaguarda Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de Pronto Socorro. No município de Belo Horizonte - MG, as UPA atendem uma grande demanda espontânea e, ao receber os pacientes encaminhados pelo SAMU, se vêem “obrigadas” a atendê-los o que gera conflitos entre os profissionais do SAMU e das UPA. Considerando que as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais e modificam-se pelas interações e mudanças sociais, entende-se que, no micro espaço das UPA, os trabalhadores de saúde possam ter diferentes representações sociais sobre o SAMU. Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre o SAMU. O estudo fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (1978) e a Teoria do Núcleo Central elaborada por Abric (1998), utilizando o software EVOC 2003. Constituíram o cenário do estudo quatro UPA de Belo Horizonte, sendo duas que recebem muitos usuários atendidos pelo SAMU e duas que recebem menos. Os sujeitos da pesquisa foram 274 profissionais de saúde das UPA, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com itens que identificavam o perfil dos entrevistados e solicitação de evocação livre sobre o termo indutor SAMU. Os resultados mostram que 31,1% dos profissionais são do sexo masculino, 67% feminino e 1,9% não declararam. A maioria dos profissionais é composta por profissionais com mais de 25 anos (93%), casados (45,6%) seguidos de 37,6% de solteiros, 11,3% de divorciados, 1,8% viúvos e 3,7% não especificaram sua situação civil. Em relação às categorias profissionais, 56,2% eram auxiliares e técnicos de enfermagem, 32,5% médicos e 11,3% de enfermeiros. Em relação ao tempo de trabalho na UPA 39,2% tem mais de cinco anos, 23,4% estão entre um e quatro anos, 36,3% tem menos de um ano e 1,1% não souberam responder. O *corpus* do trabalho foi formado pelas evocações livres. Foram evocadas 1338 palavras, sendo 108 palavras diferentes que foram agrupadas em 85 palavras padronizadas. No quadro de quatro casas geral, construído a partir das evocações ao termo indutor SAMU, pode-se observar o conteúdo de sua representação social, bem como a estrutura e a hierarquia dos elementos de seus sistemas cognitivos. No quadrante superior esquerdo, encontram-se os possíveis elementos do núcleo central da representação deste estudo, ou seja, correspondem aos elementos mais importantes no desenho da estrutura das representações sociais pensadas por esses profissionais de saúde. Nesse núcleo central estão as seguintes palavras:



*emergência, etilista, rapidez, resgate, transporte e urgência*, as quais refletem a imagem representada do SAMU pelos sujeitos, imagem essa predominantemente positiva e de reconhecimento de seu trabalho. Os elementos identificados têm caráter sobretudo funcional do SAMU referindo-se às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais desses sujeitos. Nesse caso, o SAMU seria um dos tipos de assistência pré-hospitalar móvel responsável pelo atendimento rápido, de resgate ou de transporte, de pacientes com quadros de urgência ou emergência declarados. Aparecendo, ainda, como fator contraditório e inesperado, o elemento *etilista*, demanda social reprimida até então que passa a ganhar espaço nos serviços de saúde de urgência. No quadrante superior direito, primeira periferia, encontram-se as palavras *casos-graves e trauma* que reafirmam e reforçam o papel do SAMU no atendimento de urgência e emergência como traumas e casos-graves. As palavras *agilidade, atendimento, conflito, equipe-despreparada, pré-hospitalar e salvarvidas* encontram-se no quadrante dos elementos contrastantes ou intermediários, ou seja, elas trazem discussões a respeito do que se encontra no núcleo central e, ao mesmo tempo, algumas representam elementos de tensão nas relações entre os setores estudados. Tais elementos influenciam o núcleo central e são pontos que devem ser abordados para interferências nos comportamentos e percepções acerca do SAMU. As palavras localizadas no quadrante inferior direito, segunda periferia, são *habilidade, humanização, precário e regulação*. Nesse espaço da representação do SAMU, observam-se atitudes positivas frente ao SAMU, reconhecendo-o como portador de habilidades e capaz de ser um instrumento de humanização do atendimento. Mas, ao mesmo tempo, revelam que esse serviço é entendido como precário em sua estruturação, nas relações e atendimentos que realiza. Ainda nesse espaço, discute-se a regulação enquanto um processo necessário, mas no momento falho e distante da realidade dos profissionais que estão na ponta. Assim, considera-se que o SAMU é um espaço de decisão e de inter-relações na rede de urgência, influenciado por determinantes econômicos, políticos e simbólicos que alteram o desenvolvimento de seu papel e o reconhecimento de seu trabalho. Foi possível perceber que o SAMU é representado positivamente pela maioria dos sujeitos, sendo muitas vezes criticado por problemas já presentes no processo de trabalho das Unidades. Entendendo que o SAMU é uma estratégia nova que pode ser aprimorada, consideramos importante a discussão do funcionamento das redes de referência e contra-referência e sua organização, de forma a melhorar as relações entre os profissionais dos dois serviços e garantir a otimização desse recurso.

**Palavras-Chave: Serviços Médicos de Emergência, Pessoal de Saúde, Atenção Secundária a Saúde, Transporte de Pacientes, Ambulâncias, Enfermagem em Emergência**

## ABSTRACT

There have been significant changes to emergency care in Brazil since the 1990s, mainly by increased demand generated by rising rates of violent crime and car accidents that were treated as public health problems. Regulation of attention to emergency rooms across the country has been addressed in various Ordinances of the Ministry of Health among them the 1864 Ordinance of 2003, created the component Pre-Hospital Mobile, through the deployment of Mobile Service of emergency (SAMU). The implementation of the SAMU allowed adequate relief to victims, helping to minimize the increase in sequelae and favorable prognosis. But the SAMU also fit the service demands of users with clinical, obstetric and psychiatric emergency, with the rear Emergency Care Units (APU) and Emergency hospitals. In Belo Horizonte - MG, the UPA working with the spontaneous demand and also receiving patients referred by the SAMU, find themselves "forced" to serve them. This situation often creates tension between the professionals of the SAMU and the UPA. Thus, whereas social representations are made within the phenomena of communication and impact on the interactions and social change means that in the micro area of the UPA, health workers from different professional groups may have different social representations of SAMU. This study was to analyze the social representations of health professionals in Emergency Care Units on the SAMU. The study was based on social representations theory proposed by Moscovici (1978) and the Central Nucleus Theory developed by Abric (1998), using the EVOC 2003. He has created scenery of the study 04 (four) UPA Belo Horizonte, with two receiving a lot of users served by the SAMU and two receiving less. The subjects were 274 health professionals of the UPA, ie doctors, nurses, nursing assistants and nursing technicians. Data collection was conducted through a questionnaire with items that identified the profile of respondents and request free recall on the term inducer SAMU. The results show that 31.1% of the respondents were male and 67.8% female. Most professionals are married (45.6%) followed by 37.6% to 11.3% single and divorced. Regarding the professional categories were 56.2% and auxiliary nursing staff, 32.5% doctors, 11.3% of nurses. Regarding working time in UPA 39.2% are over 05 (five) years and 36.3% less than 01 (one). In relation to the corpus formed by free evocations were discussed in 1338 words, 108 different words. In the four general homes built from the end of evocations inducer SAMU, one can observe the contents of its social representation and the structure and hierarchy of elements of their cognitive systems. In the upper left are the possible elements of the core representation of this study, ie, correspond to the most important elements in the design of the structure of social representations thought by these health professionals. In this core are the following words: emergence, alcoholic, speed, recovery, transportation and emergency, which reflect the image represented by the subjects of SAMU, the image mostly positive recognition of their work. The elements identified have character, especially functional SAMU, referring to the descriptive characteristics of the object and the inscription in the social practices of these individuals. In this case the SAMU be one of the types of pre-hospital mobile responsible for fast response, rescue or transport of patients with recurrent urgent or emergency declared. Appearing also as a factor contradictory and unexpected element drinker, social pent up demand so that is gaining ground in health care emergency. In the upper right, first periphery, is the words-serious cases and trauma that reaffirm and strengthen the role of the SAMU emergency care and emergency and trauma cases, and serious. The words located in the lower right, second

periphery, are ability, humanization, and poor regulation. In that space of representation of SAMU, there are positive attitudes toward the SAMU, recognizing it as having skills and capable of being a tool of humanization of care, but at the same time, reveals that this service is perceived as poor in its structure, relationships and calls that place. Also in this area we discuss the regulation as a necessary process, but at the moment flawed and far from the reality of professionals who are on the edge. The words agility, service, conflict, team-unprepared, pre-hospital care and save lives are in the quadrant of the contrasting elements or intermediaries, ie, they bring to discussions about what is at the core and at the same time some represent elements of tension in relations between the sectors studied. These elements influence the core and are points that should be addressed to interference in behaviors and perceptions about the SAMU. Thus, it is considered that the SAMU is an area of decision-making and inter-relationships of emergency, influenced by economic factors, political and symbolic alter the development of their role and recognition of their work. It was possible to see that the SAMU is represented positively in most cases, is often criticized for problems present in the work units. Understanding the SAMU is a new strategy and that can be improved consider it important to discuss the operation of networks of reference and cross-references and your organization to improve relations between the two professional services.

**Key words: Emergency Medical Services; Health Professional, Secondary Health Care , Transportation of Patients, Emergency Nursing, Ambulances**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos profissionais de saúde acerca do SAMU

Quadro 2 - Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos profissionais de saúde das UPA que mais receberam ambulâncias do SAMU acerca do SAMU

Quadro 3 - Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos profissionais de saúde das UPA que menos receberam ambulâncias do SAMU acerca do SAMU

Quadro 4 - Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos médicos das UPA acerca do SAMU

Quadro 5 - Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos Enfermeiros das UPA acerca do SAMU

Quadro 6 - Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos auxiliares e técnicos de enfermagem das UPA acerca do SAMU

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**APH** – Atendimento Pré-Hospitalar

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**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

**USB** – Unidade de Suporte Básico

**USA** – Unidade de Suporte Avançado

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>21</b>
2.1 O contexto da Atenção e Serviços de Urgências.....	21
2.2 O atendimento Pré-Hospitalar e o Serviço Móvel de Urgência.....	26
2.3 A teoria das Representações Sociais.....	38
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
3.1 Cenário da Pesquisa.....	45
3.2 Sujeitos da Pesquisa .....	46
3.3 Coleta dos Dados .....	48
3.4. Análise dos Dados.....	49
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
4.1. Caracterização dos profissionais de saúde das UPA e suas representações sociais sobre o SAMU.....	52
4.2. Representação Social do SAMU baseada no contato entre os profissionais de saúde da UPA e os profissionais do SAMU.....	71
4.3. As representações sociais dos profissionais de saúde, por categoria profissional, acerca do SAMU.....	74

<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO E.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO F.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO G.....</b>	<b>95</b>

## INTRODUÇÃO

A sociedade moderna caracteriza-se por estilos de vida diferentes dos observados no passado e que frequentemente dão origem a problemas de saúde. Entre esses problemas, encontra-se a alta mortalidade por causas externas, que se torna cada vez mais alarmante. A mudança no perfil de morbimortalidade fez com que as causas externas, destacando-se os acidentes e violências, passassem a ser considerados problemas de saúde pública, demandando ações governamentais para sua redução (BRASIL, 2001). Essa mudança fez com que a área de urgência e emergência se destacasse no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), causas externas são um conjunto de eventos como acidentes devidos ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações; violências e as causas intencionais (agressões e lesões auto-provocadas), podendo ou não levar a óbito (CID-10, 2005). No Brasil, atualmente, as causas externas ocupam o quarto lugar entre todas as causas de morte. Dos 1.031.691 óbitos ocorridos em 2006, 13,6% foram por causas externas, sendo que o coeficiente de mortalidade nesse ano também revelou que 19,9% desses óbitos foram devidos a acidentes de trânsito e 26,3% a agressões<sup>1</sup>.

O aumento dos números de acidentes e de violências urbanas, associado à

---

<sup>1</sup> Disponível em </http:www.datasus.gov.br/> acessado em: 10 de Agos.2008



insuficiente estruturação da rede de Serviços de saúde para atender as urgências e emergências contribui para aumentar a sobrecarga de trabalho e a precariedade das Unidades de saúde que fazem esse tipo de atendimento. No entanto, as demandas de atenção às urgências não são somente decorrentes de causas externas, mas também de outros agravos relacionados à mudança do padrão demográfico, ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis ou de quadros agudos que exigem abordagens diferenciadas (CARVALHO, 2008).

As demandas por atendimentos de urgência e emergência pressionam os Serviços de saúde no sentido de se organizarem para atender pacientes graves que necessitam de maior aporte tecnológico e maior habilidade profissional. Em resposta a essas necessidades, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência com a Portaria GM/MS 2.048 de 2002 e a Política Nacional de Atenção às Urgências com a Portaria nº 1.863 GM/MS de 2003. Essas Portarias determinam a organização de redes loco loco regionais de atenção integral às urgências, como peças interligadas da trama de manutenção da vida, organizadas nos componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.

O Atendimento Pré-Hospitalar fixo (APH) é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Ambulatórios Especializados, Serviços de diagnóstico e terapias e Unidades não hospitalares de atendimento às urgências. Essas unidades são responsáveis pelo atendimento a casos de urgência por demanda espontânea, referenciados pelas UBS e Unidades de atendimento pré-

hospitalar móvel. O atendimento, in loco, de situações de urgência e as ações de salvamento e resgate são de competência do componente pré-hospitalar móvel, ou seja, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Serviços associados de salvamento e resgate (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 1.864/GM regulamentou o componente Pré-Hospitalar Móvel, definindo sua estruturação, por meio da implantação do SAMU e dos Serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional com as Centrais de Regulação Médica acessadas pelo número 192 e os Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006).

O SAMU surgiu como parte de uma diversidade de Serviços de saúde que integram a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. O Serviço tem funcionamento ininterrupto, com equipes de profissionais de saúde e motoristas-socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental, sendo responsáveis também pela regulação do transporte sanitário, inter e intra-hospitalar (BRASIL, 2006). O SAMU possui responsabilidades e diretrizes que contemplam medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças mediante a articulação de diferentes segmentos sociais (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o atendimento a urgências e emergências foi implantado em todo o território nacional mediante parcerias do Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A atenção às urgências é realizada por meio da articulação dos diversos níveis de atenção, estando presente desde a atenção

básica até a hospitalar (VIEIRA e MUSSI, 2008). Essa articulação torna-se importante pois, quando ocorre um dano a saúde, o socorro adequado contribui para minimizar as sequelas e melhorar o prognóstico da vítima (BRASIL, 2003).

Assim, o SAMU é considerado um componente organizador da assistência, capaz de responder a demandas de urgências no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas e onde o usuário do SUS precisar, com recursos necessários e adequados para a complexidade de sua condição (BRASIL, 2002). O Serviço é responsável por atendimentos a usuários com demandas clínicas, obstétricas e psiquiátricas, tendo como retaguarda outros Serviços de urgência e emergência como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Hospitais de alta complexidade. Entretanto, essas Unidades de retaguarda geralmente trabalham com sua capacidade de produção acima do previsto no planejamento anterior à criação do SAMU (ROCHA, 2005).

Mas os profissionais das UBS ainda não reconhecem sua responsabilidade no atendimento às urgências. Ressaltam, como fatores dificultadores, a inadequação da estrutura física, a falta de materiais e de tecnologias, além do despreparo da equipe. O SAMU, por outro lado, possui critérios específicos de atendimento às urgências, pessoal especializado e grande autonomia, o que faz com que, em algumas situações, se recuse a atender à solicitação da UBS, motivo de conflitos entre os dois Serviços e de dificuldade para a realização da assistência integral (ROCHA, 2009).

Em relação às UPA, observa-se que os profissionais trabalham com grande demanda espontânea e uma percepção de prestação de assistência negativa da

população, principalmente pela demora no atendimento (ROCHA, 2005). Além disso, os profissionais das UPA apresentam dificuldades para estabelecer parcerias e reconhecer a legitimidade do SAMU no julgamento das situações de urgência que devem atender e que são semelhantes às observadas na UBS. Assim, as percepções dos profissionais das UPA sobre o SAMU relacionam-se intimamente a seu contexto de trabalho. Em determinadas situações, percebe-se que reconhecem o trabalho do SAMU como bom e essencial para o funcionamento da rede de Serviços de saúde; em outras, veem-no como aquele que traz sobrecarga de trabalho, comprometendo a organização do processo de atendimento.

Para Alves, Velloso e Araujo (2009), a popularidade do SAMU, conhecido em todo o território nacional, deve-se tanto à inovação da proposta de atendimento imediato e *in loco*, quanto à visibilidade do resultado da atuação da equipe. O deslocamento dos usuários até os Serviços de saúde, em casos de urgência, foi substituído pelo deslocamento dos profissionais à cena da urgência para onde se deslocam com a rapidez que a situação exige após análise do médico regulador.

Nessa teia de relações da rede de Serviços de saúde, torna-se necessário desvelar as representações sociais dos profissionais de saúde da UPA acerca do SAMU, tendo em vista a necessidade de integração entre os Serviços. No micro-espço de trabalho das UPA, os trabalhadores de saúde possuem representações sobre o SAMU que podem ser semelhantes ou diferentes das representações da população atendida ou de trabalhadores de outros Serviços. Para Walchelke e Camargo (2007), as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais e repercutem sobre as interações e as mudanças sociais.

A representação social é um sistema de valores, de noções e de práticas que possuem uma dupla tendência. Uma tendência seria a de instaurar uma ordem que dá aos indivíduos a possibilidade de se orientarem no ambiente social e material, de dominá-lo. A outra tendência seria a de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para suas trocas (NÓBREGA, 2003). Assim, por meio da comunicação dos grupos em um contexto intergrupar, são negociadas convenções para lidar com os eventos da realidade (WALCHELKE e CAMARGO, 2007).

As representações sociais dos profissionais das UPA sobre o SAMU podem ter algumas particularidades, se comparadas às de profissionais de outros Serviços, em decorrência das condições locais de trabalho e de como se dão as relações. Entre essas condições, encontram-se o atendimento de grande demanda espontânea de pacientes em situação de urgência ou não, a oscilação no quadro de profissionais e a falta de leitos de retaguarda em hospitais para receber os pacientes graves que permanecem em observação na Unidade por tempo maior que o previsto. Além disso, as UPA são obrigadas a receber usuários encaminhados pelo SAMU, o que lhes acrescenta novos casos graves e problemas ao cotidiano de trabalho. Assim, este estudo teve como finalidade responder à seguinte questão: quais são as representações sociais dos profissionais das UPA sobre o SAMU?

Nesse contexto, torna-se importante ressaltar que o SAMU é representado pelos grupos que dele se apropriam como um construto coletivo. Para Walchelke e Camargo (2007), cada grupo remete-se a uma representação própria situada em um espaço de debate comum a outros grupos que mantenham relações com o objeto

social referente às representações. Como objeto das representações sociais dos profissionais das UPA, o SAMU possui significações presentes nas manifestações discursivas desses sujeitos. O conhecimento e o reconhecimento dessas significações podem auxiliar nas relações e nas ações dos dois grupos, considerando que ambos fazem parte da rede de atenção às urgências de forma equânime e integral.

A relevância deste estudo está em sua contribuição para o entendimento das dificuldades de integração dos dois Serviços e das relações entre profissionais, por meio das representações sociais dos trabalhadores das UPA, tendo como base a vigente proposta de serviços em rede. Pretende, também, oferecer subsídios para a gestão de pessoas, a organização dos Serviços de urgência e emergência e a consolidação do SUS.

Neste estudo, parte-se do pressuposto de que os profissionais das UPA possuem uma representação social positiva do SAMU devido à melhoria do acesso aos Serviços de saúde, à diminuição do tempo de espera e ao reconhecimento de sua capacidade técnica e de sua agilidade. Esses mesmos fatores positivos aumentam a sobrecarga de trabalho na Unidade e reduzem a autonomia dos profissionais da UPA, o que pode levar os profissionais a terem representações negativas sobre o SAMU.

O estudo teve por objetivo analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre o SAMU, por meio da abordagem estrutural das representações.

## 2. CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

### 2.1. Contexto da Atenção às urgências e dos Serviços de Urgências

A política de atenção às urgências, no Brasil foi, inicialmente, incipiente. Em 1998, foi publicada a Portaria GM/MS 2.923, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 1998), sendo uma das primeiras Portarias a abordar a atenção às urgências e emergências nos Serviços de saúde em todo o país.

Em 1999, foi publicada a Portaria MS 479, com uma série de pré-requisitos para o cadastramento de hospitais que, depois de habilitados, passariam a receber um adicional no valor das internações realizadas a partir de uma lista de procedimentos considerados de urgência. Mas os critérios de inclusão eram muito exigentes e apenas um pequeno número de hospitais se beneficiou desse adicional. Ainda nessa época, foram destinados recursos do REFORSUS para equipamentos, reforma e modernização gerencial de hospitais que atendessem urgências (BRASIL, 2006).

A atenção a urgências foi amplamente discutida no IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, realizado no ano 2000 em Goiânia, sob a denominação: *“Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”*. Nesse Congresso, houve aproximação entre os técnicos que estavam

na vanguarda dessa discussão das “urgências no Brasil” e o Ministério da Saúde, o que resultou em um processo de avaliação do impacto dos investimentos anteriores e de novas propostas para o setor. Fez-se uma revisão da Portaria 824 de junho de 1999, publicada como Portaria GM/MS 814/2001. Essa Portaria traçou diretrizes técnicas para as Unidades não hospitalares de atendimento às urgências, transporte inter-hospitalar, grades de capacitação para todos os níveis de atenção às urgências e diretrizes gerais para o desenho de uma rede regionalizada de atenção às urgências (BRASIL, 2001).

As discussões e definições que ocorreram no período de 1998 a 2001 contribuíram para a elaboração da Portaria GM/MS 2.048/2002, publicada em novembro de 2002. A Portaria GM/MS 2.048/2002 revogou a Portaria 824/2001, e instituiu um Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002). Essa Portaria teve, por baliza, mecanismos criados anteriormente pelo Ministério da Saúde no sentido de implementar os sistemas estaduais de referências hospitalares de atendimento às urgências e emergências que foram aperfeiçoados de acordo com as diretrizes do SUS e a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS) 01/2002 (PRADO, MARTINS, 2003)

As iniciativas relacionadas ao atendimento às urgências culminaram, em 2003, com a publicação da Portaria GM/MS 1.863 que dispõe sobre a “Política Nacional de Atenção às Urgências”, incorporando novos elementos conceituais e definindo que se deve implantar essa Política a partir dos seguintes componentes fundamentais: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências; instalação e operação das Centrais



de Regulação Médica das Urgências; capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os níveis da atenção e uma orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção à saúde (BRASIL, 2003). Essa rede de serviços loco regionais de atenção integral às urgências teria como prerrogativa a 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)

A implantação da Política Nacional de Atenção às urgências e demais Portarias relativas ao atendimento em urgência no Brasil, a partir de 2003, foram marcadas por consolidações legais e teóricas, construídas nos anos anteriores. O município de Belo Horizonte apresentou-se precocemente nesse processo, pois iniciou a reorganização dos Serviços em 1994, quando propôs, cumprindo as determinações da IV Conferência Municipal de Saúde, reorganizar a atenção à saúde da criança, reorganizar os Serviços de urgência e estruturar os Serviços de controle e avaliação considerados prioridades (ROCHA, 2005).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal, foi responsável pela estruturação da atenção à saúde do município (SMSA-BH, 2008). A rede de serviços de saúde do município foi estruturada em níveis crescentes de complexidade, estabelecendo o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como porta de entrada prioritária do sistema; os níveis secundários, compreendidos pelas UPA e rede ambulatorial; e o nível terciário, constituído pelas Unidades hospitalares de maior complexidade próprias ou contratadas .

As UPA, cenário deste estudo, são unidades do nível de atenção secundário, atendendo a pacientes com quadros de urgência (DORNAS, FERREIRA, 2003) e, de acordo com os critérios colocados pela Portaria 2048/2002, seriam responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar fixo. As UPA constituem um Serviço de grande importância. Possibilitam um atendimento descentralizado que contribui para diminuir a procura por grandes hospitais de urgência (ROCHA, 2005).

As UPA caracterizam-se pelo atendimento a uma clientela portadora de casos simples, não urgentes, que recorre ao pronto atendimento em vez de se dirigir às UBS próximas de suas casas, o que contribui para a sobrecarga do Serviço (ROCHA, 2005). Frequentemente as UPA trabalham com sua capacidade máxima, atendendo à demanda espontânea e recebendo os pacientes encaminhados pelo SAMU. As UPA se veem “obrigadas” a atendê-los, mesmo que não sejam considerados casos urgentes. Esses fatos geram conflitos entre os profissionais do SAMU e os profissionais das UPA, principalmente porque a Portaria 2048

estabelece como uma das atividades gestoras da regulação de urgência do SAMU:

decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada "**vaga zero**" para internação), exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (**BRASIL, 2002**).

Com essa prerrogativa de autonomia e autoridade, o SAMU coloca-se na rede de serviços de saúde municipal de Belo Horizonte cujos organização e funcionamento não podem ser dissociados do atendimento fixo. Esse atendimento fixo é garantido por uma grade hospitalar e de Unidades pronto atendimento 24 horas (CHOMATAS,2005).

## 2.2 – O Atendimento Pré-hospitalar e o Serviço Móvel de Urgência

A história do Atendimento Pré-hospitalar móvel (APH móvel), no mundo, perpassa pela Parábola do Bom Samaritano, texto bíblico, e se desenrola até o século XVIII, quando Napoleão Bonaparte designa o Barão Dominique-Jean Larrey para desenvolver um sistema de cuidados médicos para o exército francês (MARTINS, 2004). Foram criados preceitos do cuidado médico de emergência utilizados atualmente como: rápido acesso ao paciente por profissional treinado, tratamento e estabilização no campo, rápido transporte aos hospitais apropriados e cuidados médicos durante o transporte (MARTINS, 2004). Percebe-se que muitos avanços atuais tiveram origem no cuidado imediato de soldados feridos durante várias guerras.

Larrey, em 1792, criou o primeiro veículo destinado ao transporte de pacientes chamado de ambulância móvel, termo que vem do latim *Ambulare* e significa deslocar. Esse estudioso acreditava que uma ambulância fixada no campo de batalha funcionaria como estrutura correspondente a um hospital de campanha (MARTINS, 2004). A ideia inicial de Larrey é a de atender os feridos “debaixo do fogo inimigo”. O atendimento deveria iniciar-se no local sendo o tratamento precoce, com suturas, incisões de partes lesadas, imobilizações e, quando necessárias, amputações. Larrey considerava que o tratamento no local poderia levar a uma maior chance de sobrevivência (MARTINS, 2004), o que pode ser confirmado hoje pelos índices de sobrevivência após atendimentos adequados de primeiros socorros.

Essa modalidade de atendimento foi aperfeiçoada, a partir do momento em que a

sociedade passou a conviver com a violência cotidiana dos grandes centros, voltando a ideia inicial pela qual esse Serviço foi criado ao prestar atendimento aos feridos de guerra. O APH móvel traz consigo uma histórica divisão da trajetória que se constitui em experiências distintas, dando origem a dois modelos diferentes de atenção à saúde que se tornaram referências para vários países, dentre eles o Brasil (MARTINS, 2004).

O modelo francês, criado em 1965, pelos Ministério de Saúde e dos Transportes da França impôs a alguns centros hospitalares que se dotassem de meios móveis de socorro. Assim, o SAMU francês foi criado para administrar as chamadas médicas que apresentavam características de emergência e era denominado Hospital Mobile Intensive Care Units (H-MICU), Unidades de Terapia Intensiva Móveis (UTI Móveis) (MINISTÈRIO DA SAÚDE FRANCÊS, 2009). Essas Unidades foram inicialmente voltadas para os atendimentos em estradas, estendendo seu campo de ação para as intervenções não traumatológicas, transportes inter-hospitalares e chamadas da população por ansiedade, quer sejam de uma urgência vital ou simplesmente sentidas como tal (PORCIDES et al 2006). Considerando o grande número de intervenções, a diversidade de situações encontradas e as respostas oferecidas, a realização de uma coordenação médica revelou-se necessária. Assim, foi criada a central de regulação médica dos atendimentos a serem realizados pelo SAMU (PORCIDES et al 2006; e MARTINS, 2004).

O modelo francês nasceu da necessidade dos médicos responsáveis pelo atendimento às urgências que começaram a sair nas ambulâncias. Eles perceberam que, tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem

tomadas no local, as chances de sobrevivência e de redução de sequelas aumentavam (PORCIDES et al 2006). O sistema SAMU desenvolveu-se, concomitantemente, à filosofia de que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local do ocorrido e não o contrário. O pilar desse sistema é o médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. Era um serviço ligado ao Sistema de Saúde hierarquizado e regionalizado, sempre ligado aos centros hospitalares.

O SAMU francês funciona como uma extensão dos serviços hospitalares que, por meio da mobilização dos profissionais de saúde para o local da ocorrência, assume, no menor tempo possível, o atendimento emergencial e os cuidados de terapia intensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE FRANCÊS, 2009). No cotidiano das emergências que envolvem as instituições de Segurança Pública, os SAMU trabalham em “conjunto” com esse setor, que realiza ações de resgate da vítima pelo Corpo de Bombeiros, enquanto a Polícia é responsável pelo isolamento da área e organização do trânsito (MINISTÉRIO DA SAÚDE FRANCÊS, 2009).

Na França, o SAMU é responsável pela assistência direta à saúde da vítima e tem o poder, pela Central de Regulação, de determinar o que o setor de Segurança Pública deve fazer no tocante às “ações de saúde”. Normalmente, a equipe do SAMU é composta por médicos anesthesiologistas, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras e emergencistas entre outros. E por técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância (MINISTÉRIO FRANCÊS, 2009).

Nas grandes cidades dos Estados Unidos da América (EUA) também se criou um Serviço de APH móvel que constituiu um modelo com outras características, denominado de Serviço de Emergência Médica (SEM). O SEM teve como marco de surgimento o desfecho da Guerra do Vietnã onde se viu que técnicos não médicos poderiam aumentar a sobrevivência das vítimas traumatizadas. Na década de 1960, as experiências sobre o atendimento inicial ao traumatizado, desenvolvidas nas guerras, passaram a ser utilizadas para atendimento da população americana. A partir desse momento, naquele país, criaram-se vários Serviços de Atendimento Pré-hospitalar. A Comissão Emergency Medical Service é criada em 1969 pela Associação Médica Americana que, em 1970, registrou o Treinamento Médico de Emergência (NITSCHKE, 2008) utilizado em muitos países atualmente.

O modelo americano trabalha com paramédicos, com um programa de formação extenso ( três anos após o término do Ensino Médio ). Assim, o primeiro atendimento é feito por profissionais treinados, denominados para-médicos, que teriam ações delegadas pela central de regulação até então executadas apenas por médicos . E os equipamentos para atendimento de pacientes críticos foram adaptados de forma a tornarem-se de fácil transporte e utilização. O sistema norte-americano de APH móvel desenvolve-se com a prerrogativa básica de atendimento, estabilização das funções vitais, com rápida transferência para a rede hospitalar (“load and go”) (PAZ, 2003)

Assim, a França e os EUA criaram seus modelos de APH móvel destinados ao atendimento às vítimas traumatizadas, resgatando técnicas e conhecimentos acumulados ao longo da história e tornaram-se responsáveis pelos modelos de

atendimento que se propagaram por vários países influenciando o surgimento de diversos serviços de APH móvel.

No Brasil, a história do APH inicia-se em 1808, quando ocorreu a mudança da família real portuguesa para o Brasil. O APH era moldado no modelo europeu que utilizava carruagens e baseava-se, prioritariamente, no transporte e não nos cuidados precoces (RAMOS, 2005). Em 1893, o senado brasileiro aprovou a Lei intitulada “O socorro médico de urgência em via pública” que pretendia estabelecer socorro médico de urgência nas vias públicas. No entanto, os atendimentos só começaram a ocorrer a partir de 1904, com a chegada das primeiras ambulâncias da Europa, depois da Primeira Guerra Mundial, uma vez que a guerra absorvia toda a produção de carros do mercado mundial.

De acordo com Ramos (2005, p.356), “por meio do Decreto nº. 395/1893, as emergências médicas ficaram sob a responsabilidade dos médicos do serviço legal da Polícia Civil do estado, mas somente por meio do Decreto nº. 1392/1910 é que se tornou obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes”.

O primeiro relato de um serviço realmente organizado vem em 1950, quando foi criado, em São Paulo, por meio do Decreto N°. 16.629, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). O SAMDU atendia os casos de urgência da cidade, realizando o transporte de vítimas e acidentados aos hospitais públicos e conveniados (PARADA, 2001). 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). E, a partir de 1975, a Lei



Nº.6.229 transferiu a responsabilidade de todo o processo de trabalho voltado ao atendimento às urgências para os municípios (PARADA, 2001), embora tal descentralização de responsabilidades só se torne efetiva com a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2003.

O SAMDU, do ponto de vista histórico, seria o embrião da atenção pré-hospitalar móvel no Brasil . Aconteceu em São Paulo mas, devido a uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências, essa atividade foi desativada progressivamente (PORCIDES ET AL, 2006). Para Mercadante et al. (2002), na assistência à saúde, a maior inovação foi a criação do SAMDU cuja importância histórica decorre de três características inovadoras : o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Servidores) e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (MERCADANTE, 2002).

Entre as décadas de 1960 e 1970, vários Serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil. A partir da Lei 6229/75, quando o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, por meio de Serviços próprios, conveniados ou transferidos para localidades com recursos, a distribuição de ambulâncias transformou-se em moeda política, distribuída com grande alarde, pois se constituíam em “outdoor móvel”, com grande identificação do doador e também do governante local (NITSCHKE et al, 2008). Assim, a função de transporte foi cumprida, até recentemente, independente do estado do paciente .

Quanto aos recursos humanos, contava-se apenas com um motorista “ágil” no volante, ficando difícil se ter ideia de quantas vidas foram “salvas” ou “ceifadas” no transporte por ambulância (NITSCHKE et al, 2008).

No Brasil, até o ano de 2003, a “atenção pré-hospitalar móvel” foi exercida de forma incipiente, fragmentada e desvinculada da saúde, tradicionalmente pelos profissionais bombeiros, historicamente reconhecidos como responsáveis por essa prática, em decorrência da inexistência de política pública nessa área da saúde (NITSCHKE, 2008). Os termos “resgate”, “ambulância”, “atendimento pré-hospitalar”, e “socorro” passaram a ter significados semelhantes para a população leiga e também para alguns profissionais de saúde, principalmente devido à visão historicamente construída. Esses termos são utilizados de forma indiscriminada e aleatoriamente, evidenciando não uma confusão meramente semântica, mas um total desconhecimento sobre como, o que, e quem procurar em determinadas situações de segurança ou agravos à saúde (NITSCHKE, 2008).

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, padronizando o APH fixo e móvel em todos os estados e municípios da Federação. Essa política foi explicitada na Portaria GM 2048/02 (BRASIL, 2002). Assim, no Brasil, nas grandes cidades, o conceito de ambulância deixou de ser o de Sistema de Transporte e Remoção. A ambulância incorporou-se ao Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências (MARTINS, 2004).

O SAMU como um serviço pré-hospitalar móvel de urgência/emergência passou a

atender com profissionais da saúde capacitados e com equipamentos adequados para atendimentos de urgências. Esses profissionais são autorizados a realizar procedimentos específicos para cada caso, levando socorro à vítima nos primeiros minutos após ocorrido o agravo à sua saúde, prestando-lhe atendimento e transporte adequados até um serviço de saúde que possa dar a continuidade à assistência (MARTINS, 2004).

Oficialmente, o Brasil adotou o modelo francês, adequando-o a suas peculiaridades, seguindo os seguintes princípios: considerar o auxílio médico de urgência uma atividade sanitária; atuar rapidamente no local do sinistro com procedimentos eficazes e adequados, abordando cada caso com cuidados médicos, operacionais e humanitários; trabalhar em interação nas operações de socorro e realizar ações preventivas em complementação com a ação de urgência (MINAYO e DESLANDES, 2008). No entanto, apesar do acordo feito com a França, a realidade brasileira não permitia a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos financeiros e humanos. Houve então uma mescla dos modelos francês e norte-americano nos vários sistemas de atendimento pré-hospitalar móvel em todo o Brasil.

O papel do SAMU pode ser entendido em duas dimensões: uma primeira como Unidade de produção de serviços de saúde em um papel assistencial e uma segunda, como instância reguladora da assistência às urgências, portanto em um papel regulatório do Sistema de urgência, abrangendo o conceito de “observatório de saúde” (BRASIL, 2004). O SAMU, no Brasil, possui também três principais eixos: o Núcleo de Educação de Urgência, a Central de Regulação Médica e as equipes

móveis de atendimento: suporte básico à vida e um suporte avançado à vida (AZEVEDO e SILVA, 2008).

O SAMU, como componente do APH móvel, tem por missão prestar assistência pré-hospitalar a pacientes vítimas de agravos agudos à saúde, de natureza clínica ou traumática, além das parturientes, no momento e no local da urgência, transportando essas vítimas, segundo critérios técnicos internacionalmente aceitos, de forma segura, até àqueles serviços de saúde que possam acolher cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva a suas necessidades, dando continuidade à assistência (BRASIL, 2004). Trata-se, portanto, de uma atenção cuja abordagem é individualizada, mas constitui um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o SAMU deve desenvolver as seguintes atividades: regulação de todos os fluxos de pacientes vítimas de agravos urgentes à saúde do local da ocorrência até os diferentes serviços da rede regionalizada e hierarquizada; regulação dos fluxos entre os serviços existentes no âmbito municipal e/ ou regional; atendimento pré-hospitalar de Urgência (primários ou transferências inter-hospitalares); cobertura de Eventos de Risco; elaboração de planos de atendimento e realização de simulados com a Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros; capacitação de recursos humanos e ações educativas para a comunidade, bem como participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito.

O SAMU ainda possui, como princípios operativos, de acordo com a Política

### Nacional de Atenção as Urgências:

- O médico regulador é responsável por todos os atendimentos recebidos no SAMU, desde o acionamento-mesmo que abortado durante a ligação- até o encerramento do caso.
- A grande “urgência” está em chegar até o paciente. Uma vez no local da ocorrência, o médico intervencionista deve utilizar o tempo necessário para realizar todos os procedimentos que possibilitem estabilização do doente para um transporte em segurança devido à maior dificuldade técnica na realização de procedimentos em trânsito.
- Nos casos onde exista dúvida quanto ao recurso a ser enviado, sempre deve ser enviado o de maior complexidade possível.
- Nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis “filas”, o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder com priorizações, tantas vezes quanto sejam necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação através de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre a situação e dando perspectiva quanto ao tempo de espera.
- Nunca se deve encaminhar um paciente para um serviço de destino sem comunicação prévia. Nos casos em que houver dificuldades operacionais para cumprir tal determinação em tempo hábil, o médico deverá entrar em contato com o receptor o mais brevemente possível, justificando-se.
- Nem sempre o melhor local para ser encaminhado um paciente num determinado momento é aquele que se encontra geograficamente mais próximo ou foi pré-estabelecido como serviço de referência pela grade de regionalização pactuada. Sempre deve prevalecer a necessidade do paciente, em função da complexidade do caso e a disponibilidade real do recurso mais adequado a esta necessidade.
- Os médicos plantonistas ao chegarem ao plantão, deverão imediatamente, interar-se dos recursos internos (viaturas, equipamentos e profissionais) e recursos externos existentes, inclusive das Centrais de Vagas (BRASIL, 2006).

A organização do atendimento pré-hospitalar móvel realiza-se pela Portaria Nº. 2048 GM/MS de 2002 em dois níveis: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV é um veículo destinado ao transporte de pacientes sem potencial de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino enquanto o SAV realiza o atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos bem como de equipamentos mais complexos para a realização de intervenções (BRASIL, 2002).

O SAMU, hoje, encontra-se constituído, conforme inicialmente idealizado, por uma Central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar móvel,

com suas equipes de suporte básico (motorista socorrista e técnico de enfermagem) e avançado (motorista, médico e enfermeiro) (LOPES, FERNANDES, 1999). A competência da Central de Regulação Médica é assumida pelo médico regulador que tem a função de coordenador e de disponibilizador do atendimento pré-hospitalar à população, podendo orientar o usuário, encaminhá-lo de acordo com a complexidade para a Atenção Básica, unidades secundárias ou terciárias (BRASIL, 2006). Essa Central permite que se estabeleça uma porta aberta de comunicação do público com o Sistema de Saúde, uma vez que tem o pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado à resolução do problema de saúde (VIEIRA e MUSSI, 2008).

A organização do SAMU, em Belo Horizonte - MG , deu-se de forma diferenciada de outros municípios brasileiros, visto que já existia um Serviço de Atendimento às Emergências denominado Resgate, de responsabilidade do Corpo de Bombeiros. O Resgate encontra-se em funcionamento desde outubro de 1994, a partir de convênio entre a SMSA e o Corpo de Bombeiros e com o apoio do Ministério da Saúde . Foram adquiridas inicialmente sete ambulâncias especiais e equipamento de resgate (BELO HORIZONTE,2009).

No ano de 1995, a equipe médica da SMSA-BH passa a compor o sistema, realizando triagem de casos das ligações telefônicas do 193, monitorando a ação dos socorristas e regulando a transferência de casos aos hospitais . Foi quando ocorreu a união dos profissionais de saúde com os bombeiros. Em 1996, iniciou-se a separação entre APH e bombeiros, com a criação da Unidade de Suporte Avançado (USA) que passa a fazer parte do sistema, equipada como uma Unidade

de Tratamento Intensivo (UTI), tripulada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e socorrista. A partir de 2001, o Sistema de Atenção Pré-Hospitalar/Resgate passa por um processo de informatização, com subsequente ampliação de sua atuação por meio da Central de Regulação Metropolitana (BELO HORIZONTE, 2009).

E somente em 2003, foi inaugurado, pela Prefeitura Municipal, seguindo orientação nacional, um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel reestruturado, com acesso telefônico gratuito da população pelo número 192, o denominado SAMU-BH (BELO HORIZONTE, 2009). A partir desse momento, houve a separação entre o Resgate e SAMU. Para Alves, Velloso e Araujo (2009), pela análise do trabalho inicial de parceria entre Bombeiros e SAMU-BH foi possível perceber que havia uma grande valorização da disciplina e da ordem pelo grupo treinado para atender urgências. Esse grupo foi parcialmente substituído a partir da separação dos serviços e a seleção dos profissionais passou a valorizar o conhecimento e a experiência na área de urgência. Atualmente, a ampliação do serviço gerou mudanças nos processos seletivos e na estrutura do SAMU, que perdeu a característica do novo e diferente, sendo incorporado ao cotidiano da capital mineira (ALVES, VELLOSO e ARAUJO, 2009). O SAMU-BH fornece orientações dadas por um profissional médico por meio da Central de Atendimento Telefônico disponibilizando dois tipos de atendimento: o aconselhamento, feito via telefone por um médico regulador ou a liberação de uma unidade de atendimento móvel enviada em casos de emergências que atende o paciente em ambiente pré-hospitalar (SMSA-BH, 2004).

### 2.3 A Teoria das Representações Sociais

A teoria das representações sociais é uma forma sociológica da psicologia social. A psicologia social é uma área do conhecimento científico que tem por objetivo o estudo dos processos de interação social (WACHELKE; CAMARGO, 2007) . Os indivíduos constroem esses processos e, por meio deles, suas explicações sobre os objetos sociais.

Essa teoria tem como uma de suas bases fundadoras o abandono da distinção entre o sujeito e o objeto de pesquisa. A realidade objetiva não existe . É representada, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo, reconstruída em seu sistema cognitivo, integrada a seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico onde vive . (MOSCOVICI, 1978)

A teoria das representações sociais é também chamada de teoria do senso comum, uma vez que se interessa pela pesquisa dos fenômenos coletivos e as regras que governam o pensamento social. Mas o estudo do senso comum ,aqui ,é entendido como uma forma de conhecimento prático que os indivíduos e grupos sociais constroem para interpretar a realidade e que utilizam em sua vida cotidiana, sendo importante para o entendimento da dinâmica das interações sociais e para a busca dos determinantes das práticas sociais (SPINK, 1993; OLIVEIRA, 1996). Assim, o senso comum como um objeto de estudo da teoria das representações sociais é uma modalidade de conhecimento que varia conforme as inserções específicas num contexto das relações sociais. Trata-se de uma abordagem dedicada à investigação dos processos cognitivos e construtos relacionados ao



modo como as pessoas pensam no cotidiano (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Para Wachelke e Camargo (2007), há uma variedade de definições para o fenômeno das representações sociais, segundo o foco esteja no processo ou no produto. O fenômeno em representação social é um universo consensual de pensamentos espalhados pelo cotidiano, sendo mais complexo que o objeto dele derivado, devendo ter relevância cultural ou espessura social, além de emergir da vida social cotidiana e corresponder às práticas sociais da população estudada. Enquanto isso, o objeto derivado desse fenômeno, é uma elaboração do universo, reificado pela ciência, devendo ter, como condição que afeta a emergência ou não desse objeto em um determinado conjunto social: *dispersão da informação, focalização e pressão na inferência* (SÁ, 1998).

As representações sociais possuem finalidades próprias sistematizadas por Abric (1994), sendo suas quatro funções essenciais: *funções de saber* que permitem aos atores sociais compreender e explicar a realidade a partir do saber prático do senso comum; *funções identitárias* que definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos; *funções de orientação* uma vez que guiam comportamentos e práticas, determinando, assim, a priori o tipo de relações pertinentes para o sujeito e *funções justificatórias* que permitem justificar a posteriori as tomadas de posição e os comportamentos (ABRIC, 1998 p. 27).

Wagner (1998) propõe critérios que possibilitam o reconhecimento das representações sociais. Esses critérios especificam os processos e produtos sócio-representacionais, embora não sejam largamente utilizados na comunidade

acadêmica. Esses critérios ainda podem validar e dar maior transparência e especificidade aos estudos em representação social, embora nem todos estejam necessariamente presentes em todas as representações, uma vez que há diferenças estruturais e funcionais em representações de diferentes tipos (WAGNER, 1998).

O *consenso funcional*, ou seja, o papel desempenhado pela representação para manter a unidade do grupo, orientar as autocategorizações e interações de seus membros seria o *primeiro critério* proposto por Wagner (1998). O *segundo critério* é a *relevância*, por meio da qual as representações sociais referem-se a objetos sociais relevantes para os atores sociais em questão (SÁ, 1998; WAGNER, 1998). O *terceiro critério* denominado *Prática* baliza a existência da representação se essa representação for acompanhada por correspondência na prática realizada por uma quantidade razoável de pessoas num grupo reflexivo, logo, o comportamento associado à representação deve constituir parte da rotina do grupo (SÁ, 1998; WAGNER, 1998). O *quarto e o quinto critérios* encontram-se alinhados, ou seja, o critério de Holoformose traz que as representações sociais têm pertença a um grupo e o critério de afiliação diz ser possível delimitar uma realidade sócio-grupal dentro da qual certa representação existe. Esses dois últimos critérios permanecem muito próximos e estão presentes na grande maioria das representações (SÁ, 1998; WAGNER, 1998).

As representações sociais possuem estabilidade variada devido à fluidez da comunicação atual, modificando suas configurações de conteúdo e estrutura continuamente (WACHELKE; CAMARGO 2007). Assim, a comunicação social determina a formação do processo representacional estruturado em três níveis:

cognitivo, formação da representação social e edificação das condutas. A formação da representação social ainda depende de dois processos o de objetivação e a ancoragem que correspondem à materialização das abstrações, ou seja, à transformação em objeto do que é representado; e a compreensão da maneira pela qual o desconhecido ou novo é incorporado às relações sociais, tornando familiar o que era estranho (NÓBREGA, 2003).

Assim, em relação ao funcionamento das representações sociais têm-se dois processos principais: o de objetivação e ancoragem . Do ponto de vista estrutural, as representações são organizadas em sistema central e sistema periférico. Essa organização estrutural de natureza hierárquica sugere que os sistemas de cognições interligadas distinguem-se quanto a sua natureza e funções relativas a representações.

O sistema central e o sistema periférico são partes constituintes da Teoria do Núcleo Central que seria uma abordagem complementar da Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici, a grande teoria psicossociológica. No entanto, a atribuição de um papel descritivo e explicativo complementar à Teoria do Núcleo Central não implica considerá-la como uma contribuição menor ao campo de estudos das representações sociais (ABRIC, 1998).

O núcleo central (NC) é diretamente determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e, principalmente pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo, o qual é marcado por condições históricas e sociais e vinculado

à memória coletiva (MAZZOTI, 2007). Esse contexto constitui a base comum da representação, sendo indispensável a sua identificação para que se possa avaliar a homogeneidade de um grupo, ou seja, só se pode afirmar que dois ou mais grupos têm a mesma representação de um objeto se esses grupos partilharem o mesmo NC (ABRIC, 1998)

Os elementos periféricos (EP) formam a parte operatória da representação sendo essenciais para o funcionamento e a dinâmica das representações. Abric (2003) enfatiza cinco funções do sistema periférico: (a) *concretização do NC* em termos ancorados na realidade, imediatamente compreensíveis e transmissíveis; (b) *regulação*, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto; (c) *prescrição de comportamentos*, pois funcionam como esquemas organizados pelo NC orientando tomadas de posição; (d) *proteção do NC* sendo elementos essenciais nos mecanismos de defesa da significação central da representação; e (e) *modulações personalizadas*: pois é o sistema periférico que permite a elaboração de representações individualizadas relacionadas à história e às experiências pessoais do sujeito (ABRIC, 2003).

A teoria do Núcleo Central proporciona um corpo de proposições que contribui para que as teorias das representações sociais se tornem mais heurísticas para a prática social e para a pesquisa. Proporciona um refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sociais sendo um produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica (ABRIC, 1998)

Assim, o sistema central compreende as cognições que determinam a identidade da representação, ou seja, sistemas centrais diferentes indicam representações diferentes e dão estabilidade à representação e são resistentes a mudança (ABRIC,1998). Enquanto isso, o sistema periférico, ou seja, os elementos não centrais, são mais abstratos e possuem natureza normativa, referem-se a esquemas de natureza mais funcional, descrevendo e determinando ações (ABRIC,1998). Os elementos do sistema periférico são mais instáveis, pois se modificam com facilidade devido a alterações no contexto dos grupos sociais e suas relações com algum objeto social, servindo de proteção para o sistema central, adaptando-se às alterações contextuais (ABRIC,1998)

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (1978) e na Teoria do Núcleo Central elaborada por Abric (1998), na perspectiva da Psicologia Social, utilizando-se do software EVOC 2003 (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations – versão 2003) como método para a análise dos dados, tendo em vista as relações estabelecidas entre os profissionais do SAMU e os profissionais das UPA de Belo Horizonte-MG. A opção por essa abordagem estrutural das Representações Sociais deve-se à possibilidade de estabelecer contato com a estrutura de pensamento passível de mudança uma vez que, ao determinar quais são os núcleos central e periférico, é possível delimitar em qual deles incidirá para que se possa buscar uma mudança de atitude, considerando a importância das relações a serem estabelecidas entre o SAMU e toda a rede assistencial de serviços de saúde.

A escolha desse referencial deve-se ao fato de que “as representações sociais são formadas por influências recíprocas, implícitas no curso das comunicações interpessoais, em que as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores” (MOSCOVICI, 2005). Nesse sentido, os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano. Assim, o estudo das Representações Sociais permite, em princípio, compreender por que alguns problemas se 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). Permite, ainda, entender a maneira como chegam e se estabelecem

como foco de condutas múltiplas e complexas.

Para a captação das Representações Sociais utilizou-se a Teoria do Núcleo Central (TNC). Trata-se de uma abordagem específica no campo das representações sociais, considerada como uma proposição teórico-metodológica complementar ao estudo de Moscovici, de modo a torná-lo mais “científico” tanto na prática social quanto para a pesquisa. A TCN propõe-se a identificar e analisar os processos que determinam as representações sociais como conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados em dois subsistemas: um sistema central e um sistema periférico (ABRIC, 1998).

### **3.1. CENÁRIO:**

Em 2008, a rede municipal de saúde de Belo Horizonte conta com 142 centros de saúde, sete UPA, quatro Unidades de Referência Secundária (URS) e mais de 40 hospitais conveniados. Logo, o atendimento à população ocorre na rede própria e na rede conveniada e contratada. Entre as unidades próprias da SMSA de Belo Horizonte, encontram-se as sete UPA, que oferecem atendimento 24 horas, localizadas na Regional Norte, Barreiro, Venda Nova, Oeste, Pampulha, Leste e Nordeste que recebem o mesmo nome das regionais. A missão das UPA é definida pelo colegiado das unidades e está assim enunciada: "Prestar assistência médica aos cidadãos usuários do SUS em situações de sofrimento agudo de qualquer natureza e que não possam ser resolvidas nas unidades básicas de saúde" (Belo Horizonte, 2003). Essas unidades estão estrategicamente distribuídas pelo município, visando atender à distritalização e estarem próximas das áreas de

abrangência dos serviços.

Este estudo foi desenvolvido em quatro Unidades de pronto-atendimento (UPA) da SMSA de Belo Horizonte, onde foram recrutados os sujeitos da pesquisa sendo selecionados de acordo com a realização de atendimento dos usuários provenientes do SAMU. Foram selecionadas de acordo com dados do SAMU duas UPA que mais receberam pacientes do SAMU e duas que menos receberam para que os dados pudessem ser cruzados, investigando assim se o contato com o objeto modificaria a representação social desses grupos e se os efeitos comunicacionais entre as unidades levariam à uniformização das representações.

### **3.2.SUJEITOS**

Os sujeitos da pesquisa foram 274 profissionais de saúde das UPA que recebem usuários do SUS encaminhados pelo SAMU, sendo 89 médicos, 31 enfermeiros e 154 profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos). O número de sujeitos foi considerado suficiente quando os dados foram coletados nos três plantões, durante o dia e à noite), considerando a carga horária de trabalho de 12 por 60 horas de descanso da equipe de enfermagem. A opção por acompanhar a escala dos profissionais de enfermagem deveu-se ao fato de que somente esses profissionais tinham uma lógica de intervalos de trabalho que possibilitava a coleta de dados sistematizados. Os médicos e enfermeiros, em sua maioria, tinham uma carga horária de 24hs por semana, mas com jornadas de trabalho irregulares. Assim, foram realizadas inicialmente três visitas a cada Unidade, de forma a fazer contato com a totalidade dos profissionais das Unidades nos diferentes plantões, durante o dia e à noite. Foi escalonada a repetição dos plantões para que não ocorresse a falta de nenhum deles. Os plantões foram denominados plantão A, B e C, diurno e



noturno. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com o plantão e somente aqueles que concordaram em participar da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), responderam ao questionário (Anexo B) .

Para atender aos princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) o projeto de pesquisa 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 nº11/2009 favorável (Anexo C) e após essa etapa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG ,Parecer nº 67/2009,(Anexo D). Este estudo faz parte do projeto “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: percepção de usuários e profissionais de saúde” também aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer nº. 014/2008 , (Anexo E) e pelo COEP/UFMG, Parecer nº215/08, (Anexo F).

Foram garantidos, aos entrevistados, o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Cada entrevistado recebeu uma via do TCLE com os dados dos pesquisadores caso, em algum momento, decidisse retirar-se da pesquisa ou necessitasse de maiores informações .

### 3.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, aplicado pela própria pesquisadora e por bolsistas treinados, com itens que identificavam o perfil dos entrevistados, em local apropriado para registro das evocações livres sobre o termo indutor SAMU. Foram coletados 274 questionários, totalizando 1338 palavras diferentes evocadas que foram agrupadas em 85 palavras padronizadas, como pode ser observado no Dicionário ( Anexo G).

A evocação ou associação livre permite colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado, assim como sua dimensão imaginária, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo, como a entrevista (ABRIC, 2001). Como esse tipo de resposta varia mais do que as respostas a perguntas fechadas deve-se possibilitar a construção de um universo semântico que contemple essa variedade de informações, por meio da aplicação do questionário ao maior número possível de sujeitos. Essa técnica de evocação livre considera as propriedades qualitativas e quantitativas no levantamento dos possíveis elementos centrais e periféricos de uma representação social (SÁ, 1998).

A aplicação da técnica neste estudo consiste em solicitar aos sujeitos que verbalizem cinco palavras ou expressões que lhes vêm **imediatamente** à cabeça em relação ao termo indutor **SAMU**. O registro da produção verbal foi realizado pelos próprios sujeitos da pesquisa que escreveram as evocações na ordem em que foram pensadas de imediato.

### 3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados correspondentes ao perfil dos sujeitos do estudo foram organizados num banco de dados no Microsoft Excel que permitiu a análise por meio de frequências simples das seguintes variáveis: UPA, sexo, faixa etária, estado civil, profissão, tempo de formado, pós-graduação e tempo de trabalho na UPA.

A organização dos dados referentes à Representação Social foi realizada por meio do software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) versão 2003, criado na França por Pierre Vérges e seus colaboradores, que constitui um conjunto de programas que permite uma organização das evocações livres de forma sistematizada (MANUAL DO SOFTWARE, 2003). Esses programas calculam e informam a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados, o que possibilita estratificar essas evocações em núcleo central e periférico.

Os dados colhidos por meio do questionário foram digitados no EXCEL, sendo as evocações digitadas na ordem em que foram faladas. A seguir, as evocações foram agrupadas por sentido, de forma a homogeneizar o conteúdo semântico, visando a uma análise mais consistente, que seria a etapa de padronização das palavras e termos evocados. Essa etapa é conhecida como dicionário de padronização que passa pela leitura de várias pessoas, de diferentes perfis para validação do mesmo, sendo a primeira leitura e correção no dicionário deste trabalho feitas pela mestranda e as subsequentes pela orientadora e pela co-orientadora deste trabalho

bem como por outras pessoas indicadas por elas. Posteriormente a essa padronização e validação do dicionário, voltou-se à planilha original e foi realizada a substituição das palavras evocadas pelas padronizadas. Depois dessa etapa, o documento é salvo com extensão própria para ser aberto no programa Bloco de Notas.

No software EVOC 2003, o documento anteriormente salvo como pertencente ao bloco de notas é reconhecido e aberto, realizando a posteriori etapas sequenciais do software até que se obtenha a distribuição dos termos por frequência e ordem de evocação média com os quais serão construídos os quadrantes, conhecidos como quadro de quatro casas. Após essa etapa, prossegue-se com a comparação da frequência e o valor médio da ordem de evocação de cada termo com os valores médios da população estudada para a interpretação dos dados.

O quadro de quatro casas criado discrimina o núcleo central (elementos mais frequentes e mais importantes situados no quadrante superior esquerdo), os elementos intermediários ou 1ª periferia (elementos periféricos mais importantes situados no quadrante superior direito), os elementos de contraste (com baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos, situados no quadrante inferior esquerdo) e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (menos frequentes e menos importantes, localizados no quadrante inferior direito) (OLIVEIRA et al., 2003).

Para a interpretação dos dados, primeiramente se fez a leitura das características representacionais do conjunto da população para o termo indutor. Em seguida,

identificaram-se as variações entre grupos, em função das variáveis inseridas na análise que, neste estudo, foram: profissionais de saúde da UPA, instituição com maior contato com o SAMU e com menor contato com o SAMU e categoria profissional.

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1. Caracterização dos profissionais de saúde das UPA e suas representações sociais sobre o SAMU

A caracterização do perfil dos sujeitos da pesquisa contribui para um melhor entendimento das estruturas representacionais de seus pensamentos. Os dados mostram que 31,1% dos profissionais são do sexo masculino, 67% do feminino e 1,9% não declararam. A maioria dos profissionais é composta por profissionais com mais de 25 anos (93%), casados (45,6%) seguidos de 37,6% de solteiros, 11,3% de divorciados, 1,8% viúvos e 3,7% não especificaram sua situação civil. Em relação às categorias profissionais, 56,2% eram auxiliares e técnicos de enfermagem, 32,5% médicos e 11,3% enfermeiros.

Considerando o tempo de formados, 5,5% tinham menos de um ano; 18,7% tinham entre um e quatro anos, 74,4% mais de cinco anos de formados e 1,5% não declararam. Entre os profissionais de nível superior, 62,5% possuem pós-graduação, 25% não possuem pós-graduação e 10% estão cursando a pós-graduação. Em relação ao tempo de trabalho na UPA, 39,2% tinham mais cinco anos, 23,4% estavam entre um e quatro anos, 36,3% tinham menos de um ano e 1,1% não souberam responder, existindo equilíbrio entre os considerados novatos no serviço e aqueles já com maior experiência.

O *corpus* para a análise das Representações Sociais foi formado pelas evocações de todos os sujeitos sendo faladas 1338 palavras. Dessas 1338, apenas 108

foram diferentes e foram agrupadas em 85 palavras padronizadas (ANEXO G). A média das ordens médias de evocação (O.M.E) foi igual a 2.95, sendo arredondada para três. A frequência média foi 44 e a mínima 23. Dessas palavras evocadas, 28 foram ditas apenas uma vez e a palavra “casos-graves”, de maior frequência de evocação, foi dita 74 vezes. No quadro de quatro casas, Quadro 1, construído a partir do EVOC 2003 com as evocações ao termo indutor *SAMU*, pode-se observar o conteúdo das representações sociais, bem como a estrutura e a hierarquia dos elementos de seus sistemas cognitivos.

**Quadro 1: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional de profissionais de saúde acerca do SAMU**

	< 3			≥ 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
≥ 44	Quadrante Superior Esquerdo			Quadrante Superior Direito		
	Núcleo Central			1ª Periferia		
	Emergência	48	2,104	Casos-graves	74	3,108
	Etilista	65	2,200	Trauma	49	3,245
	Rapidez	57	2,842			
	Resgate	46	2,261			
	Transporte	69	2,826			
	Urgência	62	2,145			
< 44	Quadrante Inferior Esquerdo			Quadrante Inferior Direito		
	Elementos Constrastante ou Intermediários			2ª Periferia		
	Agilidade	31	2,677	Habilidade	35	3,486
	Atendimento	36	2,361	Humanização	43	3,233
	Conflito	23	2,957	Precário	26	3,269
	Equipe-despreparada	41	2,878	Regulação	27	3,333
	Pré-hospitalar	30	2,833			
Salvar-vidas	28	2,964				

Fonte: Dados organizados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

Observa-se, nas evocações produzidas mediante o termo indutor *SAMU*, que a distribuição nos quadrantes não apresenta uniformidade entre os planos, tendo, em seu corpus, uma maior dispersão devido à diferença entre a frequência média (44) e a mínima (23). No quadrante superior esquerdo, encontram-se os possíveis elementos do núcleo central da representação deste estudo, as palavras que possuem maiores frequências e menores ordens médias de evocação (OME), e que correspondem àqueles elementos mais importantes no desenho da estrutura das representações sociais pensadas pelos profissionais de saúde da UPA.

No **núcleo central**, estão as seguintes palavras: *emergência, etilista, rapidez, resgate, transporte e urgência*, as quais refletem uma imagem do SAMU em sua maior parte positiva e de reconhecimento de seu trabalho de acordo com a significação desses termos. Esses elementos destacam o caráter funcional do SAMU, referindo-se às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais dos sujeitos deste estudo. O SAMU é entendido como um tipo de assistência pré-hospitalar móvel caracterizado pelo atendimento rápido, seja de resgate ou transporte, de pacientes com quadros de urgência ou emergência declarados. O elemento etilista aparece como fator inesperado e destoante.

O elemento com maior destaque entre aqueles provavelmente centrais é *transporte*, com uma frequência de evocação de 69 e OME de 2,826. Sob essa designação, foram homogeneizadas palavras que apontam para a função de transporte do SAMU, ideia ligada ao atendimento pré-hospitalar que se iniciou com a concepção inicial de transporte dos pacientes para um local onde pudessem receber o atendimento necessário para garantir-lhes a vida (MARTINS, 2004).



Para Martins (2004), a ideia de transporte do SAMU é preconizada desde sua conceituação e a determinação de sua função. No entanto, essa ideia deve ir além do transporte da vítima, de acordo com seu status, de forma segura, para a Unidade de referência adequada. Deve incluir, durante o percurso, a garantia dos cuidados necessários, preconizados pelo protocolo de atendimento pré-hospitalar a fim de garantir-lhes a vida ou minimizar-lhes os danos.

No processo de padronização do termo transporte, foi possível observar que, dentro dessa significação, também foram evocados os termos ( Anexo G) *carona, entrega, ótimo transportador, taxi e ônibus* que, dentre outros, representam uma forma de questionamento dos profissionais da UPA acerca da qualidade e do tipo de atendimento prestado pelo SAMU. Assim, em uma mesma ideia de transporte tem-se uma perspectiva positiva e negativa do serviço. Há discordâncias com relação aos julgamentos clínicos feitos pelo SAMU por parte dos profissionais da UPA, bem como a crítica aos casos que o SAMU encaminha como sendo casos-graves (ALVES, VELLOSO, ARAUJO, 2009).

Os profissionais de saúde da UPA relatam que o SAMU é mal aproveitado por parte da população que o utiliza como “taxi”, demandando um atendimento que não seria necessário (ALVES, VELLOSO, ARAUJO, 2009). Uma análise mais apurada do assunto leva a inferir que esse problema advém das dificuldades na regulação dos usuários pela Central de Regulação Médica.

O segundo elemento em destaque no núcleo central foi *etilista*, com uma frequência de 65 e OME de 2,200. Esse elemento foi evocado 24 vezes como primeira palavra

pelos profissionais de saúde da UPA. De acordo com o julgamento desses profissionais, os pacientes alcoolizados não se caracterizam como urgência ou emergência. Em relação a esse fato, os profissionais do SAMU argumentam que os pacientes etilistas sempre constituíram uma demanda reprimida que ganhou visibilidade social e apontam que eles podem vir a se caracterizar como um quadro de urgência (ALVES, VELLOSO, ARAUJO, 2009).

Segundo os profissionais do SAMU, muitos cidadãos acionam a Central de Regulação ao se depararem com uma pessoa caída na rua e, quando a unidade do SAMU chega ao local, seus profissionais verificam a presença de etilismo, associado ou não a alguma outra comorbidade (ALVES, VELLOSO, ARAUJO, 2009). Em algumas dessas situações, os profissionais se veem “obrigados” ou “intimidados” pela população a levar o paciente para o serviço de saúde de referência, a UPA. Dessa forma, o SAMU adquiriu a conotação de serviço descaracterizado. A esse respeito, Jacquemont (2005) diz que há um grande número de chamadas recebidas pelas centrais de ambulâncias que se referem a “uma pessoa deitada na rua” (p.62). Geralmente, os solicitantes desconhecem essa pessoa e sequer se aproximam dela antes de telefonar. O simples fato de estar no chão é motivo suficiente para ligarem para o 192 ou 193, pois estar no chão significa um sinal de gravidade para a população (JACQUEMONT, 2005).

O etilismo configura-se, atualmente, como uma situação de saúde pública que, segundo Vargas e Luís (2008), é um problema tão antigo quanto o próprio homem, mas que só recebeu atenção da medicina em meados do século XIX. Está presente em todo o mundo e estima-se que atualmente tenha alcançado 10% da população

mundial e 12,3% da população brasileira (VARGAS; LUIS, 2008), sendo significativo o número de pacientes com problemas diretamente relacionados ao álcool e ao etilismo nos serviços de saúde. Para a OMS (2005) e o CID-10, o etilismo pode ser equiparado à doença mental, uma vez que traz prejuízos à capacidade de julgamento das pessoas. Para Gonçalves (2003), o uso e o abuso de drogas são parte de uma situação associada ao transtorno mental ou à fragilidade e à limitação do indivíduo para responder criativamente às situações difíceis impostas pela vida.

Classificada como doença mental, a toxicomania, mais especificamente o etilismo, passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcaram o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Houve avanços das políticas públicas e a preconização de um modelo de atenção integral à saúde de usuários de drogas que precisavam ser compreendidos a partir de sua expressão na prática cotidiana das unidades (MORAES, 2008). Moraes (2008), em estudo sobre o modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, afirma que os usuários relataram que um dos grandes avanços na humanização da assistência para com os etilistas foi o fato de deixarem de ser vistos como “irresponsáveis”, “vagabundos” ou “marginais”, concepção aparentemente predominante na sociedade e nos profissionais que os atendiam, e passaram a ser vistos como doentes (MORAES, 2008).

Nesse sentido, a abordagem desses usuários deve envolver sensibilidade humana, compreensão e capacidade de reflexão sobre a complexidade de que se reveste esse problema. É sobretudo necessário interessar-se pela pessoa e saber que a droga é um episódio em sua vida, pois a química da droga estimula o consumo e a

dependência, mas também afeta a estrutura psicológica da pessoa dependente. O uso da droga estimula sua procura e a manutenção da dependência (GONÇALVES, 2003), sendo um mecanismo de retroalimentação. Os serviços de saúde, em geral, ainda têm dificuldades em lidar com os etilistas que são considerados “culpados” ao invés de doentes que necessitam de abordagens específicas. O SAMU veio reverter, em parte, esse quadro, ao encaminhar esses doentes para os Serviços, dando-lhes visibilidade como problema de saúde pública.

A percepção dos profissionais de saúde das UPA ainda não alcançou o preconizado pelas políticas de humanização e do programa de atenção integral aos usuários de álcool e drogas, uma vez que possuem uma visão biologicista das urgências e emergências esperadas para serem atendidos naquele locus de trabalho. Tal fato faz com que esses não se vejam preparados para lidar com o etilista que, em princípio, seria portador de um sofrimento mental cujas demandas muitas vezes tumultuam o local de trabalho e a dinâmica do serviço. Os pacientes etilistas não necessitam de técnicas nem de tecnologias médico-hospitalares tradicionais, mas de um olhar diferenciado para uma demanda específica de natureza sócio-econômico-afetiva não suprida.

No caso da enfermagem, para Santos e Marques (2003), quando se trata do paciente alcoólatra, há muitos preconceitos e recriminações não sendo esse paciente da preferência assistencial dos enfermeiros. Para os autores, a sociedade não suporta os indivíduos que se vitimam por vontade própria; sendo assim, é difícil, para o enfermeiro, dissociar-se desse estigma social que também acompanha os pacientes de tentativa de auto-extermínio. Estudo de Navarrete e Luis (2004), sobre

atitudes dos enfermeiros de um complexo hospitalar em relação ao paciente alcoolizado, aponta que os enfermeiras concordam que a vida do etilista é desagradável e que merece atenção da enfermagem como os outros, mas indicam incômodo em atendê-lo, mesmo apresentando disposição para fazê-lo. Os enfermeiros ainda percebem os etilistas como pessoas sensíveis, mas irrecuperáveis. Para Rosa (1991), a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente etilista é insatisfatória principalmente devido ao despreparo dos profissionais e aos tabus e preconceitos existentes na sociedade.

O elemento *urgência* apresenta-se com uma frequência de 62 e OME de 2,145 seguido da *emergência* com frequência de 48 e OME de 2,104. Esses elementos estão intimamente ligados ao papel desempenhado pelo SAMU, bem como aos elementos seguintes da sequência do núcleo central *resgate e rapidez* que preveem um primeiro atendimento com um tempo limite para que a vida seja preservada ou ocorra minimização de danos ou sequelas.

A proximidade da frequência entre os elementos *urgência* e *emergência* deve-se à imprecisão, à confusão e à polêmica em torno dos conceitos de urgência e emergência (MAGALHÃES, 1998). Define-se *Urgência* como situação clínica aguda, com ou sem risco potencial de vida, enquanto *Emergência* seria uma situação com risco iminente de vida ou que cause intenso sofrimento ao paciente (CFM, 1995). Esses conceitos têm um limite quase imperceptível sendo o quadro clínico do paciente passível de rápida modificação a qualquer momento, abrindo, assim, a possibilidade de interpretações diversas que justificam a utilização quase sinônima pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho. Infere-se também que o termo

urgência é mais abrangente e do senso comum, que a emergência, sendo, portanto mais utilizado. A emergência possui um significado compreendido em sua totalidade por profissionais de saúde especializados em urgência e diz respeito à manutenção da tênue linha existente entre a vida e a morte.

Para Jacquemont (2005), a distinção urgência/emergência não tem sentido do ponto de vista da gravidade, do tempo para agir e da prioridade do atendimento . Assim, só se deveria falar em urgência para que o atendimento seja uniforme. Ainda segundo a Jacquemont (2005), em seu estudo Urgência e Emergência em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários, um dos médicos entrevistados considera impossível, desnecessária e inconsequente essa diferenciação, até porque, quanto mais se diz “é urgência, não é emergência”, mais se prejudica ou se contribui para a não- assistência ou mesmo para a má assistência, o que seria um erro e um desrespeito à vida do paciente (JACQUEMONT, 2005,p.59).

A valorização de um estado de saúde como “grave” ou “urgente”, ou seja, seu alto valor mobilizador, pode ser identificado, menos em função dos discursos normativos proferidos fora do contexto – “isso é urgência, isso é emergência” – do que em função da observação dos comportamentos, tais como se manifestam e se dão a ver nas situações. Em outros termos, essa valorização pode ser deduzida das atitudes diferenciadas dos médicos e enfermeiros, assim como do pessoal não médico do pronto-socorro, em relação aos pacientes no momento de sua chegada nos serviços de saúde (JACQUEMONT, 2005, p.61).

Retomando o quadro de quatro casas (Quadro 1), no **quadrante superior direito**,

ou seja, **primeira periferia**, estão as palavras que também tiveram alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que fizessem parte do núcleo central. Nesse espaço da representação, encontram-se as palavras *casos-graves* e *trauma* que reafirmam e reforçam o papel do SAMU como um serviço de atendimento pré-hospitalar que visa realizar atendimento de urgência e emergência, como traumas e casos-graves. Para Jacquemont (2005), na prática, existe e se concretiza a seguinte equivalência: emergência = casos traumáticos, isto é, casos que levam à suspeita da necessidade de uma intervenção rápida (JACQUEMONT, 2005).

Segundo Lopes e Fernandes (1999), o politraumatizado, ou seja, a vítima de trauma deve ser atendida pela equipe de saúde multidisciplinar especificamente treinada, o SAMU, cujos procedimentos amenizariam as possibilidades de sequelas das vítimas. Nesse mesmo sentido, Morais (2007) diz que o SAMU tem o objetivo de prestar uma assistência precoce à população nos casos de urgência e emergência visando reduzir o número de óbitos e de agravos à saúde. Assim, observa-se uma atitude positiva do SAMU, especialmente no que se refere a sua funcionalidade, reafirmando o papel de atendimento a *urgência* e *emergência* presentes no núcleo central.

Os elementos *agilidade*, *atendimento*, *conflito*, *equipe-despreparada*, *pré-hospitalar* e *salvar-vidas* encontram-se dentro do **quadrante dos elementos contrastantes ou intermediários**, ou seja, complementam e discutem o núcleo central e, ao mesmo tempo, representam elementos de tensão nas relações entre os serviços estudados. Esses elementos ainda podem se caracterizar como um novo sub-grupo que

começa a ter um olhar mais crítico para o objeto SAMU podendo causar modificações no núcleo central identificado.

O elemento *agilidade* reforça e influencia o termo *rapidez* presente no núcleo central, caracteriza o reconhecimento, por parte dos profissionais da UPA, da eficiência do SAMU em atender as situações de *urgência/emergência* que demandam rapidez e habilidade.

Já o termo *atendimento* liga-se a todos os termos presentes no núcleo central de forma positiva, considerando-se que *transporte e resgate* preveem uma forma de atendimento, assim como os termos *urgência, emergência e etilismo* demandam atendimento de forma a garantir a vida ou a estabilizar um quadro clínico.

A palavra evocada *conflito* possui, como termos padronizados (Anexo G): *“complicação, confusão, crítica, desentendimento com o paciente, desrespeito com colegas e com paciente, divisão, falta de educação dos funcionários, chateação, pepino, problemático, rabo de foguete, folgado, pouco cooperativo, será que é urgência?, divergência SAMU/bombeiro, discórdia da equipe, difícil, desrespeito, e que merda!”*, que mostram as dificuldades dos profissionais das UPA em lidar com o SAMU. Tais dificuldades talvez decorram dos processos de trabalho “engessados” de ambos, considerando-se o contexto de tensão e cobrança em que desenvolvem seus papéis. As evocações (Anexo G) *falta de educação, pepino, problemático, rabo de foguete, divergência SAMU/bombeiro, discórdia da equipe* remetem a aspectos relacionados à central de regulação, tendo em vista que o contato prévio para a comunicação de casos e a designação da Unidade que deverá receber os



pacientes, ou seja, qual UPA, cabe ao médico regulador que pode utilizar sua prerrogativa de autonomia e autoridade na rede de serviços para referenciar os pacientes.

Para Lima e Pereira (2009), na relação com outras áreas no contexto dos serviços de saúde, é necessário aprimorar o diálogo, buscando uma integração que rompa as barreiras estabelecidas pela dificuldade de se trabalhar em uma lógica fundamentada em relações horizontais, com pactuação e compromisso com a sociedade. Segundo Azevedo e Silva (2008), o uso adequado da comunicação junto às equipes de APH não é assunto privilegiado nas produções técnico-científicas atuais destacando a preocupação com a utilização das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves nos atendimentos de urgência. Esses autores buscam justificar a falta de comunicação verbal pela própria característica dos serviços de urgência: foco nas ações cuja base é a condição da vítima, tempo escasso e necessidade de se evitar o risco imediato para a manutenção da vida (AZEVEDO; SILVA, 2008)

O elemento *equipe-despreparada*, como pode ser observado no Anexo G, é significado por meio das seguintes palavras evocadas selecionadas: 98% *sem acesso periférico; sem moral e noção; despreparo; dúvidas; falta de ética, de iniciativa, de humanização, postura e termos técnicos; mais qualificação; maus profissionais; negligência; ruim, médicos; incerteza e incoerência; simplista e ingênuo; falta de treinamento; coitados; falta de bom senso e falta de informação*. Tais evocações questionam a postura ética e a capacidade técnica dos profissionais do SAMU. Percebe-se que existe um descrédito dos profissionais da UPA em

relação ao preparo e à qualificação dos profissionais do SAMU para lidar com os casos atendidos e com as relações estabelecidas com outros profissionais.

Entretanto, observa-se que os elementos *conflitos* e *equipe-despreparada* são um sub-grupo dentro das representações que explicitam as dificuldades nas relações e no processo de trabalho dos dois Serviços e, ao mesmo tempo, destacam uma falta de compreensão e de aceitação dos papéis dos profissionais na rede de serviços de saúde. Tais significações ainda podem se justificar pelo fato de o SAMU de Belo Horizonte ser uma modalidade de atendimento recente, ainda em processo de organização, se comparado aos demais serviços da rede. Apesar de ser um serviço recente, os profissionais têm maior autoridade, conferida pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias GM/MS nº 2048 e GM/MS nº 1864, de permear todos os serviços de saúde com certa autonomia e ainda gerar maior sobrecarga de trabalho nas UPA (ROCHA, 2005), ao referenciar os usuários com demandas simples.

Os elementos *pré-hospitalar* e *salvar-vidas* aparecem com alta frequência e baixa ordem de evocação média. O elemento pré-hospitalar reforça os elementos resgate e transporte, presentes no núcleo central enquanto salvar-vidas reafirma todos os elementos do núcleo central como função precípua a ser desenvolvida pelo SAMU.

As palavras localizadas no quadrante inferior direito são aquelas com menores frequências de evocação e evocadas mais tardiamente, compondo os elementos da **segunda periferia da representação**. Nessa periferia, encontram-se as palavras *habilidade*, *humanização*, *precário* e *regulação*. Nesse espaço da representação do SAMU, observa-se atitude positiva frente a esse serviço, reconhecido pelos

profissionais da UPA como instância de humanização do atendimento. Ao mesmo tempo, atributos negativos são imputados ao SAMU visto como precário em sua estruturação e nas relações e atendimentos que realiza. Todos os elementos desse quadrante reforçam os que estão presentes na zona de contraste e direcionam questionamentos da função do SAMU até os anteriormente reconhecidos como eficientes no núcleo central.

O termo *habilidade* é evocado pelos profissionais da UPA como aspecto reconhecidamente necessário para o APH móvel. Corroborando com essa ideia, Gentil et al (2008) dizem que, entre as competências importantes para o atendimento de urgência, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente. Nesse sentido, Azevedo e Silva (2008) destacam, ainda, a iniciativa e a percepção, além da tomada rápida decisão, como fatores cruciais para o atendimento e pontuam que os profissionais precisam refletir sobre a utilização da comunicação como uma habilidade para o atendimento de urgência. Assim, observa-se que esse elemento influencia o elemento atendimento presente no quadrante de contraste bem como o termo agilidade, considerando que ambos, agilidade e habilidade, devem se complementar para o sucesso no atendimento.

O elemento *humanização* influencia mais claramente o termo *atendimento* presente na zona de contraste e isso se deve à Política Nacional de Humanização (PNH) presente na rede de Serviços de saúde do SUS. É possível que essa cobrança dos

profissionais da UPA acerca de um SAMU mais humanizado esteja expressando, na realidade, uma dificuldade do próprio Serviço de urgência em prestar uma assistência mais humanizada.

O Serviço de urgência é caracterizado pela não formação de vínculo já que todos os usuários estão de passagem naquela instância. Segundo Sá (2005), os hospitais de emergência constituem espaço privilegiado de manifestação dos intensos processos de exclusão, violência social, e brutal banalização do sofrimento alheio, especialmente de indiferença em relação aos desfavorecidos, que marcam nossa sociedade e os profissionais. Essa autora ainda coloca que o trabalho na porta de entrada da emergência representa fonte de sofrimento psíquico para os trabalhadores, considerando que convivem com o dilema entre atender as urgências, em caráter estrito, e ainda aliviar outros sofrimentos não-clínicos da população; a pressão de não identificar os casos de risco de vida; o lidar com a violência; e o não reconhecimento do bom trabalho, entre outras (Sá, 2005).

Segundo Sá, Carreiro e Fernandes (2008), trabalhar na porta de entrada de uma “emergência” é também estar cara a cara com uma demanda que assume a forma dos maus tratos, da feiúra e brutalidade, da sujeira e mau cheiro, situações insuportáveis para muitos profissionais de saúde e até mesmo impossíveis de ser representadas e significadas por eles de forma positiva, dificultando a formação de vínculo e definindo os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado dentro do Serviço (SÁ, CARREIRO e FERNANDES, 2008). Para Azevedo e Silva (2008), para que exista o processo de humanização hospitalar, é preciso modificar o processo de trabalho bem como as condições de trabalho

desses profissionais de saúde dos Serviços de urgência.

O termo *precário* parece ser, na realidade, uma visão projetada da UPA sobre o SAMU considerando que as USB e USA, Unidades de atendimento do SAMU, são reconhecidamente bem equipadas e seus profissionais treinados, diferente do que apareceu nas significações *falta de espaço, falta de investimento, material péssimo, muitos que precisam o SAMU não vai, não funciona de maneira adequada, pouco equipado, toda ambulância deveria ter um médico, sistema inadequado* (Anexo G). Alguns desses termos ainda destacam a falta de conhecimento sobre o papel do SAMU, uma vez que o Serviço não é estruturado para que se tenha médico em todas as Unidades. Outro ponto é a dificuldade de compreensão sobre a regulação dos casos o que justifica a utilização do SAMU para alguns casos e, para outros, não.

O elemento *regulação*, presente na segunda periferia, leva-nos a uma discussão atual sobre o Serviço de atendimento pré-hospitalar, que seria a organização do fluxo e da demanda a serem encaminhados para os Serviços da rede. A regulação é algo recente pois, primeiro, veio a preocupação em se realizar o transporte dos pacientes e, somente depois, a definição de para onde e quando esses pacientes seriam encaminhados, bem como os critérios utilizados para a prestação desse tipo de atendimento. A rede de referência e contra-referência foi definida posteriormente e ainda não absorveu a filosofia de trabalho em sua integralidade.

Assim, após o acolhimento e a identificação das chamadas, as solicitações são analisadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência e define o

recurso necessário a seu adequado atendimento. Sua decisão pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) ao local ou o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário (BRASIL, 2006b). Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, será transportado de forma segura, até àqueles Serviços de saúde que possam melhor atendê-lo naquele momento, respondendo de forma resolutiva a suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU (BRASIL, 2006b).

Segundo o Manual de Regulação Médica de Urgências (BRASIL,2006), cabe ao médico regulador exercer atividades técnicas e administrativas, gerenciar conflitos e poderes, sempre no sentido de garantir acesso ao recurso mais adequado a cada necessidade e propiciar um adequado fluxo de usuários na Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006b). Tal função torna-se complexa ao se deparar com a necessidade de encaminhar pacientes para Unidades reconhecidamente sobrecarregadas. Entretanto, o regulador está distante fisicamente dos embates com os profissionais da ponta. Várias questões que deveriam ser discutidas com a regulação são discutidas e “descontadas” nos trabalhadores das Unidades do SAMU que chegam ao Serviço. Esse fato torna difícil a relação entre os profissionais das USB/USA do SAMU e os profissionais da UPA.

O elemento *regulação* influencia também o elemento *atendimento* pertencente ao quadrante inferior esquerdo. A regulação médica é responsável pela centralização do sistema de atendimento bem como a racionalização da utilização do Serviço, controlando a demanda das solicitações, fazendo triagem, classificando, detectando,

distribuindo, prescrevendo, orientando e despachando (MARTINS, 2004). Para agravar a situação, a regulação ainda depende de informações fornecidas pelos usuários que, muitas vezes, podem falseá-las a ponto de dificultar a diferenciação entre um caso real e um imaginário, uma vez que o médico regulador faz seus julgamentos clínicos a partir das informações recebidas. Jacquemont (2005) afirma que certos pacientes sabem do valor dado à “dor no peito” e a assinalam quando querem a vinda do resgate. Assim, é comum que os solicitantes se refiram a dor no peito pelo telefone e, quando os atendentes do 192 chegam ao lugar, descobrem que a pessoa a ser atendida nunca sentiu essa dor, mas está sofrendo de outra patologia, como por exemplo, coma alcoólico, para o qual teme não conseguir a assistência do SAMU (JACQUEMONT, 2005).

Os profissionais da UPA reconhecem a competência técnica e a habilidade do SAMU para atender emergência e urgência mas, ao mesmo tempo, oferecem-lhe resistência devido à autonomia do SAMU dentro da rede de saúde. Por isso, o SAMU é reconhecido com um “entregador de problemas”, uma vez que os pacientes trazidos pelo SAMU já estão obrigatoriamente dentro da Unidade de saúde e devem ser atendidos, enquanto a demanda espontânea pode ser barrada na triagem (ALVES, VELLOSO, ARAUJO, 2009).

Essa discussão traz à tona a sobrecarga dos Serviços de urgência que ainda são utilizados como porta de entrada. Para Sá, Carreteiro e Fernandes (2008), as Unidades de emergência, portas abertas 24 horas, tornam-se espaços privilegiados de manifestação da exclusão social e da violência. É importante examinar a dimensão intersubjetiva e inconsciente dos profissionais de saúde pela importância

de seus efeitos na qualidade do cuidado produzido, uma vez que os sujeitos se ligam a seu trabalho e às organizações não apenas por vínculos materiais, mas, sobretudo, afetivos e imaginários e a natureza e qualidade desses vínculos e das interações entre profissionais e usuários dos Serviços definirão os limites e as possibilidades na forma como o cuidado será prestado.

O SAMU é, então, representado por profissionais da UPA como um Serviço de transporte de casos de urgência e emergência que preveem ações rápidas e de resgate. O etilista é trazido como um questionamento à demanda que esse Serviço vem atendendo. Os elementos casos-graves e traumas reforçam o que esses profissionais de saúde entendem como urgência e emergência. Os termos agilidade, atendimento, pré-hospitalar e salvar-vidas influenciam todo o núcleo central de forma positiva e reforça as funções do SAMU . Os termos equipe-despreparada e conflito surgem como um sub-grupo. Esse sub-grupo traz uma visão mais crítica e questionadora do SAMU do que aquela trazida pelos demais elementos, podendo ser um ponto inicial de mudança do núcleo central estabelecido. O elemento humanização vem discutir o tipo de atendimento prestado, enquanto o termo precário reforça a visão crítica colocada por meio dos elementos equipe-despreparada e conflito. E, por fim, o elemento regulação reforça o elemento atendimento e vem a ser um ponto-chave para a atuação das críticas apresentadas nos outros elementos.



#### **4.2. Representação Social do SAMU baseada no contato entre os profissionais de saúde da UPA e os profissionais do SAMU**

Montou-se um quadro de quatro de casas para os dados referentes às duas Unidades que tiveram menor contato em 2008 com o SAMU e as duas que tiveram maior contato a fim de se avaliar se o contato influencia as representações sociais ou se pode ser influenciado apenas pelos processos comunicacionais. Nos núcleos centrais dos Quadro 2 e 3, verifica-se, em comum, a presença do termo transporte que vem a ser a ideia inicial de que o atendimento do SAMU se resume ao encaminhamento do paciente da casa ou do domicílio até um Serviço de saúde.

No Quadro 2, estão as representações sociais das Unidades com maior contato com o SAMU. O núcleo central é o termo transporte e o fator intermediário ou contrastante é o elemento etilista, podendo caracterizar o termo transporte como “transporte de pacientes etilistas”. Tal argumento vem a ser uma crítica vigente nas UPA com relação ao tipo de paciente que o SAMU traz para a UPA. Enquanto isso, na 2ª periferia, os termos evocados casos-graves e rapidez influenciam o elemento intermediário etilista, o que leva a inferir que, na realidade, há uma ansiedade, por parte dos profissionais da UPA, em atender “casos-graves” que demandam rapidez e não etilistas. O etilista tem sido uma demanda levada pelo SAMU mas que causa estranhamento e dificuldade de compreensão do atendimento a ser prestado pelos profissionais da UPA.

**Quadro 2: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional de profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento que mais receberam ambulâncias do SAMU**

< 3				>= 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
>= 36	Transporte	42	2,714			
< 36	Etilista	35	2,429	Casos-graves	31	2,935
				Rapidez	34	2,912

Fonte: Dados organizados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

No Quadro 3, percebe-se que a comunicação influencia a construção das periferias das representações sociais uma vez que o núcleo central apresentou um elemento em comum entre as Unidades enquanto os elementos periféricos mostraram-se diversificados. Pode-se inferir que aqueles que tiveram menor contato possuem uma representação mais diversificada e com um maior número de elementos periféricos influenciando o núcleo central que parece estar ainda em construção. Existe um imaginário maior em torno do SAMU que foi contruído com base no processo comunicacional, uma vez que o contato com o Serviço é menor.

**Quadro 3: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional de profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento que menos receberam ambulâncias do SAMU acerca do serviço**

< 3				>= 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
>= 26	Etilista	31	1,903	Casos-graves Trauma	43 26	3,233 3,538
	Transporte	28	2,929			
	Urgência	32	2,031			
< 26	Atendimento	12	2,667			
	Emergência	24	2,000			
	Humanização	19	2,684			
	Rapidez	23	2,739			
	Resgate	16	2,313			
	Salvar-vidas	18	2,944			

Fonte: Dados organizados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

A representação social desse grupo baseia-se primeiramente no elemento urgência seguido dos elementos etilista e transporte. Esses três elementos mostram que o SAMU é representado como um Serviço de urgência, que possui o etilista como usuário e que tem função de transporte. Esse núcleo é reforçado pelos termos casos-graves e trauma que são os casos considerados graves pela maioria dos profissionais da UPA, conforme discutido anteriormente. E, nos elementos intermediários ou contrastantes, estão os termos emergência, rapidez, humanização, salvar-vidas, resgate e atendimento que influenciam os elementos no núcleo central bem como mostram mudanças que estão por ocorrer nesse núcleo.

Com base nesses dados, pode-se concluir que as Unidades com maior contato representam o SAMU como um serviço responsável pelo transporte, devendo ser realizado de maneira rápida, sendo os portadores de casos graves seu público-alvo esperado, embora possa ocorrer de forma diferente do previsto o transporte de etilistas. Enquanto isso, aquelas Unidades que tiveram menor contato representam o SAMU como um Serviço responsável por transporte de urgência e etilistas. Mas na urgência são esperados casos-graves e traumas. Possuem os elementos emergência, rapidez, humanização, salvar-vidas, resgate e atendimento buscando trazer uma complementação ou transformação desse núcleo central.

### 4.3. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde, por categoria profissional, acerca do SAMU

Nas representações sociais dos médicos, foi possível perceber que, no núcleo central, do Quadro 4, o elemento com maior frequência foi o *transporte*, fato também observado na representação social do grupo geral. O termo *urgência* aparece em segundo lugar com menor frequência, mas com menor ordem de evocação média, ou seja, foi mais prontamente enunciado.

**Quadro 4: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento acerca do SAMU**

< 3				>= 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
>= 22	Transporte	35	2,600	Casos-graves	22	3,045
	Urgência	24	2,000			
< 22	Emergência	16	1,750	trauma	20	3,250
	Rapidez	21	2,810			
	Resgate	12	2,667			

Fonte: Dados organizados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

No quadrante superior direito, aparece o elemento casos-graves que influencia o núcleo central considerando ser o transporte do SAMU de casos-graves e que urgência é um caso grave.

Nos elementos intermediários ou contrastante, estão os termos rapidez, emergência e resgate, todos influenciando positivamente o núcleo central, principalmente o elemento transporte. No entanto, o termo *emergência*, como elemento contrastante ou intermediário, leva à mesma discussão anterior de que os termos urgência e

emergência são utilizados como sinônimos no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Outro ponto a ser discutido é refere-se aos casos que o SAMU leva para as Unidades. Muitas vezes, os médicos da UPA não ratificam o julgamento do SAMU, por não acreditarem na capacidade de julgamento clínico de seus profissionais ou por detectarem falhas nesse julgamento no dia-a-dia de trabalho. Mesmo assim, é possível perceber que, para os médicos, o SAMU é representado positivamente, realizando ações que confirmam as funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 5, apresentam-se as representações dos enfermeiros sobre o SAMU que são diferentes daquelas dos médicos e do quadro geral mas que se assemelham muito às representações da equipe de enfermagem. No entanto, destaca-se que o número de enfermeiros foi menor que o dos demais profissionais devido à não-adesão dos mesmos durante a coleta dos dados. Muitos alegaram excesso de atividades e falta de tempo o que dificultou as entrevistas com um número mais representativo desses profissionais. No núcleo central dessa categoria profissional, encontra-se o elemento etilista como sendo a representação que os enfermeiros possuem do SAMU e, como elemento periférico, o termo regulação. Tal resultado talvez se relacione ao fato de os enfermeiros serem os profissionais que fazem a recepção das Unidades do SAMU nas UPA e, portanto, terem uma relação direta com as mesmas, além de um maior contato e de maior espaço de negociações com a central de regulação do Serviço.

**Quadro 5: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos *Enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento acerca do SAMU***

< 3				≥ 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
≥ 9	Etilista	9	2,111	Regulação	10	3,500
< 9						

Fonte: Dados organizados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

No Quadro 6, a representação social dos técnicos de enfermagem está focada no etilista sendo sua periferia mais diversa que a dos enfermeiros. Mas é possível observar que existe uma relação entre as representações sociais desses profissionais com as dos enfermeiros. No núcleo central, o elemento etilista aparece como a materialização do SAMU para esses profissionais. Influenciando esse núcleo central, o elemento caso-grave leva a inferir que esses profissionais buscam ratificar esse tipo de paciente como um possível caso-grave. Como elemento contraditório ou intermediário, tem-se o termo urgência que seria a crítica ao fato de o paciente etilista ser levado pelo SAMU enquanto eles esperam uma urgência declarada, que também possuem o papel de tentar modificar esse núcleo central. Influenciando esse elemento urgência, tem-se o termo humanização, ou seja, a urgência precisa ser olhada de outra forma assim como a assistência a esse usuário, urgente ou não, etilista ou não.

**Quadro 6: Quadro de quatro casas relativo à estrutura representacional dos *Auxiliares e Técnicos de Enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento acerca do SAMU***

< 3				≥ 3		
Freq.média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
≥ 39	Etilista	45	2,156	Casos-graves	48	3,146
< 39	Urgência	32	2,125	Humanização	31	3,355

Fonte: Dados analisados pelo Software Evoc 2003, em julho de 2009.

Assim, é possível perceber que cada categoria possui sua representação social sobre o SAMU sendo a dos médicos positiva e a da equipe de enfermagem negativa, com várias críticas ao Serviço e uma dificuldade de reconhecimento da legitimidade do SAMU como um Serviço de APH efetivo e resolutivo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A mente que se abre a uma nova idéia  
jamais voltará ao seu tamanho original.  
Albert E instein*

A presença do SAMU na rede de Serviços de saúde em Belo Horizonte constitui uma fonte de tensão por problemas já existentes mas que se tornaram menos tolerados por parte dos profissionais de saúde . Esse tipo de APH constitui excelente proposta para a melhoria dos atendimentos de primeiros socorros e transporte de pacientes para os Serviços de referência adequados. Por trazer a melhoria no atendimento e facilitar o acesso, o SAMU ganhou “fama” e reconhecimento o seio da população usuária.

Em contrapartida, essa mesma “melhoria no acesso da população” vem servindo de elemento conflitante para os profissionais das UPA que trabalham com sobrecarga de atendimentos da demanda espontânea desvinculada das UBS, equipes desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física, poucos recursos diagnósticos e dificuldades de referência e contra-referência. Nesse contexto, recebem os pacientes trazidos pelas Unidades do SAMU, os quais muitas vezes não são avaliados com os mesmos critérios adotados pelos profissionais das UPA, o que gera conflitos e discussões entre as equipes dificultando o reconhecimento do trabalho do SAMU como importante e funcional.

A estratégia metodológica do EVOC 2003 permitiu a organização das evocações no quadro de quatro casas por meio da qual encontramos a representação social dos



profissionais da UPA (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem) sobre o SAMU, representação em princípio positiva e de reconhecimento do trabalho do SAMU mas com um ponto de crítica sobre o atendimento dos pacientes etilistas.

No núcleo central, as representações dos profissionais de saúde da UPA são: *emergência, etilista, rapidez, resgate, transporte e urgência*, as quais refletem a imagem representada do SAMU pelos sujeitos. Nesse caso, o SAMU seria um dos tipos de assistência pré-hospitalar móvel responsável pelo atendimento rápido, de resgate ou de transporte, de pacientes com quadros de urgência ou emergência declarados. Mas, nesse mesmo corpus de representação social, apareceu, como fator contraditório e inesperado, o elemento *etilista*, uma demanda social reprimida que passou a ganhar espaço nos Serviços de saúde de urgência sem que os profissionais e os Serviços estivessem preparados para atendê-la. Essa representação traz a reflexão de como esse núcleo poderia ter seus elementos positivos reforçados e os negativos transformados por meio de estratégias que garantam melhoria da gestão tanto do SAMU quanto das UPA.

Na primeira periferia, encontramos os elementos *casos-graves, trauma* que reafirmam e reforçam o núcleo central e, por conseguinte, o papel do SAMU no atendimento de urgência e emergência. Nos elementos contrastantes ou intermediários, os termos *agilidade, atendimento, conflito, equipe-despreparada, pré-hospitalar e salvar-vidas* que trazem, ainda mais fortemente, as discussões a respeito do que se encontra no núcleo central, ao mesmo tempo que alguns representam pontos de tensão nas relações entre os setores estudados. A visão

positiva inicial passa a ser severamente criticada. Tal fato pode ser entendido como o surgimento de um sub-grupo que busca modificação na representação social apresentada hoje.

Ainda esses elementos intermediários ou contrastantes são reforçados pelos elementos da segunda periferia *habilidade, humanização, precário e regulação* que reconhecem o SAMU como portador de habilidades e capaz de ser um instrumento de humanização do atendimento, mas, ao mesmo tempo, revelam que esse Serviço é entendido como precário em sua estruturação, nas relações e atendimentos que realiza. Ainda nesse espaço, discute-se a regulação enquanto um processo necessário mas, no momento, falho e distante da realidade dos profissionais que estão na ponta. Infere-se que pode existir uma translocação das percepções dos profissionais da UPA sobre seu cotidiano ao avaliar e julgar o trabalho do SAMU, pois é mais fácil reconhecermos, nos outros, nossas limitações do que pararmos para discutir e olhar internamente o próprio tipo de assistência e de trabalho realizado cotidianamente.

Os elementos periféricos que influenciam o núcleo central são pontos que devem ser abordados para que possam ser organizadas estratégias de interferências nos comportamentos e percepções acerca do SAMU. Considerando-se o SAMU como um espaço de decisão e de inter-relações dos serviços de urgências, influenciado por determinantes econômicos, políticos e simbólicos, é primordial aprofundar discussões acerca de seu papel, de seu funcionamento e do reconhecimento de seu trabalho dentro da rede de Serviços de saúde. Por outro lado, também é importante que se discutam os problemas presentes no processo de trabalho das UPA de forma

a torná-las verdadeiras Unidades de retaguarda para o SAMU e que ambos possam realizar um trabalho complementar como preconizado.

O SAMU, enquanto uma nova forma de atendimento e serviço de urgência, deve ser aprimorado e, para isso, faz-se importante considerarmos a discussão do funcionamento das redes de referência e contra-referência e sua organização, de forma a melhorar as relações entre os profissionais dos dois Serviços, bem como as formas de regulação do SAMU. Assim, o SAMU é reconhecido como um Serviço de excelente competência técnica e de grande alcance mas ainda encontra-se sedento de aperfeiçoamento de sua capacidade gerencial e organizacional, elementos que poderão ser objetos de novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS:

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S.P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 1998.

\_\_\_\_\_. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, organizadores. **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Museu da República; 2005.

\_\_\_\_\_. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. (Org). **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência**. SAMU. Disponível em: <<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/SAMU/Regul/RegulPO/Regul.asp>>. Acesso em: 15 de jan de 2009.

ALVES-MAZZOTTI, AJ. Representações da identidade docente: uma contribuição para a formulação de políticas. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Dez 2007, vol.15, no.57, p.579-594.

AZEVEDO, TMVE; SILVA, MJP da. Relacionamento Interpessoal no Atendimento Pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Revista Nursing**, 2008; 11 (125): 455-460.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Resgate: SAMU 192**. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=20757&chPlc=20757&termos=SAMU>. Acesso em: 10 set. 2009.

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. 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, 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. **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 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. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Res. CNS 196/96. *Bioética* 1996; 4 (2suppl):15-25p.1996

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Apresenta informações sobre o SAMU. Disponível em: [www.saude.gov.br/samu](http://www.saude.gov.br/samu). Acesso em 30 jan. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Série E, Legislação de Saúde]

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

CARVALHO, B.K.L de. A rede de urgência em Belo Horizonte – MG – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2008, vol.18, n.4, p275-278.

CHOMATAS, M. Integração de saberes e práticas na organização do SAMU de Curitiba-PR. **Divulg. saúde debate**, v.32, p90-95, maio 2005.

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.

DESLANDES, S.F. **Frágeis Deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.196p.

DINIZ, S.A.; RUFFINO, M. C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, na especial, p. 17-23, abril 1996.

FRANÇA. **Serviço de atendimento médico de urgência de paris.** Disponível em: [HTTP:// https://samudeparis.aphp.fr/](http://https://samudeparis.aphp.fr/) acessado em janeiro de 2009.

GENTIL, RC; RAMOS, LH; WHITAKER, IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008.

GONÇALVES, AM et al. Doença Mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. **REME**: 7(1): 14-20, jan-jul.2003.

JACQUEMOT, G.A. **Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

KALEMOGLU, M; KESKIN, O; DEMIRBAS, S; OZISIK, T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Rev. méd. Chile**, v.132, n 9, pp. 1085-1089. 2004

MAGALHÃES, H. M. Urgência e Emergência: A participação do município. In: REIS, A. T. **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. Parte III, p. 265-86.

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.

MERCADANTE, O. A. (Org.); SCHECHTMAN, A.; CORTES, B. A.; JUNIOR, E. M.; MENDES, E. V.; UN, J. A. W. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In : FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no brasil.** Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, n.8, p.1877-1886, ago, 2008

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008 .

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 292 p. Título original: **La Psychanalyse** –Son Image et Son Public.

NAVARRETE, PR; LUIS, MAV. Actitud de la enfermera de um complejo hospitalario em relación al paciente alcohólico. **Rev Latino-am Enferm**, 2004; 12(n. especial): 420-6.

NITSCHKE,C.A.S. ET AL. **SAMU Minas Gerais.** Coordenação de Urgência e Emergência. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. 2008.233p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos humanos e legislação**: cuidar sim, excluir não. OMS, 2005.

Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf).

Acessado em: 20 out.2009.

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e formas de inserção. In: **Physis**: Rev.Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 11(1): 19-104, 2001.

PAZ, C. D. **O treinamento e desenvolvimento como perspectiva estratégica para o atendimento pré-hospitalar**: o caso sos unimed Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências da Administração-ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

PEREIRA, WA da P;LIMA, MAD da S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.2, p. 320-327.

RATEAU, P. Princípios organizadores e núcleo central das representações sociais. Hipóteses empíricas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 56, n. 1, p. 80-90, 2004.

ROCHA, A F.S. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2005. 98p.

ROCHA, R.L.P. **Percepções dos Profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem,2009.108p.

SÁ, M de C. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. São Paulo, 2005, (454 p.). Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SA, M. de C.; CARRETEIRO, T.C.; FERNANDES, M.I.A..Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, June 2008

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 Jan. 2008.

VARGAS, D. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

WACHELKE, J.F.R.;CAMARGO, B.V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interam. j. psychol.**, dez. 2007, vol.41, no.3, p.379-390. ISSN 0034-9690.



## ANEXO A - QUESTIONÁRIO



QUESTIONÁRIO Nº \_\_\_\_\_ UPA: \_\_\_\_\_

## 1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_M\_\_\_F Idade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Categoria profissional \_\_\_\_\_

Tempo de formado \_\_\_\_\_

Possui Pós-Graduação? Qual \_\_\_\_\_

Tempo de Trabalho na UPA (ANOS) \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Remuneração em salários mínimos \_\_\_\_\_

## 2) VOCÊ DEVERÁ FALAR 5 PALAVRAS OU EXPRESSÕES QUE LHE VEM A MENTE EM RELAÇÃO AOS TERMOS ABAIXO :

SAMU	Emergência	Urgência
( ) _____	( ) _____	( ) _____
( ) _____	( ) _____	( ) _____
( ) _____	( ) _____	( ) _____
( ) _____	( ) _____	( ) _____
( ) _____	( ) _____	( ) _____

## 3) PALAVRAS MAIS IMPORTANTES

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

## 4) SIGNIFICADOS

Agora, você deverá indicar o significado da palavra/expressão que você elegeu como nº 1, ou seja, a mais importante apenas para o termo SAMU.

---



---



---

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO ACERCA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**” desenvolvido pela Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG Meiriele Tavares Araújo, orientado e coordenado pela Dra. Marília Alves. Sua participação na pesquisa será respondendo a algumas perguntas sobre o SAMU sendo que sua participação não é obrigatória. Caso concorde em participar você deverá responder um questionário rápido cujo material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio da evocação livre de palavras sobre o termo indutor SAMU. O objetivo deste é analisar as representações sociais dos profissionais das Unidades de Pronto atendimento sobre o SAMU, pensando na necessidade dos serviços de saúde trabalharem juntos na solução dos problemas de saúde. Várias pessoas estão respondendo ao questionário e suas falas serão utilizadas juntas para escrever trabalhos científicos, sendo cada questionário identificado apenas pela letra E enumerada de acordo com a aplicação dos questionários.

Sua participação então consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação socioeconômica e ao questionário sobre o termo indutor SAMU. O local, data e horário da aplicação do questionário serão agendados antes de nossa conversa, de acordo com a sua disponibilidade. 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 pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos, dissertação de mestrado e tese de doutorado da escola de Enfermagem da UFMG.

Eu, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em responder ao questionário solicitado, 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

**Mestranda Meiriele T. Araujo**  
R: Rio de Janeiro, 1062/302  
Bairro: Centro  
CEP: 30.160.041 Belo Horizonte-MG  
Fone: 31.99772666/ 38.99034602  
Email.: enfaraujo@gmail.com  
**Prof. Marília Alves**  
Av. Alfredo Balena, 190 /Sala 217  
Bairro: Santa Efigênciã.  
CEP.:30.130.000 Belo Horizonte –MG  
Fone: 34099826/9830  
**COEP UFMG**

Assinatura pesquisador

Av. Presidente Antonio Carlos, 667  
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sl2005  
CEP.: 31270.901. Belo Horizonte-MG.  
Fone: 34094295  
Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto: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

**ANEXO C - PARECER COEP / UFMG PROJETO MAIOR**

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.

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

## ANEXO D – PARECER CAMARA DEPARTAMENTAL EEUFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

Aprovado em reunião de Câmara do  
Departamento de Enfermagem Apli-  
cada/ENA em 15 / 05 / 09.

Parecer ENA n.º 11 /2009  
Assunto: Projeto de Pesquisa  
Interessada: Meirele Tavares Araújo/Marília Alves (Orientadora)  
Relatora: Professora Márcia Regina Pereira Monteiro

  
Prof.ª Rita de Cássia Marques  
Chefe do Dept.º de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem da UFMG

### 1. HISTÓRICO

No dia 15 de maio de 2009, recebi da secretaria do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA), o projeto de pesquisa “**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) ACERCA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**”, da mestranda Meirele Tavares Araújo sob orientação da professora Marília Alves (Orientadora), para análise e emissão de parecer.

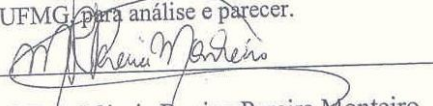
### 2. MÉRITO

O presente projeto tem como objetivo geral: analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre o SAMU.

Este estudo é relevante pela possibilidade de entender as dificuldades na integração dos serviços e as relações estabelecidas entre profissionais de diferentes níveis de atenção, tendo como base a proposta de integralidade da política de saúde vigente. Sendo também relevante para a gestão de pessoas e consolidação do SUS, em seus múltiplos aspectos, após a regulamentação e implantação do Atendimento Pré-Hospitalar, que introduz importante reorganização no sistema municipal de saúde com redefinição de funções dos serviços e profissionais.

### 3. CONCLUSÃO

Com base no exposto, sou favorável à aprovação do projeto de pesquisa intitulado: **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) ACERCA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**, a ser orientado pela Profa. Dra. Marília Alves e sob co-orientação da Profa. Dra. Maria Flávia Gazzinelli da EE-UFG, sendo que o mesmo poderá ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG para análise e parecer.

  
Prof.ª Dra. Márcia Regina Pereira Monteiro

Relatora

**ANEXO E – PARECER COEP/UFMG**

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

Parecer nº. ETIC 067/09

**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 29 de maio de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Representação social dos profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) acerca do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)"** 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 F – PARECER DO CEP-SMSA/PBH PROJETO MAIOR****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.



## ANEXO G – DICIONÁRIO DAS PALAVRAS PADRONIZADAS

### TERMO INDUTOR: SAMU

PADRONIZAÇÃO	PALAVRA EVOCADA
1. Acesso	Acesso, amplitude, de novo, disponível, garantia, acesso ao atendimento
2. Agilidade	Ágil, agilidade, agilidade e rapidez, alerta, prontidão, agilidade no atendimento,
3. Agressão	Agressão
4. Ajuda	Ajuda, ajuda plena, ajuda imediata, contribuir
5. Alienatório	Alienatório, degradação social, enganação, assistencialismo barato, ilusão, mentira, tapeação, promessa, bobagem, viagem
6. Alívio	Alívio
7. Andarilho	Andarilho, de rua, indigência, indigente, mendigo, mendigos, morador de rua, serviço atendimento de mendigo urbano
8. arrogancia	Arrogância, arrogantes, prepotência, presunção, superioridade, sentimento de supremacia, auto suficiência
9. assistencialismo-publico	marketing, marketing SUS, votos, zero 800, assistencialismo publico, cabide de emprego, campanha política, eleitoreiro, municipio, publico, plano político, paternalismo, instrumento político, resposta social, município
10. Atendimento	Ação, assistência, atendimento, atendimento de emergência, atendimento de urgência, atendimento geral, atendimento domiciliar, atendimento rápido, atendimento emergencial, atendimento ao paciente politraumatizado, atendimento de urgência e emergência
11. atraso	Atraso, atraso atendimento, atrasos, demora, demorado, não é muito ágil quando precisa, demora até deslocamento ao local da chamada
12. autoritario	Soberba, autoritário, imposição, intransigência
13. Autonomia	Autonomia
14. Auxilio	Apoio, Auxilio, colaborador, parceria, suporte
15. beneficio	Benefício, bom para comunidade, ganha muito a comunidade, ajuda comunidade, importante para a comunidade
16. bom	Bom, legal, maravilhoso, bom atendimento
17. Capacitação	Capacitação, especialidade, experiência, percepção lógica, profissionalização, qualificação, técnica, preparo, massagem, educação, qualificação, ATLS, imobilização, formação, preparo técnico, olhar técnico
18. casos-cronicos	paciente crônico, casos crônicos, geriatria, idoso, não grave, paciente acamado, não urgência
19. casos-graves	Confuso, baleados, envenenamento, insuficiência cardíaca, intoxicações, casos-graves, crise asmática, diabetes descompensada, grave, gravidade, hiperglicemia, Hipotensão, infarto agudo, morte, paciente grave, parada cardíaca, PCR, pré-cordialgia, tce, Convulsão, crise convulsiva, crise convulsivo
20. coerencia	Coerência, compreensão, justiça
21. Comodidade	Comodidade, tranquilidade
22. Comunicação	Comunicação, telefone, radio comunicador, chamado, ocorrência

23. Conflito	Complicação, conflito, confusão, crítica, desentendimento com o paciente, desrespeito com colegas, desrespeito com paciente, divisão, falta de educação dos funcionários, chateação, falta de respeito, pepino, problemático, rabo de foguete, será que é urgência?, divergência samu/bombeiro, discórdia da equipe, difícil, desrespeito, problema, e que merda!
24. Conhecimento	Conhecimento
25. Cuidado	Cuidado, cuidados, cuidar, observação
26. Dedicção	Dedicção, interesse, satisfação, esforço, excelência, sacrifício, gostar
27. Descaracterizado	Descaracterizado, não acredito, pouco adequado a realidade brasileira, super aproveitado, população desconhece a finalidade, não urgencia, a maioria dos transportes realizados não é de sua competência, transporte descaracterizado
28. Descaso	Descaso, desumano
29. Desorganização	Desorganização, sem coordenação, falta reorganizar
30. difícil-acesso	Barreira, difícil acesso
31. dificuldade-de-comunicacao	desunião geral, dificuldade de comunicação, falta de comunicação, pouco comunicativos
32. dinheiro-desperdiçado	elefante branco, desperdício de dinheiro publico, gasto exorbitante, dinheiro desperdiçado, burocrático, burocracia
33. direito-do-cidadao	pressão popular, direito-do-cidadão
34. Doença	Doença
35. Eficiência	Eficácia, eficaz, eficiência, eficiência, eficiente, eficiente em acidentes
36. Emergência	Emergência, uma emergência, atendimento imediato,
37. emergente	Emergente
38. Empurroterapia	Empurroterapia,
39. Equipe	Equipe, equipe treinada, equipe bem preparada, colegas, profissionais treinados, composição, companheirismo, anteceder ao médico
40. equipe-despreparada	98% vem sem acesso periférico, sem moral, sem noção, sem preparo, despreparo, dúvida, dúvidas, equipe despreparada, falta de ética, falta de iniciativa, falta ética, falta humanização, falta postura, falta termos técnico, folgado, insegurança pré-hospitalar, mais qualificação, maus profissionais, negligência, pouco preparo, que faremos, ruim médicos, trazem paciente sem acesso, incerteza, incoerência, simplista, ingênuo, falta de preparo de equipe, pouco cooperativo, falta de treinamento, coitados, falta de bom senso, falta de informação
41. Ética	Ética
42. etilista	Abstinência, alcoólatra, alcoolismo, alcoolizado, bêbado, Bebum, cachaça, é alcoolismo, etilismo, etilista, maior demanda alcoólatra, transporte de etilista, traz alcoólatra, motorista bêbado, paciente alcoolizado, Síndrome de Abstinência Alcoólica,
43. falhas	Equívoco, falhas, imprudência, regulação falha, falha do regulador, má orientação quanto ao caso pelo telefone, socorre quando quer
44. Gestão	Gestão, coordenar
45. habilidade	Capacidade, destreza, habilidade, perfil, precisão, segurança, competência, competentes, jogo de cintura, tolerância, segurança no atendimento

46. Humanização	Acolhimento, amor, amor ao próximo, atenção, coragem, escuta, esperança, gratidão, humanização, igualdade, priorizar a vida do paciente, respeito (pct), bem do paciente, boa intenção, boa vontade, bondade, misericórdia, paciência, solidariedade, acolhedor, respeito, cooperação,
47. Ineficiência	as vezes funciona, as vezes necessário, ineficiência, Poderia ser melhor, nunca te dá a certeza de que irá ajudar
48. Insensibilidade	Impacientes, incompreensivos, insensibilidade, má vontade, intolerância
49. Insistência	Insistência
50. inter-hospitalar	inter-hospitalar, transferência, transporte inter-hospitalar, retorno para unidade.
51. Necessário	Essencial, importante, indispensável, inevitável, necessário, necessidade, fundamental, imprescindível
52. Organização	Organização, reformulação, disciplina, organizado
53. Paciente	Demanda, paciente, pacientes não classificados, pessoas, população
54. poluicao-sonora	Barulho, poluição sonora, sirene
55. Precário	Emprestável, muitos que precisam o samu não vai, falta de espaço, falta de investimento, limitado, material péssimo, não funciona de maneira adequada, não funciona muito, pouco equipado, precário, toda ambulância deveria ter um medico (usb) 90% problemas resolvidos in loco, usa poucas unidades, usb mal equipada, usb s/ médico, pouco resolutivo, material para trabalho, redefinir condutas/protocolos, poucas unidades, sistema inadequado, falta de médico, precariedade
56. pre-hospitalar	pré-hospitalar, primeiro atendimento, serviço de atenção as urgências, serviço de transporte a paciente em condições de risco, serviço móvel de atendimento de urgência, serviço móvel de urgência, usa, assistencia móvel, mobilidade, móvel, pa móvel, avançado, básico, primeiro socorro, primeiro atendimento extra hosp ao paciente grave, atendimento móvel, transporte médico-hospitalar, USB/USA, primeiros socorros
57. pressao-psicologica	Ansiedade, adrenalina, aflição, angústia, apreensao Cansaço, tristeza, pressão psicológica, terror, medo, insatisfação, pesado, impaciência
58. prestação-de-serviços	Exames, prestação de serviço, prestação serviço, presteza
59. profissionais-de-saude	Enfermagem, enfermeiro, profissionais de saúde, médico
60. Profissionalismo	Profissão, profissionalismo
61. punicao-cabivel	punição cabível
62. Qualidade	Qualidade, qualidade no atendimento
63. rapidez	Correria, pontualidade, pressa, rapidez, rapidez-atendimento, rapidez no atendimento, rápido, tempo, velocidade, velocidade/rapidez, tempo e rapidez, pressa
64. regulacao	Regulação, tele medicina, encaminhamento, ordem do coordenador, orientação, triagem horrível, fluxo adequado de referência, regulação médica, Classificação, critério, critérios, depende do caso, prioridade, prioridades, falta regulação, regulação
65. resgate	Resgate, resgate in loco, socorrer, socorro, socorro imediato, um resgate ,SOS, socorro rápido
66. Resolução	Resolução, alta médica, solução, resolutividade

67. Responsabilidade	Responsabilidade, compromisso
68. Risco	Perigoso, risco, risco para o socorrista, risco de vida
69. Ruim	não gosto, pessimo atendimento, que saco, ruim , um saco
70. salvar-vidas	salva vidas, salvação, salvamento, salvar, salvar vidas, salva-vidas, salve vidas, salvar vidas com o mínimo lesões futuras, vidas salvas, sobrevivência
71. Saúde	Saúde
72. saude-mental	saúde mental, scpm, piti, usuários de droga, noia
73. Serviço	Hospital, serviço, upa, domicilio, SUS, serviço de urgência, pronto atendimento
74. serviço-social	Carente, população carente, pobreza, serviço social, social
75. Sobrecarga	aumento da demanda, falência das unidades 24 hs, não tem leito, retaguarda insuficiente, sobrecarga, sobrecarga de trabalho, sobrecarga do PA, superlotação, trazem o paciente grave e entrega aqui, tumulto, upa lotada, onde colocar o paciente
76. Socorrista	Socorrista
77. Stress	Estressante, fadiga, stress
78. Trabalho	Trabalho, trabalho em equipe, ótimo para trabalhar
79. Transporte	Carona, entrega,ótimo transportador, recebimento, retorno p/ a unidade, saída, taxi, taxi de pobre, taxi do povo, taxi grátis, transporte, transporte móvel, transporte publico, ambulância, transporte responsável, transporte inter-hospitalar, transporte de feridos, paciente passou mal em casa, ônibus, expresso, ótimo transportador
80. trauma	Acidentado, acidentado de transito, acidente, acidentes, atropelamento, contusão, transito, trauma, acidente de transito, briga em bar, acidentes de automóveis,
81. Unitário	Unitário
82. Urgência	Urgência, urgente, serviço de urgência, risco de vida iminente, dor
83. uso-indevido	10% trazem pacientes que realmente necessitam, 90% atendimento desnecessário, Banalização social, desimportante, exagero, mal aproveitado, sem importância, traz casos que não pertencem a urgência, muitas vezes pacientes que não são urgência ou emergência, uso abusivo por parte da população, uso indevido, serviço mal usado, abuso do serviço, brincado, desinformação da população, mal utilizado, atender realmente quem necessita, não relevante, não urgência, falta informação, subutilização, pouco aproveitado
84. Útil	serviço de muita utilidade,Serviço muito útil, útil, útil, atende a população, valorização, utilidade, finalidade,função, serviço bom
85. vida	Vida