



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Gisele O'Dwyer

O princípio da Integralidade e o SAMU

Rio de Janeiro
2009

Gisele O'Dwyer

O princípio da Integralidade e o SAMU

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

**Rio de Janeiro
2009**

O27 O'Dwyer, Gisele.

O princípio da integralidade e o SAMU / Gisele O'Dwyer. – 2009.
336 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviço Assistência Móvel de Urgência (SAMU) – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Emergências médicas – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.39(815.3)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

O princípio da Integralidade e o SAMU

Gisele O'Dwyer

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Prof^a. Dra. Roseni Pinheiro

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2009

Agradecimentos

Que bom poder contar com todos vocês!

Meus filhos, Gustavo e Brena, meus melhores projetos, grandes orgulhos e maiores amores

Manoel, o homem que mais amei e que sempre amarei

Meu pai, mãe e irmã, pelo amor e cuidado dedicados

Meu irmãozinho Mauricio, companheiro de uma vida inteira, quanta saudade

Ruben, pela generosidade, por muitas lições, pelo conhecimento consistente, pelos autores apresentados e por muitos anos de amizade

Meus muitos amigos e amigas, pelo amor e carinho dedicado e inspirado

Minhas amigas de trabalho, pela tolerância com o trabalho não compartilhado

Os entrevistados, pela cooperação, gentileza e aprendizado, em especial para o Eduardo, um novo amigo

Os profissionais do SAMU, pela coragem e disponibilidade

Os professores do IMS, pelo conhecimento compartilhado, pelas reflexões possibilitadas

Os alunos do IMS, pelo carinho e vivências compartilhadas

Todos os funcionários do IMS

Resumo

O princípio da Integralidade e o SAMU

A partir de 2002 o Estado assume o esforço de normatizar a atenção às urgências com edição de Portarias e documentos. O SAMU foi o primeiro componente da política implantado. Ele opera com ambulâncias com ou sem médico e com recursos tecnológicos diversos. Este estudo teve como objetivo analisar o potencial de prática de integralidade no SAMU. Para tal, foram realizadas três etapas de trabalho. Analisou-se a política de urgência a partir dos documentos e Portarias que a compõem. No trabalho de campo foram entrevistados seis gestores dos três níveis de governo e avaliadas as práticas de regulação nos SAMU do estado do Rio de Janeiro. A metodologia utilizou o referencial de análise da conduta estratégica da Teoria da Estruturação de Giddens (1984) relacionando as capacidades cognitivas dos agentes e suas estratégias de ação, com as dimensões estruturais. Para o campo, além da teoria de Giddens, busquei no referencial da avaliação indicadores (incluindo os da política), dialogando com a *análise da situação do serviço*. A Política de Urgência teve como marcos o financiamento federal, a regionalização, a capacitação dos profissionais, a função do SAMU de observatório da rede; e a gestão por comitês de urgência. A integralidade é proposta como valor, na indicação de utilizar o conceito ampliado de urgência, através da regionalização e da comunicação entre os serviços. A capacitação não foi instituída no estado e os vínculos empregatícios eram precários. Foi constatada a inoperância do Comitê Gestor Nacional de Urgências e a ausência do Comitê Estadual. Não há assistência integrada tendo entre as causas a insuficiência estrutural da rede, representada pela ausência da atenção básica e pela precariedade nos hospitais de referência. Não há produção e utilização de informação e o SAMU não cumpre a função de observatório de saúde. Os três SAMU têm estruturas diferenciadas. Foram analisados 206 atendimentos e sua categorização destacou: *o SAMU bem sucedido*, com práticas de integralidade no seu componente individual e de acesso aos serviços; *sua função de observatório de rede*, que refletiu o vazio assistencial do PSF e média

complexidade e a restrição do acesso hospitalar; *a insuficiência de recursos*, com uso inadequado de ambulâncias; *e demandas não reconhecidas*, onde casos de urgência não reconhecida foram recusados. Destaca-se a prevalência da urgência clínica. Conclusão: A legitimação da regulação esteve presente na atitude dos entrevistados e de alguns profissionais nos casos do SAMU bem sucedido. A densidade das propostas documentais foi a vertente facilitadora do recurso estrutural. A mobilização de recursos autoritativos e alocativos mostrou fragilidades. Não houve mudança significativa nas práticas tipicamente excludentes do SUS, mas acreditamos no efeito cumulativo dos pequenos desvios que têm na ética e na solidariedade a base da aplicação do conhecimento técnico.

Palavras Chave: SAMU, integralidade, atendimento às urgências e políticas de urgência.

Abstract

The Integrality principle and the SAMU

The State, since 2002, has made an effort to normalize the assistance for urgencies/emergencies with documents and politics. The SAMU (Urgent Mobile Assistance Service) was the first political component to be established. It operates with two types of ambulance, with or without a doctor, and with more or less technological resources. This study aims at analyzing SAMU's integrality practice potential. The work was developed in three steps. The urgency politics was analyzed from documents and acts that form it. Field work comprised interviews with six managers from the three government levels, and evaluation of regulation practices in the three SAMU in Rio de Janeiro State. Methodology employed the Strategic Conduct Analysis (Giddens, 1984) studying knowledge and action related with network structure and dialoguing with the *service situation analysis* and with evaluation based on politics' indicators. The urgency politics had the following marks: federal support; regionalization; professional capacitation; SAMU's function of health observatory system; and management by urgency committees in several levels. Integrality is proposed as a value, through regionalization and communication among services, and in the large sense of urgency. There was no capacitation and labor ties were precarious. We noticed the malfunction of the National Management Committee, and the absence of the State Committee. There is no integrated assistance, as a consequence of insufficient network structure and restrict hospital access. The three SAMU have different structures. We analyzed 206 assistances in the three SAMU. Categorization highlighted: *the successful SAMU*, with integrality practices and health system access; *as network observatory*, which reflects the lack of assistance of the Family Health Program, average complexity, and restrict hospital access; *insufficient resources*, with inadequate use of resources; and *unrecognized demands*, where

cases of unrecognized urgency were refused. The prevalence of clinical urgency stands out. Conclusion: legitimation of the regulating role was present in the work of professionals in the successful SAMU. The politics act as facilitator to network structure. There was insufficient mobilization of structure resources. There were no change in excluding practices in SUS but we hope in small changes in attendances compatibles with ethics and solidarity techniques application of knowledge.

Key words: SAMU, integrality, urgent assistance, urgency politics.

Lista de Siglas

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AMA Unidades de Assistência Médica Ambulatorial

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC Acidente Vascular Cerebral

BK Bacilo de Koch, agente etiológico da tuberculose

CA Câncer

CAP Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CFM Conselho Federal de Medicina

CGR Colegiados de Gestão Regional

CGUE Coordenação Geral de Urgência e Emergência

CIB Comissão Intergestora Bipartite

CIT Comissão Intergestora Tripartite

CNS Conselho Nacional de Saúde

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

CRM Central de Regulação Médica

CTI Centro de Tratamento Intensivo

CUT Central Única dos Trabalhadores

DAE Departamento de Atenção Especializada

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EC Emenda Constitucional

EV Endovenosa

FC Frequência Cardíaca

FR Frequência Respiratória

G Glicemia

HA Hipertensão Arterial

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IAP Instituto de Aposentadoria e Pensões

IM Intra Muscular

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA Instituto Nacional do Câncer

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

INSS Instituto Nacional de Seguro Social

IRC Insuficiência Renal Crônica

MR Médico Regulador

MS Ministério da Saúde

NBR Norma Brasileira

NEP Núcleos de Educação Permanente

NEU Núcleos de Educação em Urgências

NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB Norma Operacional Básica

ONG Organizações Não-Governamentais

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PA Pressão Arterial

PA Pronto-Atendimento

PAM Pronto Atendimento Médico

PDR Planos Diretores de Regionalização

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAU Política Nacional de Atenção às Urgências

PNH Política Nacional de Humanização

PNHAH Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PRF Polícia Rodoviária Federal

PROESF Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PS Pronto-Socorro

PSF Programa Saúde da Família

PT Plantonistas

RBC Resolução da Diretoria Colegiada

RBCE Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

RM Regulação Médica

RO Rádio Operador

RPA Recibo Profissional Autônomo

SAMDU Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SAS Secretaria de Atenção à Saúde

SE Salas de Estabilização

SESDEC Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil

SIA Sistema de Informação Ambulatorial

SIC Segundo Informações Colhidas

SIH Sistema de Informação Hospitalar

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TARM Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

TCE Traumatismo Crânio Encefálico

TIH Transferência Inter Hospitalar

U Unidade

U/E Urgência e Emergência

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidades de Pronto Atendimento

USA Unidade de Suporte Avançada

USB Unidade de Suporte Básica

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

Sumário

1. Introdução	p. 14
2. Objetivos geral e específicos	p. 25
3. Integralidade e Humanização	p. 26
4. O contexto do SUS	p. 42
4.1. O contexto do SUS (sob o ponto de vista mais estrutural)	p. 42
4.2. O contexto do SUS (sob o ponto de vista mais relacional)	p. 47
4.3. O contexto da atenção às urgências e emergências	p. 56
4.4. O caso do Rio de Janeiro	p. 63
5. Metodologia	p. 72
5.1. Posições teóricas e epistemológicas	p. 73
5.2. Etapas de realização do trabalho	p. 91
Estudo da Política Nacional de Atenção às Urgências	p. 91
Entrevistas	p. 93
Observação do trabalho “em ato” nos SAMU	p. 95
6. Resultado	p. 99
6.1 Estudo da Política Nacional de Atenção às Urgências	p. 99
6.1.1. As políticas de saúde e a atenção às urgências	p. 99
6.1.2 A PNAU, suas Portarias e documentos norteadores	p. 115
Os argumentos contidos nas considerações das Portarias	p. 120
Atribuições específicas – A Regulação	p. 130
Atribuições específicas – A Gestão	p. 144
Atribuições específicas – Acompanhamento e Avaliação	p. 149
Atribuições específicas – A Capacitação	p. 150
Expansão e estruturação da rede	p. 153
Os condicionantes dos projetos	p. 158

A PNH e a PNAU	p. 160
O protagonismo dos Ministros da Saúde	p. 162
6.1.3. Concluindo esta etapa do trabalho	p. 164
6.2. Entrevistas	p. 168
6.2.1. O SAMU, características, atribuições e a questão social	p. 168
6.2.2. O médico, seu perfil, atitudes e a decisão clínica	p. 177
6.2.3. A assistência em rede, a gestão e a regulação	p. 188
6.2.4. Concluindo esta etapa do trabalho	p. 203
6.3. O SAMU “em ato”	p. 205
6.3.1. O SAMU aparentemente bem sucedido	p. 213
Atendimentos que resultaram em orientação	p. 217
Atendimentos que resultaram em envio de USB	p. 224
Atendimentos que resultaram em envio de USA	p. 230
6.3.2. O SAMU e sua função de observatório da rede	p. 233
6.3.3. SAMU e a insuficiência de recursos	p. 248
6.3.4. Demandas não reconhecidas e/ou não atendidas	p. 263
6.3.5. Concluindo esta etapa do trabalho	p. 283
7. Considerações finais	p. 288
8. Referências Bibliográficas	p. 302
9.1. Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	p. 330
9.2. Anexo II – Políticas e outras Normas que tratam das U/E	p. 331
9.3. Anexo III – Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências	p. 334-6

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma importante conquista social com princípios firmados constitucionalmente. Pela legitimidade dessa conquista é imprescindível defendê-lo e refletir sobre as críticas que são produzidas e que produzimos. O cumprimento de suas diretrizes e princípios como universalidade, equidade e integralidade exigem uma estrutura (no sentido Donabediano de recursos físicos, prediais, tecnológicos e humanos) que suporte a tendência de aumento do consumo de ações que é demandado pelo sistema de saúde.

O aumento de consumo de serviços de saúde é consequência da definição política do SUS, mas também tem como causas uma modificação do perfil epidemiológico da população, o próprio desenvolvimento acelerado da medicina e um fenômeno que tem sido largamente denominado como “medicalização”. Nos arranjos institucionais, facilmente nos damos conta da influência do poder econômico e cultural no interior da prática da medicina, e na demanda por essa prática. A medicalização seria uma forma de expressão desse poder de influência. Para falar rapidamente dessa prática vou utilizar a abordagem de Camargo Jr. (2003 e 2007).

A partir de Foucault é possível perceber uma outra dimensão: a do poder disciplinar da medicina, como parte integrante do campo de poder na sociedade. Quer pelo mascaramento dos conflitos sociais pela redução a “problemas médicos”, quer pela normalização de corpos dóceis pelas práticas sanitárias, o que veio a ser denominado genericamente “medicalização” (CAMARGO JR., 2003 p. 51).

O autor esclarece que a medicalização não é o resultado da atividade deliberada e consciente de uma categoria profissional, sem referência a nada do que cerca essa atividade, referindo-se às complexas intermediações sociais constituintes do campo médico-sanitário.

Se por um lado é possível apontar de modo inequívoco um projeto político especificamente médico, por outro é uma simplificação grosseira não levar em conta outras forças presentes que,

eventualmente, sobrepujam qualquer estratégia corporativa que a classe médica possa determinar (CAMARGO JR., 2003, p. 51).

O termo medicalização pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”, e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO JR., 2007, p. 68).

Aqui será destacada a medicalização como transformação de problemas sociais em problemas de saúde. Portanto, apesar de poder-se conceber a prática clínica como baseada em um saber científico, objetivo, racional e, conseqüentemente neutro, na verdade a prática é determinada por relações sociais, por valores construídos socialmente e deve ser reflexiva e crítica.

Nos encontros da vida real, existe uma insatisfação com a prática dentro dos serviços do SUS que precisa evoluir de indicações morais de humanização da assistência para uma prática coerente com a conquista social do direito à saúde.

Minha vivência profissional de médica do SUS por mais de 20 anos foi o primeiro “motivo” para um questionamento do que produz essa prática. Os primeiros impeditivos concretos de realização de um SUS mais justo são insuficiências estruturais e o sub-financiamento. Profissionais e gestores têm apontado a dificuldade de prover serviços com a atual disponibilidade financeira, apesar dos reais avanços, que serão discutidos a seguir. Na contramão da falta de estrutura, o paciente sofre influências externas de consumo de tecnologias, como já foi apontado.

A demanda por tecnologias em saúde deriva de necessidades clínicas reais e do próprio desenvolvimento da medicina, que tem possibilitado excelentes resultados em termos de expectativa e qualidade de vida. Entretanto, o consumo e demanda das mesmas pode

ultrapassar o critério clínico e induzir ao uso indiscriminado. Uma das razões para um consumo indevido é a expectativa da população com o benefício advindo da tecnologia. O público acha atrativo o consumo de tecnologias, o que é coerente com a cultura do superinvestimento nas explicações biológicas do sofrimento e torna-se objeto de intervenções que ignoram e não enfrentam que as soluções para os problemas demandados nos serviços de saúde são muito mais complexas. Parece-me que se trata de uma demanda produzida pelo complexo industrial da saúde e que é validado pelos profissionais (prestadores do cuidado) e pelos usuários (demandantes do cuidado). É uma situação artificialmente produzida, que reforça a dependência e assimetria experimentada pelos atores sociais envolvidos e que gera um efeito ilusório de homogeneização de interesses. Ilusório porque o que o par profissional/paciente tem em comum é apenas o “apego” a tecnologias. Os interesses têm que ser compatibilizados na construção de um sistema de saúde estruturalmente adequado à sua missão e sensível às demandas e necessidades da população.

A expressão *desentendimento profundo* foi utilizada por Giglio-Jacquemot no livro “Urgências e emergências em saúde” (2005), onde a autora, uma antropóloga que faz pesquisa de campo em um serviço de emergência em São Paulo, parte da hipótese de que, o descompasso manifesto entre as expectativas dos especialistas legítimos da urgência e dos seus leigos pacientes, traduz a existência, entre eles, de um desentendimento profundo que se origina no encontro de suas percepções diferentes de urgência médica (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). No prefácio, a autora diz:

Os profissionais de saúde são os vilões deste estudo? Não. São formados tendo como referência natural e classificado como padrão de normalidade o secular processo de exclusão (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.12).

Essa “normalidade” da exclusão social facilita o silenciamento do paciente, em uma relação de dominação. Nos serviços de saúde, os profissionais experimentam uma assimetria na

relação com os usuários, que são vistos como os desprovidos de recursos, com um grande sentimento de imobilidade social. O cenário é de uma prática extremamente normativa, que silencia o paciente e que não dá conta de cumprir com os preceitos dos direitos universais à saúde e menos ainda com os de integralidade.

Portanto, a forma insatisfatória de relacionamento entre profissionais e usuários é uma questão emblemática no SUS, que tem no sub-financiamento apenas uma de suas explicações. Merhy é um autor que trata com propriedade da relação entre tecnologias e prática clínica. Segundo o autor, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leveduras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (MERHY, 2007). O conjunto de tecnologias seriam as ferramentas disponíveis para as ações em saúde.

Assim, fica evidente que as análises sobre as transições tecnológicas em saúde e as possibilidades de operar reestruturações produtivas devem, analiticamente, procurar entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupa e seu modo de operar os processos produtivos, bem como os tipos de disputas que os modelos em competição impõem neste território, e a composição das caixas de ferramentas utilizadas pelos seus protagonistas, para dar sentido às suas ações de manutenção ou de superação de um certo processo produtivo hegemônico (MERHY, 2007). O processo hegemônico a que o autor se refere é de um modelo de atenção à saúde descompromissada com o usuário e procedimento centrado.

Nestes muito anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos

trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reforma macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 2006, p.72).

Trata-se de um cenário que exige investimento estrutural e organizacional, mas que tem na figura do profissional um agente central no sentido de modificar o modo de operar o trabalho no interior dos serviços, principalmente a partir das tecnologias leves.

Um desafio posto para a gestão, a gerência e as equipes de trabalho nos serviços no âmbito do SUS é o de (re)criar projetos coletivamente sustentados, em um processo que não pode ser dissociado da (re)criação de novos sujeitos sociais dispostos por defender certas crenças e valores (MATTOS, 1999). Um valor primordial é a solidariedade entre profissionais e pacientes, principalmente diante de perspectivas e necessidades discordantes.

A harmonia entre as necessidades e a disponibilidade de ações de saúde, nos remete ao conceito de integralidade, que trata dessa interação.

A integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Apesar das influências culturais estarem presentes nos ambientes públicos e privados, a lógica contratual de acesso do setor privado tem um caráter restritivo diferente do setor público onde a restrição se dá, principalmente, por insuficiência estrutural ou por práticas arraigadas, como venho discutindo até então. Como não há impedimento contratual para superação dessa “restrição”, o SUS é o lugar das potencialidades e possibilidades de realização da universalidade, equidade e integralidade.

Mattos (2001) “qualifica” o sentido de integralidade ao lembrar que, além de ser uma diretriz do SUS, a integralidade é uma “bandeira de luta” que traduz um conjunto de valores pelos quais vale lutar. A prática da integralidade e os seus “sentidos” (usos) serão melhor discutidas em um capítulo posterior. Porém, como a integralidade é central neste trabalho, vou me referir a um conjunto de usos que sintetizam seu potencial.

Um primeiro sentido está contido no encontro profissional-paciente. A integralidade seria uma assistência que não reduziria o paciente ao sistema biológico “em desordem” ou “doente”, e incluiria ações de prevenção.

A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade (MATTOS, 2001, p. 49).

Este sentido de integralidade apesar de muito eficaz do ponto de vista da racionalidade clínica, deve ser exercido com “enorme prudência” (expressão de Mattos, 2001, p. 49). Trata-se, portanto de ter uma “visão abrangente das necessidades dos sujeitos” (expressão de Mattos, 2001, p. 50). Essa abrangência ultrapassa as ações preventivas e reconhece outras necessidades não pautadas nos critérios biomédicos.

Algumas necessidades simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico que porventura produzam. (MATTOS, 2001, p. 56).

Um segundo sentido da integralidade relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. O princípio de integrar ações assistenciais com ações de saúde pública permanece neste segundo sentido, mas está referido ao modo de organizar o processo de trabalho de um determinado serviço e pretende acolher demandas espontâneas e demandas programáticas. Mais uma vez as necessidades devem ser consideradas de forma abrangente.

A integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada. Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2001, p. 57).

Um terceiro sentido de integralidade trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos (MATTOS, 2001). Esse sentido diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial e enfatiza em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência.

Também nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” das políticas de saúde que configuram a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco (MATTOS, 2001, p. 62).

Teoricamente, as políticas de saúde orientam as práticas, mas fatores sobre os quais os propositores de políticas não (ou pouco) interferem fazem com que as políticas aconteçam ou não. Cabe a ressalva de que as políticas muitas vezes são formuladas de forma verticalizada, em gabinetes e por uns poucos, sem ouvir os profissionais, usuários, sociedade, por vezes sequer os gestores da ponta, que terão que transformá-las em práticas e em resultados/melhorias no cuidado dos indivíduos.

Para além do diagnóstico dos maus resultados do SUS, exhaustivamente apontado pela academia, pelas corporações profissionais e pela imprensa, estratégias de enfrentamento têm sido propostas pelo Estado através de políticas de saúde.

No que diz respeito às políticas, o HumanizaSUS foi um marco para qualificar as práticas, além de outros movimentos de qualificação das mesmas, vide, Cartilha do Usuário, Controle Social no SUS¹, etc.

Em 2002, a pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros² apontou grande descontentamento da população com os serviços de saúde, com especial referência aos serviços de emergência. Esta pesquisa originou uma série de encontros entre gerentes dos três níveis de governo que deram início a investimentos centrados nos hospitais que abarcaram desde ações de recomposição física das unidades até a política de humanização dos hospitais para amenizar o desgaste, fruto de uma grande demanda reprimida nesse nível de atenção. Independente das supostas “causas” para essa demanda excessiva, havia consenso sobre a necessidade de organizar o sistema no intuito de redirecionar os fluxos assistenciais a partir de uma lógica mais racional e hierarquizada de utilização de recursos em saúde.

Na prática, o perfil assistencial do hospital acaba sendo modelado sob ação de duas “forças” principais: de um lado pela demanda e, por outro, pelos saberes – em particular o do médico - existentes na organização. Com certeza tais forças são legítimas e devem ser consideradas. Entretanto, é necessário que elas não sejam as únicas definidoras do perfil do hospital, que deve ser pensado em uma dupla lógica ou função: “porta de entrada” para o sistema de saúde (através da urgência e emergência) e local para determinados atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis (CECÍLIO, 2006).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi mais um passo para contribuir com a disposição de melhorar a qualidade da assistência hospitalar, já que o atendimento às urgências e emergências nesse ambiente é grande fonte de tensão. Esta política é composta

¹ HumanizaSUS - Brasil, Política Nacional de Humanização, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, MS, Brasília, 2003

Cartilha do Usuário - Brasil, Carta dos Direitos dos Usuários em Saúde, MS, 2006

Controle Social no SUS - O SUS pra valer: universal, humanizado de qualidade. Manifesto do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, julho de 2006. Disponível em www.abrasco.org.br.

² Disponível em www.conass.org.br/admin/arquivos/opiniaio_brasilieros1.pdf

por um conjunto de Portarias (que serão apresentadas posteriormente). Como a regulação desse atendimento não se restringe ao hospital, outra providência integrante dessa política foi o ordenamento do atendimento pré-hospitalar através da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), que foi eleito como o serviço principal para iniciar a implantação da política.

Como antecessor do SAMU no Brasil, a partir da década de 50 existiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No final da década de 80 e início da de 90 o Corpo de Bombeiros começa a prestar atendimento pré-hospitalar para as emergências traumáticas. O setor de segurança pública supria uma lacuna do setor saúde (MEIRA, 2007).

O SAMU é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, onde o usuário, através do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento às urgências. É um modelo de assistência móvel baseado no modelo francês, que prioriza o atendimento no local (rua, residência, trabalho), ao contrário do modelo americano que se caracteriza pela rápida transferência do paciente para o hospital. Tem um componente regulador (a Central de Regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias).

Esse novo serviço pretende organizar o acesso aos serviços de emergência hospitalar, ao leito hospitalar e regular o acesso à rede de forma mais ampla. Portanto, o SAMU consiste numa nova porta de entrada no sistema, que acontece a partir das chamadas telefônicas e atendimento por ambulância conforme critérios de gravidade. As indicações de chamados propostas pelo Ministério da Saúde na sua página na internet são: na ocorrência de problemas cardio-respiratórios; em casos de intoxicações exógenas; em casos de queimaduras graves; na ocorrência de maus tratos; em trabalho de parto onde haja risco de morte da mãe e do feto; em casos de tentativa de suicídio; em crises hipertensivas; quando houver acidentes/traumas com

vítimas; em casos de afogamento; em casos de choque elétrico; em acidentes com produtos perigosos; e na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte.

Atualmente, existem 147 SAMU em 1273 municípios, com cobertura de mais de 112 milhões de brasileiros (dados colhidos no site do Ministério da Saúde (MS) em agosto de 2009) e presentes em 26 capitais (com exceção de Boa Vista). O serviço exige grande investimento em financiamento, em organização do trabalho e em qualificação de recursos humanos. O conhecimento exigido para essa atividade sofreu regulação e os novos profissionais contratados devem ser treinados segundo critérios estabelecidos para cada tipo de atividade.

Diante de uma nova política de saúde, como a implantação do SAMU, surge uma nova oportunidade da insuficiência das ações de saúde se expressar através de demandas que novamente deverão ser negociadas. Em relação à organização do trabalho, os critérios de aceitação das chamadas telefônicas (de legitimação das demandas) estão tecnicamente definidos, mas a negociação será privada e dependerá do conhecimento advindo da capacitação, mas também de valores e atitudes do médico (regulador e intervencionista³), da equipe de enfermagem, telefonista, operador de frota, motorista e usuário. Enfim, dependerá de uma relação que será socialmente construída entre diversos atores, com diferentes funções. Caberá ao demandante, saber da disponibilidade do serviço, utilizá-lo da forma pretendida, apreender as regras implícitas na negociação e, enquanto último recurso, talvez forjar queixas que possibilitem o atendimento desejado. Haverá confiança no atendimento e a conseqüente legitimidade do SAMU se o usuário acreditar que existe simetria de interesses e se os profissionais utilizarem bem os critérios técnicos para atender à demanda, mas não se restringirem a esses critérios ao se defrontarem com situações menos típicas.

O SAMU pode ser uma nova oportunidade de expressão do descompasso entre as necessidades de saúde e a disponibilidade de ações de saúde. A indisponibilidade reflete

³ As Portarias usam a nomenclatura “intervencionista” e “regulador” para diferenciar as atuações dos médicos do SAMU, o das ambulâncias e o que faz a regulação.

insuficiência de serviços, práticas pouco comprometidas institucionalizadas em muitos serviços, mas sua gênese é complexa. Por isso, só o atendimento das chamadas com critérios ampliados e não rigorosamente presos aos critérios de urgência pode demonstrar os problemas de acesso e de organização do sistema. Ou seja, os critérios técnicos devem ser utilizados para classificação de risco e planejamento de conduta. Mas o atendimento deve ser ofertado a partir da decisão do usuário de fazer a chamada telefônica. Se for solicitado um atendimento compatível com a atenção ambulatorial, esse atendimento que, a priori pode ser entendido como não resolutivo por não ser urgência, pode passar a ser resolutivo se tiver como resultado uma boa orientação, o reconhecimento do sofrimento que gerou a demanda, e, se possível, a solução do problema. Também será resolutivo, sob o ponto de vista do sistema, se indicar uma insuficiência da rede (seja ela estrutural ou organizacional), e se fizer o diagnóstico do não acesso a esse nível da atenção. Estará sendo integral por valorizar a demanda individual e por facilitar o acesso à rede. Portanto devem existir estratégias de respostas às demandas, mesmo que não incluam o envio de viaturas, ou mesmo se as viaturas atenderem casos pouco “urgentes”.

Quando defendo a utilização não exclusiva de critérios técnicos no atendimento no SAMU, não estou desejando consumo irracional de tecnologias, mas sim acolhimento de demandas complexas que aparecem como “problemas de saúde”, principalmente quando o ambiente social é desfavorável, como é o caso do Brasil.

Resta saber se o SAMU preenche um espaço, cumpre uma política, ou ressignifica uma nova prática. Finalmente, cabe à academia o papel de refletir e criticar de forma ética a prática e o uso do conhecimento nos serviços, de forma que inspire o surgimento de uma nova prática, sem ignorar o quanto a mesma está sujeita e é fruto de pressões e demandas culturais. Portanto, pretendo analisar uma prática advinda de uma nova política, que trata de um problema complexo (a atenção às urgências), com grande impacto nos indicadores de

morbimortalidade, mas que, ao mesmo tempo, é vista como uma oportunidade de diagnóstico da insuficiência da atenção. Por isso, me interessa a integralidade praticada no SAMU, enquanto valor e como forma de organizar os serviços, mas pronta a assimilar necessidades não previstas, aproveitando ao máximo essa nova forma de encontro profissional/usuário, como tão bem têm defendido Mattos e outros autores.

Penso que o usuário é o principal agente de mudança de práticas assistenciais, mas em função da sua fragilidade diante de uma negociação desigual, cabe ao profissional de saúde rever sua prática e assumir uma aliança com os usuários dos serviços, no sentido de garantir seus direitos, assim como cabe aos gestores de todos os níveis possibilitar e induzir atitudes acolhedoras e resolutivas.

Se existe muito a ser modificado em quase tudo que diz respeito ao saber e a prática da medicina, é um exercício ilusório de onipotência do pensamento acreditar-se que, com intervenções tópicas, isoladas, se conseguirá reverter estruturas tão abrangentes e tão profundamente enraizadas na história e tradição de nossa cultura (CAMARGO JR., 2003, p. 59).

A seguir, apresento meus objetivos.

2. Objetivo geral: Analisar o potencial de prática de integralidade contido no SAMU.

Objetivos específicos:

- Analisar as políticas de saúde de atenção às urgências e emergências e sua coerência com o princípio da integralidade.
- Analisar como atores importantes da gestão do SAMU compreendem o potencial da integralidade na assistência.
- Analisar as práticas de atenção às urgências nos serviços do SAMU.

3. Integralidade e Humanização

Começo a parte de revisão teórica deste trabalho com uma discussão conjunta da integralidade e da humanização. A integralidade é um princípio do SUS e a humanização uma proposta política. O que elas têm em comum, que me sugere a realização deste capítulo é o valor da qualificação da assistência. A integralidade perpassa o SAMU enquanto política de integração de sistemas voltados ao atendimento à urgência e a humanização possibilita a reconstrução de uma prática mais coerente com os valores implícitos no SUS constitucional, o que é vital para o atendimento às situações de urgência, onde o vivenciado é premente sob o ponto de vista do demandante e sob o ponto de vista dos determinantes de morbimortalidade.

O SUS é uma política pública que propõe a solidariedade e responsabilização, num país que não redistribui renda e reproduz desigualdades. Em um cenário de empobrecimento das relações de vida, numa sociedade onde há degradação de valores humanos, o SUS tem como desafio estimular e cumprir a humanização da assistência.

O desencontro, o descrédito e a desconfiança dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde exigem uma resposta rápida, sob a pena de deslegitimar o SUS e com ele, o direito à saúde. Essa situação corrói a base de sustentação do SUS, para contentamento dos inimigos da saúde como direito social. É um momento de inflexão no qual todos os defensores do SUS, em especial os envolvidos na sua organização, têm que demonstrar que o direito à saúde é para os homens, e não para a racionalização do Estado (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

Para romper com esse descrédito, as práticas nos serviços têm que melhorar e a humanização deve estar contida em qualquer investimento em melhoria de qualidade dos serviços. A humanização pressupõe capacitação de profissionais, controle social e uma preocupação operativa com a reorganização dos serviços e das práticas.

Em nosso meio, as necessidades pessoais e sociais do paciente são, especialmente nos serviços públicos, fonte de angústia e de confusão para os profissionais, que habitualmente terminam por considerar

esses elementos (tanto o contexto psicossocial do paciente como os sentimentos do profissional) como complicações que atrapalham o raciocínio técnico (o diagnóstico, a terapêutica) (NOGUEIRA-MARTINS, 2006, p. 142).

O aprimoramento da interação profissional-paciente é uma das facetas (somente uma delas!) da humanização da assistência. Para a humanização da assistência, são também importantes: contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços de recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais; melhoria das condições de trabalho; melhoria da imagem do serviço público de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2006).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)⁴ foi criado com os objetivos de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais entre a comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização, beneficiando tanto os usuários como os profissionais da saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado.

O Ministério da Saúde, em agosto de 2003, faz importantes modificações no que diz respeito à humanização, instituindo a Política Nacional de Humanização (PNH)⁵. O foco anterior de investimento de humanização foi o ambiente hospitalar, mas os gestores compreendem que a

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS, 2001.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS, 2003.

política deveria avançar para a rede como um todo, apesar de ainda conter forte caráter setorial.

Existe um conjunto de variáveis que tornam a prática de cada instituição uma realidade única: as condições sócio-econômicas da população atendida, as tensões existentes entre as demandas da comunidade e a oferta de serviços, a infra-estrutura disponível, a formação dos profissionais, a interferência de agentes políticos locais, a posição que cada instituição ocupa na rede de assistência de sua região, etc. (RIBEIRO, 2006 b).

Os baixos salários, as más condições de trabalho, a falta de instrumental adequado, a ausência de um plano de carreira, o excesso de demanda, a inadequada formação profissional, a concorrência não construtiva, a exigência de eficiência não sustentada, o autoritarismo, a verticalidade radical, a liderança indiferente ou ausente, a falta de comunicação ou as distorções da mesma, são as causas principais de deflagração de conflitos (BAREMBLITT, 2006).

Em muitos locais, a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja material, torna desumanizante a prática, que resulta em assistência de má qualidade e baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que os profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária (BETTS, 2006). Esse cenário institucional é perverso para os profissionais, e não há como avançar sem um investimento na humanização dos serviços até porque a perversidade é sempre maior para o paciente.

A humanização tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Assim, com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas. Constatam-se algumas direções fundamentais dessa preocupação com a humanização e satisfação do usuário: a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; o

processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; a valorização de direitos sociais; e, sobretudo, nas considerações sobre a prática médica, a crítica à tecnologia (referindo-se às tecnologias duras) (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

O compromisso com a pessoa que sofre pode ter basicamente três tipos de motivação. Pode resultar do sentimento de compaixão piedosa por quem sofre, ou da idéia de que assim contribuimos para o bem comum e para o bem-estar em geral. Pode resultar também da paixão pela investigação científica, que se funda sobre o ideal de uma pura “objetividade”, com a exclusão de tudo quanto lembre a subjetividade. Um terceiro tipo de motivação de compromisso pode resultar da solidariedade genuína (BETTS, 2006). O aspecto desumanizante da compaixão piedosa está no fato de que ela faz das diferenças o fundamento para relações dissimétricas que ela institui entre o benfeitor e o assistido. Essa lógica instaura um exercício de poder de coerção e submissão sob um discurso de humanismo desapaixonado e desinteressado, gerando, além da obediência e da dependência, uma sensação de dívida e gratidão eternas pela caridade recebida. A compaixão permanece alheia ao diálogo e exclui a argumentação. O utilitarismo acredita que o bem-estar de um sujeito pode ser medido e comparado com o do outro e suas ações se fundamentam pelos critérios de bem-estar geral. As éticas compassiva e utilitarista são desumanizantes porque colocam os princípios acima dos sujeitos, banindo o diálogo e a argumentação. A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá na medida em que ficamos reduzidos a objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe fria e objetiva (BETTS, 2006). É através do diálogo e da comunicação que a humanização torna-se possível. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressas sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento (BETTS, 2006). Trata-se de um esforço no sentido de fazer valer a dimensão ética do agir de cada um dos

envolvidos neste processo, estabelecendo relações que extraem sua força do reconhecimento de objetivos comuns e do exercício de um trabalho solidário. Por esta razão, as ações de humanização não podem se constituir de forma isolada. Sua essência é a experiência intersubjetiva, o processo de troca, o compartilhamento (RIBEIRO, 2006 a).

A solidariedade abre uma perspectiva de humanização. Nesse sentido, humanizar a assistência implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense as ações de saúde a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (BETTS, 2006). A crítica feita às políticas, que se comprometem enquanto normatização, mas não garantem o diálogo entre as normas e a realidade são semelhantes à crítica realizada às éticas compassiva e utilitarista, onde os princípios são prioritários em relação aos sujeitos.

Portanto, para a efetiva humanização nos serviços de saúde, o princípio da solidariedade deve nortear todas as relações, especialmente porque a população que vivencia as relações “desumanizadas” nem sempre estabelece com os serviços e com os profissionais, uma relação baseada no seu direito constitucional, muitas vezes ela vivencia uma experiência de dádiva ao receber o serviço.

Deslandes (2007) analisou a negação do cuidado que denomina *cenários de banalização do sofrimento*.

Não se trata de demonstração pedagógica de um quadro moralmente inaceitável, mas de busca de aprofundar o conhecimento de lógicas poderosas, cotidianas e naturalizadas. (DESLANDES, 2007, p. 385)

A autora analisa o que leva alguém vinculado à produção de cuidados em saúde a banalizar o sofrimento do outro: o sofrimento do outro é lido como menor, suportável, menos grave; o outro é destituído de atributos considerados merecedores de atenção, o outro é banalizado em tudo que lhe diz respeito, inclusive seu sofrimento; o sofrimento do outro raramente mobiliza vínculos empáticos porque o sofrimento do cuidador também foi banalizado; o sofrimento do

outro se torna meramente um contexto usual, naturalizado no modelo cultural de cuidados médicos profissionais (regido pela racionalidade biomédica tradicional). Ou seja, o profissional nega o outro, por atribuição de menor *status* social ou moral, desmerecendo seu sofrimento.

A autora conceitua cuidado humanizado como o conjunto ampliado e sinérgico entre atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos numa dada relação terapêutica. *Atitude* de respeito à diferença; ética a fim de prover melhor beneficência, respeitando a potencial autonomia do sujeito; de empatia ao sofrimento vivido; e de acolhimento a quem sofre. *Conhecimentos* de diversas ordens (biomédicos, humanísticos e de gestão) direcionados da maneira mais eficaz possível à produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E, finalmente, um conjunto de *procedimentos* que operacionalizam estes conhecimentos voltados ao mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e distintas segundo as necessidades de cada paciente (DESLANDES, 2007).

O processo de humanização dos cuidados em saúde exige mudanças na formação dos profissionais, com a incorporação das humanidades na sua formação, permitindo ampliação da visão, da sensibilidade e da compreensão do objeto de seu trabalho. Apesar dessa importante ampliação e aprofundamento no processo de formação dos cuidadores em saúde, uma intervenção limitada à educação não é suficiente. Qualquer projeto de humanização da assistência e em prol da melhor relação médico-paciente tem que estar vinculado a mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, assim como nas estruturas físicas, para articular avanços tecnológicos e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos comunicacionais (CAPRARA e FRANCO, 2006).

A existência de padrões nas relações revela que estas não ocorrem no vazio, mas são influenciadas pelos grupos de origem dos seus membros, como também pelo contexto onde ocorrem. Isso indica

serem as relações eminentemente sociais, compondo, portanto, sistemas de interação (CAPRARA e FRANCO, 2006, p. 88).

Os autores Traverso-Yépez e Morais (2004) referem que existe uma aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por estar dirigido à população carente, que termina por reconhecer o serviço recebido como um favor e não como direito. Reconhecem a abrangência da questão da humanização da atenção, que estaria relacionada à concepção e aos valores que cada profissional tem a respeito de seu papel de agente comprometido com as mudanças necessárias nesse campo.

Só se desenvolvem relações éticas quando se vê o “outro” como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças (TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS, 2004, p. 81).

Machado *et al* (2005) defendem a tese de que os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica e lembram que,

A oferta desses serviços (de saúde) cristalizou-se de forma extremamente desigual entre a população, contribuindo para que esta associasse a concepção de direito à saúde como um privilégio e não como direito de cidadania (MACHADO *et al*, 2005, p.47).

Os problemas relacionados com a dificuldade de transpor o direito jurídico para realizar-se em condições reais, devem-se à cultura política vivida pelo Brasil, patrimonialista e autoritária (MACHADO *et al*, 2005).

Por estar habituado a conviver com um Estado surdo às demandas, sua percepção coletiva (do cidadão brasileiro) sobre as possibilidades atuais de ação se reduz e mantém perversamente a noção de direitos como doação do Estado (MACHADO *et al*, 2005, p 49).

Finalmente os autores propõem que, para garantir direito no Estado moderno, as instituições sejam permeáveis aos valores democráticos.

Assim, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida como valorização e priorização da responsabilidade da

pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar as dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de “oferta organizada” de serviços. (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

Isto nos leva a compreender o princípio da integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes âmbitos de atenção do sistema, ou seja, ampliando sua definição legal⁶ (MACHADO *et al*, 2005, p.60).

A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

A oferta dos serviços e a integralidade da organização do atendimento no uso dos serviços utilizam a referência e contra-referência como instrumentos de acesso aos diversos níveis de atenção. O sistema reconhece os direitos de acesso à atenção integral do paciente, mas tem uma estruturação operacional que é perversa junto a determinados tipos de demandas.

A integralidade enquanto resposta governamental aos problemas de saúde esbarra na rede de serviços que não é suficiente no que diz respeito às especialidades. Esbarra na organização

⁶ A definição legal e institucional da integralidade é a da garantia de oferta de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme as necessidades de cada caso, nos vários âmbitos de complexidade do sistema.

dos serviços já que, por melhor que seja o atendimento oferecido em um serviço, ele não pode dar conta de uma completa integralidade porque a integralidade depende da rede (integralidade ampliada) (CECILIO, 2001). Portanto, a integralidade deve ser garantida também num plano sistêmico, o das ações na rede de serviços (PINHEIRO, 2001).

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). A integração consiste em coordenar as organizações autônomas para a realização de um projeto coletivo comum. Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações) (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004). A instituição da rede exige estrutura organizacional, mas também exige modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais.

A integralidade é entendida como um processo de construção social, que tem na idéia de inovação institucional grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar novos padrões de “institucionalidades” (PINHEIRO e MATTOS, 2006, p. 19).

A avaliação da integralidade não pode ser entendida apenas como medidas de acesso porque não interessa acesso restrito a cuidados parcelares e descontínuos (CONILL, 2004).

Existe outra dimensão da integralidade que traduz uma habilidade do profissional de saúde, mais sensível às necessidades individuais de cada paciente e capaz de produzir um projeto terapêutico individualizado (MATTOS, 2004), construído através de um diálogo produtivo entre o profissional e o paciente. Diálogo presente em uma prática que tem pouco espaço na

assistência prestada nos diferentes serviços e que é coerente com a humanização da assistência. A atenção básica é o local mais provável para esse encontro, é o espaço da prática dessa dimensão da integralidade, mas essa “competência” não pode ser exclusiva de um nível de atenção.

Quando é feita referência ao acesso universal e igualitário citado na Constituição, trata-se do acesso ao serviço que a população necessita (diagnóstico feito por profissionais e instituições) e não ao serviço que ela identifica como necessário. Essa crítica tem sido imputada a algumas demandas espontâneas feitas pela população. Demandas de carências ou necessidades nem sempre traduzíveis em necessidades clínicas. Essa demanda espontânea mais identificada com as necessidades do indivíduo é melhor absorvida na atenção básica, mas muitas vezes os pacientes elegem a emergência hospitalar como lugar de atendimento. Apesar de ser entendida como lugar legítimo, estaria a atenção básica preparada para atender essas demandas?

Desde a segunda década do século passado, os centros de saúde assumiam ações de saúde pública. Esses centros atendiam a demandas (programas) verticais e isoladas, do governo federal, como o programa da tuberculose, por exemplo. A assistência praticada nesses centros assumiu uma nova forma de organizar seu trabalho, a partir do direcionamento dado pela epidemiologia, já na metade do século. A demanda assistencial espontânea, surgida pelas necessidades individuais, não era prioridade nos ambientes de trabalho dos antigos centros de saúde onde o atendimento era ditado por indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade, cujo objetivo era prevenir e diagnosticar precocemente doenças. Tratava-se de um espaço de atenção da demanda programada a partir dos programas. A atenção básica que já incorporava ações de prevenção de doenças incorpora, a partir da década de 90, ações de promoção de saúde, assumindo-se como local privilegiado para essas práticas. Atualmente, as unidades básicas de saúde, através do Programa Saúde da Família (PSF), assumem uma

prática que pretende dar conta da demanda espontânea e organizada. A demanda espontânea é atendida como uma demanda inevitável que exige um esforço de organização do trabalho e que interfere com o trabalho tido como principal (a prevenção e a promoção). Entretanto normas legais transferem formalmente, para a atenção básica, a responsabilidade de atender à pequena urgência (Portaria nº 2048 de 2002 que será objeto de análise), prática ainda não disseminada nesses serviços, configurando outro conflito entre norma e prática.

Os serviços de emergência também programam seu atendimento no sentido de atender urgências e emergências médicas. Recebem uma demanda espontânea de atendimento não emergencial acreditando que estão atendendo uma demanda que não é sua, do serviço de emergência, e sim da atenção básica.

Cria-se um ambiente desfavorável e eventualmente até hostil para o atendimento demandado pelos indivíduos nos dois lugares de atenção. Na emergência por esse tipo de atendimento ser “inadequado” e, na atenção básica, por ser menos valorizado. Trata-se do acesso que a demanda espontânea alcança a partir da organização de dois tipos de serviços de saúde, o de atenção básica e o de emergência.

Diante da possibilidade do SAMU ser acionado para esse tipo de demanda, sua resposta e atitude sustentarão uma credibilidade ou insatisfação com esse serviço que tem importante papel no ordenamento da demanda. Atender à demanda é um imperativo do direito: cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário (MATTOS, 2003). O SAMU terá papel de conciliar essa demanda e de garantir o acesso qualificado ao serviço disponível mais adequado a cada situação. Terá que cumprir a “integralidade” do acesso à rede nos diversos níveis e a “integralidade” do acolhimento das demandas produzidas por necessidades subjetivas.

A rede, incluindo a atenção básica, emergência e SAMU, citados acima, cria normas no sentido de organização do acesso. O que é importante para caracterizar o caráter normativo não é o recurso ao uso das normas, mas o fato de que as normas não derivam da compreensão das razões pelas quais um grande conjunto de pessoas teima em buscar o atendimento na unidade de urgência. Esse modelo ideal traduz muito mais uma racionalidade médica, que busca ordenar em seu próprio modo os fluxos, do que as necessidades das pessoas. Em outros termos, há modos de pensar a rede regionalizada que podem contradizer a idéia de integralidade (MATTOS, 2007a).

Se olharmos com atenção, esse modo de tentar operacionalizar o modelo ideal, embora possa ser visto como uma prática educativa, é apenas o exercício do poder de vedar o acesso aos serviços de saúde demandados. Ou seja, esse modo de proceder, além de obstruir o acesso (negando de fato o direito), corrói a legitimidade do SUS (MATTOS, 2007a, p. 373).

A definição da porta de entrada é um bom exemplo do modelo ideal de fluxo.

Portas de entrada são construídas socialmente, e em processos de grande complexidade. Elas refletem as histórias e os dramas de busca do acesso em condições concretas. Assim entendida, a tarefa da gestão do cuidado não seria a de criar normas para ordenar os fluxos de certos pacientes, mas sim contribuir para que os profissionais, vendo-se como portas de entrada, sejam capazes de propor um fluxo que responda às necessidades da pessoa (MATTOS, 2007a, p. 381).

O autor propõe um modo de organizar a rede de serviços de saúde orientada pelo direito ao acesso e pela integralidade: primeiro, os modelos de organização da rede devem levar em conta os territórios da vida social; segundo, deve-se abandonar a idéia de porta de entrada única; terceiro, a proposta da rede regionalizada e hierarquizada só é boa na medida em que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas; e quarto, os profissionais devem estar disponíveis para serem portas de entrada (MATTOS, 2007a).

A inflexível definição de porta de entrada do sistema de saúde pela atenção básica com referência territorial, ao invés de promover inclusão, dificulta o acesso aos outros serviços de saúde. Essa perda de liberdade em relação à busca por assistência contraria princípios democráticos e destitui o usuário de sua identidade de cidadão e de seu papel ativo como agente intencional na defesa de seus interesses e na livre decisão do melhor modo de satisfazer suas necessidades. Não se trata de desconsiderar a relevância da base territorial como referência para o estabelecimento de vínculos profissional-população. O que se defende é que, em relação à demanda espontânea, o sistema deve estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível for, seja em que serviço for (OLIVEIRA, 2004).

Muito tem que ser feito para viabilizar um sistema de saúde integrado e a prática da integralidade, porém esse investimento não pode depender só de recursos financeiros e projetos governamentais. Precisa-se de um novo processo de trabalho e do empenho particular de cada serviço (e porque não dizer de cada profissional), em reconhecer suas possibilidades de intervenção e de investir numa “imagem objetivo”, situação desejada que pode ser tornada real num horizonte temporal definido (diferente da utopia) (MATTOS, 2001).

O trabalho é um espaço de negociação sempre em via de construção, a cada momento em que a atividade se defronta com as exigências e as possibilidades de se atualizar. Há normas criadas pelos trabalhadores ao longo da história que incluem todo um conjunto de saberes e codificações acerca de algo. No exercício do trabalho, “o vazio” deixado por elas convoca cada um a um novo fazer, a um novo exercício, a uma renormalização. É nesse entremeio que as atividades ultrapassam as meras tarefas. As ações não são da ordem da mera execução e também não são da ordem da simples escolha individual. As escolhas operam sentidos coletivos dos valores (LOUZADA *et al*, 2007).

Apostar nas práticas em saúde nessa direção ético-política é, também, apostar na potência inventiva dos coletivos de trabalho que, em suas negociações e renormalizações cotidianas, são capazes de engendrar

formas de trabalho mais potentes, saudáveis e efetivamente coletivas (LOUZADA *et al*, 2007, p. 51).

Reconhecendo que as práticas de cuidado não são de fato tão pautadas no conhecimento científico, Mattos (2007b) propõe uma ética profissional alternativa baseada no imperativo moral de defesa da vida, onde haja exame constante de crenças e práticas.

Exame que se faz não apenas através do exercício da autocrítica, mas também (e, sobretudo) pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, pela ampliação do “nós”, deslocando-se de categorias profissionais em direção a um “nós” chamado equipe e para um “nós” que inclua os não profissionais (MATTOS, 2007b, p.140).

Para a prática da integralidade no atendimento demandado ao SAMU, a rede precisa disponibilizar os recursos necessários para a continuidade do atendimento e os profissionais do SAMU precisam ser solidários com os diversos tipos de demanda. Além da lógica disponibilidade dos serviços e da rede, os profissionais precisam reconhecer e acolher as necessidades desses pacientes. A dinâmica do dia a dia para ser efetivamente cumprida com qualidade exige esforço gerencial local, uma disposição do profissional de saúde e, principalmente, uma conscientização da população sobre os seus direitos.

É preciso enfrentar que a integralidade da atenção está fragilizada pelo padrão de assistência que é oferecido dentro da atual rede de serviços do SUS. Existe uma desvalorização velada das necessidades da população atendida e uma perversidade social que acaba por não solucionar problemas como carência de recursos humanos, ausência de diálogo com os trabalhadores, péssimas condições de trabalho e relação profissional/usuário no limite do aceitável.

O princípio da integralidade implica superar reducionismos (MATTOS, 2001, p. 62).

A não assistência do que é considerado essencial para a saúde da população, a desigualdade social entre quem recebe e quem presta e gerencia os serviços de saúde, a dificuldade no dia a

dia de exercer o controle social, e mesmo da participação popular no monitoramento das instituições comprometidas com a saúde, são questões complexas e de difícil enfrentamento. É preciso construir alianças entre os usuários e profissionais de saúde para o enfrentamento dos determinantes sociais de doença, das desvantagens sociais enfrentadas pela população e sua dificuldade de mobilidade social. É a partir dessa aliança que os problemas da assistência prestada pelos serviços de emergência devem ser vistos com o propósito de aumentar a regulação e direcionar os pacientes depois do acesso a qualquer porta de entrada do SUS. Trata-se do desafio da gestão assistencial com grande integração da rede.

Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade (MATTOS, 2001, p. 50).

As necessidades das pessoas (profissionais e usuários) devem ser o alvo das intervenções em prol de uma prática mais qualificada.

Portanto, a integralidade, a humanização, a organização da rede e gestão dos serviços necessitam de diálogo entre todos os atores, para garantir as normas e, se possível, suplantá-las.

O investimento em favor das pessoas que trabalham cotidianamente nos serviços de saúde, nas mais diferentes funções, poderia se dar no sentido de torná-las conscientes de que, em cada um de seus inúmeros encontros com os usuários do sistema, têm a oportunidade de serem agentes transformadores das suas relações de poder em relações de humanização e exercício de cidadania. Nesse sentido, o investimento em educação permanente em saúde voltado para os diversos trabalhadores do sistema, com ênfase na humanização da relação trabalhador-usuário é um passo acertado. É evidente que esse processo de conscientização não se faz de uma noite para o dia, até porque

implica de algum modo, em perda de poder por parte do próprio trabalhador (OLIVEIRA, 2004, p. 200).

Porém, o principal agente na “luta” pela humanização é o usuário que necessita de educação em saúde para formar consciência sanitária e de cidadania (OLIVEIRA, 2004).

... levando-os a um processo de conscientização de sua inaceitável condição de “quase-coisa” em que estão, descaracterizados como cidadãos em um sistema de saúde excludente, para assumirem como sujeitos e cidadãos a “luta” por sua libertação (OLIVEIRA, 2004, p. 201).

O reconhecimento do sofrimento do paciente também representa o seu reconhecimento social.

... E ao buscar sua libertação dessa condição desumana que lhe é imposta, o usuário estará também libertando aquele com quem se relaciona na interface dos serviços de saúde – o trabalhador do sistema – de sua condição desumanizante de exercício de poder. Há que se buscar a conversão da relação trabalhador-usuário em uma relação humana e humanizadora. Em uma relação dialógica que ocorra entre sujeitos que humanizam-se e que se reconheçam mutuamente no compromisso de humanização da estrutura social. Somente a partir daí, os usuários começarão a ser mais cidadãos e menos peregrinos. (OLIVEIRA, 2004, p. 201).

4. Contexto SUS

Ainda que o SUS seja universal, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado pode gerar a expectativa de que a política seja dirigida preferencialmente para as parcelas da população não cobertas pelo sistema privado (RIBEIRO, 2006 b).

Analisando o SUS a partir de sua diretriz de inclusão social, constata-se que existe um descompasso entre a conquista de direitos pela população e as reais e insuficientes condições para garanti-los. Uma das insuficiências é estrutural e organizacional e a outra é relacional.

4. 1. Contexto SUS (sob o ponto de vista mais estrutural).

Dados recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram a existência de dois modelos assistenciais no âmbito do SUS: um que prioriza a atenção básica, predominante no Nordeste e Norte, e outro voltado para a alta complexidade, historicamente desenvolvido na região Sudeste (PORTO *et al*, 2006).

Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%). Conseqüentemente, existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada (ALMEIDA e TRAVASSOS, 2000). As autoras estão indicando que as portas de entrada do SUS e da atenção privada são diferenciadas, e que no SUS o acesso às especialidades é dificultado por escassez de serviços já que há preponderância da atenção básica e da emergência, gerando o menor acesso à atenção adequada.

No Brasil, a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 44% (UGÁ e SANTOS, 2006)⁷. É ainda baixa, tendo em vista os princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde que norteiam o SUS.

O SUS é o agente financiador da maioria dos atendimentos e das internações realizadas no país, participando respectivamente em 61% e 70% dos mesmos, o que corresponde a uma significativa expansão de sua participação entre 1998 e 2003 (dados PNAD), aumentando em 9,3% e 4,1%, respectivamente, para atendimentos e internações (PORTO *et al.*, 2006). Observou-se que o SUS financia preponderantemente populações de baixa renda: a participação do SUS no número de atendimentos e de internações em 2003 é predominante até o oitavo decil de renda da população. Ainda, como esperado, a participação do SUS é tanto maior quanto menor o nível de renda da população usuária (PORTO *et al.*, 2006)⁸.

Outro dado importante é que houve um maior crescimento no financiamento pelo SUS de internações para exames e cirurgias. Chama a atenção a maior participação das internações para cirurgia nos três decis de renda mais ricos; isto também se observa no que se refere às internações para exames, cuja participação no decil mais rico é aproximadamente o dobro da observada no decil mais pobre (PORTO *et al.*, 2006). Portanto, aumenta a oferta de um tipo de serviço cronicamente deficitário para os usuários do SUS, mas quem mais utiliza esses serviços não é a classe social que mais necessita do mesmo.

Os problemas de acesso não se esgotam nas características socioeconômicas dos indivíduos, refletindo também problemas de oferta, como discutido até o momento, e de organização dos serviços de saúde, que podem atuar como barreiras ao acesso (RIBEIRO, 2006 b). Em contrapartida, há maior oferta de atendimento de alta complexidade ou alto custo pelo sistema público. Esses aspectos põem em relevo a complexidade organizativa do sistema de saúde no

⁷ Metodologia: a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares POF/IBGE 2002-2003 foi inferida a distribuição de ônus de pagamento dos tributos diretos e indiretos que financiaram o SUS.

⁸ A pergunta utilizada para definir se o SUS foi o agente financiador foi “este atendimento de saúde foi feito pelo SUS?”.

Brasil, na qual o sistema público deve garantir a extensão de cobertura de serviços básicos e especializados para a população mais pobre, mas também a cobertura em procedimentos de alta complexidade para a maioria das camadas socioeconômicas (RIBEIRO, 2006 b). Nesse contexto, cresce a demanda por atendimento nos serviços hospitalares de emergência. A utilização mais freqüente de hospitais e pronto-socorros pode indicar a maior oferta desses serviços, especialmente pronto-socorro, pelo sistema público e a concomitante escassez de leitos de internação eletiva e de redes de diagnóstico laboratorial e de imagem. Este comportamento pode apontar, ainda, que boa parte da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento nos pronto-socorros dos hospitais, ao invés de buscar esse tipo de atendimento na rede básica de saúde. Esses dados sugerem que os pronto-socorros ainda são importante porta de entrada para assistência médica.

O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade em saúde (HULKA e WHEAT, 1985). A literatura vem referindo que as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada. Essa constatação precisa ser incorporada por gestores e profissionais para superar a expectativa de que a resolução estrutural da rede de serviços de saúde é condição suficiente para corrigir o inadequado padrão (segundo critérios técnicos hegemônicos) de utilização dos mesmos.

Também é necessário reconhecer que, embora o SUS não tenha ainda logrado cumprir inteiramente seus objetivos expressos em seus princípios norteadores - universalidade, integralidade e equidade -, é inegável que ele aumentou a sua participação no financiamento dos serviços realizados no país e que, assim, se verificou um considerável aumento de participação do Estado no âmbito da saúde, principalmente em favor das populações de mais baixa renda (PORTO *et al.*, 2006). Verificou-se também uma expansão do SUS nos seus principais “gargalos” históricos, tais como exames complementares (PORTO *et al.*, 2006).

Em relação à dificuldade de acesso, os dados do PNAD 2003 mostram que 4% dos indivíduos que procuraram serviços de saúde não foram atendidos. A falta de vagas ou de médicos foram as principais causas do não atendimento, revelando a importância das barreiras existentes na organização e oferta de serviços de saúde (RIBEIRO, 2006 b). Portanto, a universalidade do acesso não se concretizou plenamente e alguns indivíduos não conseguem ter acesso aos serviços de saúde (RIBEIRO, 2006 b). Segundo o PNAD 2003, ter um serviço de saúde do qual faz uso regular foi favorável à internação (CASTRO, 2006). Quanto à desigualdade social no uso de internações, houve aumento dessa desigualdade.

Essa pesquisa reflete a complexidade do SUS, seus avanços, sua iniquidade, sua capacidade de oferta de serviços. Soares (2007) afirma que os desafios atuais do sistema de saúde brasileiro estão centrados na capacidade política e econômica dos atores sociais envolvidos na consolidação e implementação do SUS, em administrar as crises internas e externas, garantindo a sustentabilidade econômico-financeira do sistema, a cobertura da atenção à saúde da população com qualidade, eficiência e eficácia; e da percepção desses atores de que os resultados da reforma implementada no sistema de saúde brasileiro devem ser medidos a longo prazo (SOARES, 2007).

Santos *et al* (2008) referem que são da rede privada 68% dos leitos do país. Há uma concentração ainda maior em relação às unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, 92%. A oferta de leitos SUS seria de 1,81 leitos/1000 habitantes (superestimada porque hospitais privados conveniados também atendem planos de saúde) e a oferta para clientes de planos e seguros privados de saúde seria de 2,90 leitos/1000 habitantes (subestimada). Mesmo se fosse considerada como população coberta pela SUS, exclusivamente a não coberta por planos de saúde, a oferta de leitos SUS seria 2,24 leitos/1000 habitantes, ainda bem inferior à estimada para a esfera privada (SANTOS *et al*, 2008).

No que diz respeito à oferta de equipamentos de média e alta complexidade e alto custo, a disponibilidade é significativamente maior para clientes privados (excetuando a hemodiálise). Para exemplificar, o uso de equipamentos necessários para a continuidade do atendimento às urgências/emergências como a ultrassonografia opera com o número de 3,891 por 100000 habitantes no SUS e 20,170 no setor privado. A tomografia computadorizada com 0,595 no SUS e 2,466 no privado e a ressonância magnética com 0,131 no SUS e 0,879 no setor privado (SANTOS *et al*, 2008).

Também se evidenciou que a população que tem plano de saúde usa mais serviços de saúde do que a população brasileira como um todo. Em 2002, o percentual de pessoas com plano de saúde que internaram foi de 8,3%, muito superior à internação pelo SUS, 4,7%. Além disso, 15,4% da população possuidora de plano de saúde foram internadas pelo SUS. No que diz respeito ao pronto atendimento, 11,0% do total das pessoas atendidas no SUS eram possuidoras de planos de saúde privados (SANTOS *et al*, 2008).

Portanto, o cenário de atendimento no SUS é de demanda reprimida, que aparece principalmente nos serviços de emergência hospitalar e de atenção básica, sem desconsiderar (e apesar de) os avanços acima descritos. O SAMU suprirá uma ausência estrutural dentro do sistema e deve preparar-se para receber o mesmo perfil de demanda dos hospitais de emergência: poucas chamadas de reais emergências, algumas urgências e muitos diagnósticos de patologias ambulatoriais que não encontram espaço neste nível de atenção, que não conseguem dar seqüência investigativa ao seu caso ou que simplesmente não fazem uso regular de nenhum tipo de serviço. Portanto, o desafio dos SAMU consiste em combater um clientelismo secular, romper barreiras de acesso, utilizar a rede disponível da melhor forma possível e, principalmente, atender à demanda com muita solidariedade, sem descumprir sua missão de atender às urgências pré-hospitalares.

4. 3. 2. Contexto SUS (sob o ponto de vista mais relacional).

Não há dúvida de que as insuficiências estruturais despotencializam a medicina “integral” em quaisquer de seus sentidos.

Um dos pontos de partida dessa discussão é, portanto, o pressuposto de que há algo de errado com a biomedicina. Custos crescentes, dessubjetivação de pacientes e médicos, mercantilização...a lista de problemas é extensa, assim como as soluções propostas. É evidente que mudanças em arranjos institucionais – maiores investimentos, estruturação mais racional do sistema, melhorias de gestão – podem trazer melhorias à situação atual (CAMARGO JR., 2003, p. 16).

Independente do investimento estrutural e organizacional, as relações estabelecidas dentro das instituições têm que ser revistas.

O caos dos serviços públicos é apenas parte do problema; o fato de as relações pessoais não serem valorizadas como recurso terapêutico certamente tem peso importante nessa situação (CAMARGO JR., 2003, p. 140).

Foi defendido anteriormente que a solidariedade atribui sentido à questão relacional nos serviços do SUS. E os profissionais de saúde? Como têm se posicionado em relação às dificuldades da prática? Vou me apoiar em Campos (2006 a) para iniciar essa discussão. O autor diz que a alienação, o descompromisso, o silêncio da impunidade, da burocratização e da desumanização estão presentes nos serviços públicos de saúde em geral. Trata da “objetivação” do paciente que produz impotência do mesmo diante do poder excessivo do médico. Essa atitude se contrapõe ao princípio ético de defesa da vida produzindo um trabalho em saúde que não produz qualidade de vida.

A burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade dos serviços de saúde produzirem qualidade de vida (CAMPOS, 2006 a, p. 230).

O autor, de forma não intencional (creio eu), concorda com o princípio da ação do agente humano e com a dualidade da estrutura (teoria da estruturação de Giddens, 1984, que será apresentada na metodologia) ao afirmar:

Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo (CAMPOS, 2006 a, p. 242).

O autor observa que, nas instituições, existem padrões de imagem por meio dos quais as equipes representam a clientela.

Concluindo, poderíamos dizer que as formas de representar o outro obedecem a padrões decorrentes ou da história singular de cada um desses sujeitos ou de pressões e de constrangimentos das instituições ou da sociedade em sentido mais geral (CAMPOS, 2006 a, p.245).

As relações nas instituições de saúde dependem das diversas representações que os pacientes e médicos fazem um do outro, da saúde e doença e das diferentes instituições de saúde.

Da mesma forma que seus pacientes, um médico vê o mundo através do filtro de suas representações; só que o imaginário médico está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica (CAMARGO JR., 2003, p. 90).

Como forma de explicar o descompromisso com o indivíduo, Campos (2006 a) afirma:

A medicina teria compromisso com a saúde geral, com a humanidade em geral, mas não necessariamente com nenhum paciente ou com nenhuma parcela real da população de uma região (CAMPOS, 2006 a, p. 243).

Para o enfrentamento da situação, propõe a democratização da gestão com responsabilização e participação da equipe.

Na realidade, a democratização de serviços de saúde pressupõe uma certa concentração de poder político suficiente para abrir canais de participação ou, pelo menos, para garantir espaços abertos, de baixo para cima, pelas bases (CAMPOS, 2006 a, p. 260).

Costa-e-Silva *et al* (2007) também se referem à fragmentação dos serviços e das práticas. Segundo os autores, conceber e implantar formas de abordagem integral da saúde em um sistema hegemônico especializado, fragmentado e centrado no hospital é um movimento complexo que passa pela valorização da prática clínica e pelo desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais. É imprescindível estabelecer, entre os atores internos, o consenso sobre o seu papel e o comprometimento político com a implementação de estratégias de ação consistentes e abrangentes que substituam a lógica hierárquica por uma norma dialogicamente negociada.

Em síntese, a ausência de instrumentos gerenciais eficazes de regulação e ordenamento da oferta que busquem viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e micro-organizacionais, a desmotivação e o descompromisso dos trabalhadores em saúde com os resultados organizacionais, fruto, em parte, de uma gestão centrada nos meios e não nos resultados, contribuem de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa efetividade do sistema de saúde brasileiro (COSTA-E-SILVA *et al*, 2007).

Esses autores (CAMPOS, 2006a e COSTA-E-SILVA *et al*, 2007) valorizam a gestão local como instrumento de enfrentamento do problema, sem uma visão reducionista.

Tem-se discutido a insuficiência do conhecimento técnico para resolver as demandas não satisfeitas no SUS. Ayres (2001), ao tratar das práticas em saúde, e do cuidado, refere-se a um *eixo técnico* (insuficiente por si só) e um *sucesso prático* que depende de qualidades relacionais. A mais básica condição de possibilidade do amálgama entre sucesso prático e êxito técnico é o privilégio da sua *dimensão dialógica*.

O mesmo autor em outro trabalho (AYRES, 2007) diz que é necessária uma ampliação e flexibilização normativa na aplicação das tecnociências da saúde que caracterizam o cuidado.

O que é preciso perceber, então, é que o importante no Cuidado é a permeabilidade da racionalidade técnica da atenção aos aspectos não

técnicos que imprimem significado prático à sua aplicação. É esse diálogo que torna possível caminhar para formas progressivamente legítimas e efetivas de encontro terapêutico (AYRES, 2007. p. 132)

Favoreto (2006) trata da competência narrativa e interpretativa na clínica como uma ferramenta necessária para o diálogo que precisa ser instituído na interpretação das demandas e na adesão do paciente ao seu tratamento. Para o autor, alguns médicos são mais competentes para promover o diálogo com seus pacientes. Essa habilidade não deve ser compreendida como uma habilidade nata e pessoal, como arte, e sim como uma técnica que pode ser apreendida (FAVORETO, 2006). Sugere esquematicamente (quadro 1, a seguir) uma relação de elementos que explicam as narrativas, facilitam os diálogos, possibilitando intervenções mais efetivas. Realmente, me parece que seria muito frutífero se considerássemos esses elementos a cada encontro com um paciente.

Quadro 1. Relação dos elementos formadores das narrativas e a clínica integral.

Pré-condições das narrativas		Semiótica das narrativas	Intervenções baseadas nas narrativas
Representações sociais	Gênero narrativos	Contexto cultural	Estruturação dialógica do acolhimento
Manifestação das doenças		Dimensão temporal	Integração de novos enredos à interpretação clínica
Significados pessoais do adoecer	Formação narrativos do adoecimento	Atribuição de causalidade	Organização e hierarquização das ações
Rupturas morais e socioeconômicas		Estratégias morais de enfrentamento	Promoção de novas narrativas pessoais que aumentem resiliência e autonomia
Experiências prévias com atenção médica	singularidade	Itinerários assistenciais Adaptação às rupturas socioeconômicas	
		Expectativas de cuidado	

Fonte: (FAVORETO, 2006, p. 200).

Essa técnica seria fundamental para o alcance do *sucesso prático* através da *dimensão dialógica*. De forma geral os pacientes necessitam que o profissional tenha um saber que o diferencie e qualifique por sua capacidade dialógica. Especialmente para alguns pacientes que exigem mais recursos dos profissionais para conduzir o seu problema de saúde. Outros autores tratam dessa união entre a técnica e outros aspectos necessários para o bom atendimento.

O médico, portanto, realiza uma difícil tarefa intelectual: detém o método de aplicação de saberes teóricos a uma prática. Desta forma dá um exemplo louvável de que o conhecimento teórico não é estéril, pois se aplica, eticamente, à práxis humana. O médico se situa entre o doente e um saber, mediano entre um e outro. Tanto recebe o saber, de um lado, como recebe a queixa do doente; a ele cabe aplicar o conhecimento ao sofrimento de cada um. A ele cabe levar o aprendizado de cada processo de tratamento de volta à bagagem de conhecimento, sua e de seus colegas (SAYD, 2006, p. 18).

Entretanto, nem sempre esse sucesso prático é alcançado, especialmente em situações clínicas menos definidas, mais instáveis. As doenças crônicas obrigam a prática clínica a lidar com perspectivas como manejo e cuidado no lugar de se limitar ao tratamento e à cura (FAVORETO, 2007). Penso que as doenças ditas funcionais também e que os serviços de emergência não se vêem como local próprio para receber esses pacientes, que por questões culturais e estruturais batem à porta desses serviços.

Sabemos que a medicina experimentou avanços extraordinários na área tecnológica e medicamentosa, mas ainda assim apresenta fracassos na prática clínica, sobretudo no que concerne ao médico lidar com fenômenos subjetivos no indivíduo que demanda por cuidado (GUEDES, 2007 p. 33).

O médico não busca seu saber a partir do sofrimento, mas sim o oposto, é o sofrer que busca alívio no saber médico. Para o paciente, sofrer significa uma sensação de desconforto mental ou corporal, uma perturbação do modo de vida habitual que está referida à sua vida social. Já

para o médico, o sofrer está referido a uma perturbação orgânica, remetida ao corpo humano, por isso sua perspectiva procura a objetivação do sofrimento. A sensação torna-se fato, e o sofrimento materializa-se em uma doença. Ao adoecer, o indivíduo estabelece uma diferença de valor entre sua vida normal e sua vida patológica, e a doença passa a significar um modo de vida diferente. E a cura uma retorno a vida normal (GUEDES, 2007).

Os médicos agem, de forma geral, como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, seja psíquico, seja cultural (CAMARGO JR., 2003, p. 89).

Isto não quer dizer que os médicos não reconheçam a concorrência de fatores extrabiológicos na produção da doença; estes são, entretanto, subjugados pelo referencial biológico (CAMARGO JR., 2003, p. 82).

Os sofredores de sintomas considerados vagos e difusos estabelecem uma verdadeira peregrinação pelos serviços na busca de que seu sofrimento possa ser detectado (GUEDES, 2007). Essa peregrinação tem incluído os pronto-socorros e inevitavelmente vai bater à porta dos SAMU.

Para o paciente, a experiência da doença (sofrimento) é um fato concreto, incapacitante de uma forma que transcende sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do especialista. Para o médico, o sofrimento é irrelevante, e o paciente fonte de distorções. Sua relação dá-se com a doença, e o paciente é mero canal de acesso a ela. Canal muito ruim, por sinal, já que introduz “ruídos” em níveis insuportáveis (CAMARGO JR., 2003, p. 78).

Ao tratar do paciente que segundo os médicos “não têm nada”, querendo dizer que não tem lesão, o autor (CAMARGO JR., 2003) sugere que em vez dos mesmos serem considerados “refratários”, o mais lógico seria chamá-los de “rechaçados”. São muitos os espaços nos serviços de saúde onde os pacientes podem ser tratados dessa forma. A atividade de triagem inerente à proposta do SAMU exige uma objetivação das queixas e uma “limpeza dos ruídos”. A partir daí, há uma classificação do nível de gravidade do paciente. Entretanto essa

classificação deve orientar a conduta e não excluir automaticamente atendimentos, perpetuando a legião de pacientes “rechaçados”.

Em fevereiro de 2008 havia uma notícia na página do SAMU (*site* do Ministério da Saúde) intitulada “SAMU sofre com os trotes”. O fato ocorreu em Fortaleza, no período de carnaval, onde quase metade das ligações foram trotes. Os trotes foram atribuídos às crianças. No final da notícia (de um site oficial), o SAMU está descrito como um programa do Governo Federal criado para atender pessoas em situação de emergência; reduzir o número de mortes em via pública e evitar seqüelas decorrentes da demora no atendimento. A notícia lembra que o SAMU deve ser acionado “exclusivamente” em casos de problemas cardio-respiratórios e crises de hipertensão, intoxicação, trauma, queimadura e casos de maus tratos. E ainda: trabalho de parto, choque elétrico ou acidentes com vítimas. É claro que os trotes interferem com a organização do serviço e devem ser enfrentados, assim como é claro que as demandas listadas são mais do que legítimas. O que é obscuro é a “exclusividade” prescrita para essas demandas e qual a atitude prescrita para os demais casos. Serão (ou estão sendo) “rechaçados”? Os propositores da política e gerentes do ministério acreditam que o SAMU só será demandado para essas urgências?

O que está em jogo é a definição do que é responsabilidade de cada serviço e de cada profissional diante das diferentes demandas. Na saúde, a responsabilidade é tensionada pela crescente demanda gerada pelo conhecimento biomédico (demanda construída em torno do complexo industrial da saúde exigindo sempre a oferta de mais serviços e mais diferenciada) e por questões mais amplas que interferem com a saúde (como a violência, a pobreza) e que exigem uma posição política da sociedade para seu enfrentamento, mas que não exclui a responsabilidade da saúde. Se o indivíduo significa seu sofrimento como doença, a sociedade deve ser implicada nas formas de enfrentamento do problema, mas a partir de um questionamento do setor saúde, e não da sua omissão. Essa consideração se faz necessária já

que a ilimitada ampliação de demandas retro alimenta o projeto medicalizante da saúde que não pode servir de tampão de carências sociais (assim como não pode ignorá-las). Luz (2006) e Camargo Jr. (2003) debateram essa questão.

A questão que necessita ser colocada a fundo no campo da saúde coletiva, com todas as suas conseqüências nos planos teórico e político, é justamente esta: a demanda em saúde é necessariamente uma demanda por atenção médica? (LUZ, 2006, p. 30).

A autora está ampliando a responsabilidade social sobre algumas demandas para além da saúde, mas também se deve ampliar a responsabilização no próprio campo da saúde, incluindo várias categorias profissionais.

Deve-se interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A contrapartida é o risco de um grau de controle sem precedentes, da perda de autonomia, uma medicalização também integral. (CAMARGO JR., 2003, p. 26).

Aqui o autor problematiza uma forma de medicalização que implica na apropriação da capacidade individual de auto-cuidado.

As dimensões social e institucional implicadas no funcionamento dessa complexa ordem social médica, não satisfatoriamente atendidas – como a da acessibilidade, equidade, universalidade, direito dos pacientes e das populações -, assim como aquelas relativas ao regime de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, e de suas relações entre eles mesmos e com os usuários, nem sempre livre de conflitos (para dizer o mínimo dessa questão, e de maneira eufêmica), geram continuamente tensão, stress, instabilidade e fragilização da saúde para todos ou quase todos implicados nesta ordem. (LUZ, 2006, p. 30).

O enfrentamento político do que é demanda por atenção médica nessa complexa ordem social médica foi citado para reforçar que as práticas nos serviços de saúde precisam ser qualificadas como um imperativo ético de um SUS legitimado por ser equitativo, universal e integral.

A legitimação e sustentabilidade política do SUS surgem através da confiança do usuário nos seus serviços, confiança que precisa de experiências positivas para ser construída.

Giddens, no seu livro “As conseqüências da modernidade” (1991), trata da confiança em sistemas especialistas e usa os exemplos da medicina e da aviação. As “especialidades” seriam as tecnologias com que nos deparamos no dia a dia sem ter a menor idéia de como funcionam. Segundo o autor, a confiança em um sistema é mantida pela fé no funcionamento de um conhecimento sobre o qual a pessoa leiga é amplamente ignorante. Essas pessoas entram em contato com esse conhecimento através dos pontos de acesso, que seriam pontos de conexão entre indivíduos ou coletividades leigos e os representantes desses sistemas. Seriam lugares de vulnerabilidade para os sistemas onde a confiança pode ser mantida ou reforçada.

Tomando como exemplo a viagem aérea, o ar casual estudado e a calma animação do pessoal de bordo são provavelmente tão importantes na renovação da confiança dos passageiros quanto qualquer quantidade de anúncios demonstrando estatisticamente o quão segura é a viagem aérea (GIDDENS, 1991, p. 89).

Nos pontos de acesso haveria uma divisão estrita entre atuações de “palco” e de “bastidores”. O controle da passagem entre o palco e os bastidores é parte da essência do profissionalismo.

Em condições de modernidade, atitudes de confiança para com sistemas abstratos são via de regra rotineiramente incorporadas à continuidade das atividades cotidianas e são em grande parte reforçadas pelas circunstâncias intrínsecas do dia-a-dia (GIDDENS, 1991, p. 93).

Atitudes de confiança ou de falta de confiança são passíveis de serem fortemente influenciadas por experiências nos pontos de acesso.

O fato de que pontos de acesso são locais de tensão entre ceticismo leigo e perícia profissional fazem deles reconhecidas fontes de vulnerabilidade para sistemas abstratos (GIDDENS, 1991, p. 94).

Daí a enorme importância do SUS, em suas diversas atividades, qualificar seus “pontos de acesso” para resgatar a confiança nesse “sistema”. Para tal é necessário: capacidade dialógica dos profissionais; permeabilidade da racionalidade médica a aspectos não técnicos; democratização dos serviços; valorização da prática clínica; novos paradigmas gerenciais, e uma atitude ética e emancipadora.

A racionalidade biomédica ainda se constitui como um obstáculo epistemológico que impede que o médico desenvolva um estilo de pensamento em que ele reflita, desenvolva e integre o saber prático e os saberes não biomédicos como algo legítimo, sistematizável, avaliável e reproduzível no âmbito da clínica (FAVORETO, 2007, p.190).

4.3. O contexto da atenção às urgências

Atualmente, a atenção às urgências está centrada nos hospitais. Os serviços de emergência funcionam com grande afluxo de demanda espontânea, culminando com a superlotação e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência. O acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado (Portaria nº 1863, 2003, que institui a política de urgência). Na maioria dos estados e municípios, os serviços de emergência sofrem o maior impacto da desorganização do sistema, se tornando o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde (SCARPELINI, 2007).

A superlotação nas emergências traz, como consequência, a flexibilização nos padrões de cuidado e da ética dos profissionais de saúde, que atuam na urgência (SANTOS *et al.*, 2003). Dentre os fatores determinantes da superlotação das portas hospitalares de atenção às urgências, destacam-se: as diferentes concepções de urgência dos pacientes e profissionais; a baixa resolutividade da atenção primária e dos Pronto-Atendimentos (PA); a falta de apoio

dos serviços do hospital para seguimento dos pacientes atendimentos na emergência; as limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência, para lidar com as dimensões biomédica, social e subjetiva das urgências; a lógica do financiamento do sistema; o esgotamento dos modelos de gestão administrativa e clínica, para processamento das distintas racionalidades que perpassam pelos serviços de urgência; a falta de sistematização, nos hospitais universitários dos processos de ensino, assistência e pesquisa na área da urgência; e a insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalares com atenção domiciliar e reabilitação (SANTOS *et al.*, 2003).

Considerando-se os tipos de patologias atendidas nas emergências pode-se dizer que esses serviços são utilizados indevidamente no nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes poderiam ser atendidos em ambulatórios. Desses, 36% não dão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência (LOVALHO, 2004), o que corrobora a necessidade de acompanhamento desses pacientes, que elegem a emergência como porta de entrada, para garantir a efetividade da assistência. A ordenação do acesso à rede assistencial de urgência por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir a reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (SANTOS, 2002).

A Regulação Médica do atendimento pré-hospitalar passa a representar uma porta de comunicação aberta ao público, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados, de acordo com a gravidade. Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências. Sob essa ótica, o SUS ganha um observatório permanente de saúde, que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar, de forma dinâmica, a assistência às urgências e à saúde (SANTOS *et al.*, 2003).

Em relação ao atendimento pré-hospitalar, Pinet (2005) apontou que mesmo em situações com vários provedores desse atendimento e sem sistemas de informação integrados, esse tipo de atendimento contribuiu com a diminuição da morbidade e mortalidade.

No âmbito internacional, muito países desenvolveram sistemas para atendimento às urgências/emergências (U/E). Contudo, embora atualmente exista uma grande experiência acumulada no atendimento às U/E, também existe uma diversidade de modelos (SCARPELINI, 2007). As diferenças para o atendimento pré-hospitalar estão centradas no modelo americano, que faz atendimento com paramédico objetivando a transferência rápida para o hospital, e no modelo francês onde o médico é responsável pelo atendimento pré-hospitalar. Outra diferença depende da presença de especialistas em emergência no atendimento hospitalar. Na verdade, ainda existem dúvidas sobre qual o melhor modelo de organização dos sistemas de urgência no mundo; contudo, não se contesta a necessidade desta organização. Embora existam particularidades entre os modelos atuais, todos apresentam, em geral, bons resultados (SCARPELINI, 2007). Essa experiência internacional é mais um argumento para o SUS investir na reorganização e regulação desses serviços, como proposto pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências. Um estudo, realizado na Jordânia com 2841 pacientes, classificou como atendimento de urgência e emergência apenas 9% do total, apesar de haver na região postos de saúde, inclusive um funcionando em horário integral (ABDALLAT *et al*, 2000).

Na Suécia, a proporção de atendimentos inapropriados na emergência variava de 30% a 50%, independente da expansão da atenção básica, onde o atendimento não é gratuito (KRAKAU e HASSLER, 1999).

Em Hong Kong, a utilização dos serviços de emergência refletia problemas na atenção básica (LEE *et al.*, 2001). Não se pode esquecer que não existe concordância na definição de emergência entre os estudos, podendo comprometer a estimativa da magnitude do problema e dificultar a comparabilidade. O problema que pode ser apontado, por esses e outros estudos, é que pacientes com problemas cuja solução é pertinente à atenção básica freqüentam os serviços de emergência em vários países (DERLET e NISHIO, 1990; GEORGE *et al.*, 1993; DALE e GREEN, 1995; GILL e RILEY, 1996; GILL e REESE, 1996; SHAH e SHAH, 1996; HOTVEDT *et al.*, 1999; FAJARDO-ORTIZ e RAMIREZ-FERNÁNDEZ, 2000; LEE *et al.*, 2000; COLEMAN *et al.*, 2001; TANNEBAUM e ARNAOLD, 2001; KALEMOGLU *et al.*, 2004; RUGER *et al.*, 2006; DONG *et al.*, 2007; e HOLLANDER e PINES, 2007). Recentemente, Carret *et al.* (2009) revisaram os estudos sobre utilização inadequada de serviços de emergência. Esses autores reforçam que os serviços de emergência devem ser utilizados em circunstâncias específicas e que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves porque esses últimos, ao elegerem o hospital para seu atendimento, não têm garantido o atendimento de seguimento. Indicam que o acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência, apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica (CARRET *et al.*, 2009). Também recentemente, Bittencourt e Hortale (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre tipos de intervenções propostas para solucionar a superlotação dos serviços de emergência. Os resultados dessa revisão desmistificam as barreiras de acesso como efetivas para conter a superlotação. Segundo os autores a superlotação revela o baixo desempenho do hospital e da rede. Destacam os serviços de U/E como representantes do desempenho dos serviços de saúde e a importância do comprometimento do profissional dos serviços para a solução do problema (BITTENCOURT e HORTALE 2009).

Muitos são os estudos que pesquisaram o que determina a utilização dos diferentes tipos de serviço. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Inversamente, por produção de oferta, existe o uso de serviços não relacionado com as necessidades (TRAVASSOS e VIACAVA, 2000).

Os pacientes que precisam de mais recursos tecnológicos em função da gravidade ou complexidade do seu problema de saúde são alvo de maior preocupação dos profissionais, dos gestores e dos formuladores de políticas de saúde. Os pacientes que exigem menos recursos tecnológicos são absorvidos como secundários, atendidos rapidamente após uma triagem e não são linearmente os que necessitam de menos atenção. Muitas vezes esses pacientes são os de menor recurso social e os que são pouco absorvidos pelos serviços de saúde. Além da dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, principalmente da urgência clínica, existe a pouca conexão entre o atendimento prestado na emergência e o atendimento possível na rede. É reconhecida essa dificuldade de absorver o doente que precisa de internação e/ou de investigação diagnóstica.

Pode-se concluir que sem a revisão de todo o sistema de saúde, a emergência continuará a ser usada inapropriadamente pelos pacientes como alternativa para o atendimento primário. Essa constatação deve ser vista com cuidado para o paciente não ser rotulado como “inapropriado” ao serviço que ele busca e sofrer a frustração de ter seu atendimento negado como eventualmente tem sido sugerido pela literatura (DERLET e NISHIO, 1990; GREEN e DALE, 1992). Restrições de acesso têm sido propostas como solução (McGUGAN e MORRISON, 2000) e aconteceram também no Brasil (O'DWYER *et al.*, 2008), mas são

inaceitáveis na nossa realidade, em um país com tanta desigualdade social, além de não serem efetivas (BITTENCOURT e HORTALE 2009).

As dificuldades que o hospital e a atenção básica sempre tiveram para aceitar e lidar com a porta hospitalar de urgência e pronto-atendimento, respectivamente, são bem conhecidas. A percepção que se tem é que, se a atenção básica pudesse, livrar-se-ia dos pronto-atendimentos e o hospital, das suas portas hospitalares de urgência (SANTOS *et al.*, 2003).

Como já apontado anteriormente, os serviços de emergência e as unidades de atenção básica são os tipos de serviços mais disponíveis para a população. Essa oferta gera maior utilização principalmente dos serviços hospitalares, que pelo aporte tecnológico, conferem ao paciente maior credibilidade. A emergência, por suas características, acaba mantendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos.

Oliveira (2004), após conversas com usuários de emergências que moravam em áreas cobertas pelo PSF, demonstra que a existência de uma estrutura de saúde da família não diminui as demandas aos serviços de emergência por problemas entendidos como de solução no nível básico de saúde.

...a “porta de entrada”, ao invés de um espaço de acolhimento ao usuário, tem se apresentado a ele como um obstáculo a ser transposto. A imagem de “barreiras” referida à porta de entrada do sistema (unidades básicas de saúde) aparece significando restrição quanto ao horário de funcionamento e quanto ao número de vagas para consulta médica, indefinição de critérios de urgência, problemas relacionados ao agendamento de consultas para o preenchimento de vagas, demora para obter o atendimento, desorganização e ineficácia do sistema de referência e contra-referência, destacando-se as filas de madrugada, ocasionadas pela restrição quanto ao número de vagas e por um sistema de agendamento que privilegia a ordem de chegada do usuário (OLIVEIRA, 2004, p. 195).

Puccini e Cornetta (2008), em um estudo de monitoramento em pronto-socorros de eventos sentinela da atenção básica, entrevistaram pacientes sobre suas motivações para a escolha do PS em detrimento da atenção básica. Foram categorizados os seguintes motivos referentes às unidades básicas de saúde (UBS): desconfiança em relação ao atendimento; anseio por exames; falta de médicos; incerteza de obtenção da vaga e de agendamento; e orientações restritivas. Os autores concluem que atender prontamente, e com médico, é fundamental para a atenção básica e que é preciso superar sua deficiência numérica, organização fragilizada, e recursos capengas em unidades embaralhadas com as pretensas verdades nacionais do PSF (PUCCINI e CORNETTA, 2008).

Historicamente se constituiu uma aprendizagem da incerteza do acesso. Inverter tal significado é um dos grandes desafios do papel transformador esperançado para a atenção básica abrangente e integral (PUCCINI e CORNETTA, 2008, p. 2039).

Essas pesquisas comprovam o apontado por Carret *et al* (2009) de que a atenção básica precisa atender prontamente à demanda espontânea de urgência.

Por outro lado, os serviços de pronto atendimento de pronto socorros e hospitais se apresentam para ele como espaços caracterizados pela maior resolubilidade devido à maior disponibilidade de horário de atendimento ao público com médicos de plantão vinte e quatro horas por dia, onde há maior possibilidade de realização de procedimentos de investigação diagnóstica, onde se encontram médicos especialistas e outros recursos tecnologicamente mais sofisticados, além da não existência de limitação ao número de vagas para consultas. Mesmo tendo sua imagem associada à de serviços sobrecarregados e tumultuados, o usuário persiste nessa escolha, pois do seu ponto de vista, o tempo de espera não importa quando existe a convicção da obtenção do atendimento. (OLIVEIRA, 2004, p. 195).

O Pacto pela Vida e de Gestão⁹ apenas tangencia o assunto porta de entrada do sistema, mas ao considerar a solidariedade e a regionalização com responsabilização pode contribuir para a solução da continuidade da assistência e do vínculo do paciente com a atenção básica. Portanto, em um país como o nosso, o caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho (BITTENCOURT e HORTALE, 2009). Tudo isso sem produzir engessamento de fluxos e sem desconsiderar as estratégias que a população busca para resolver seus problemas de saúde.

4.4. O caso do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro é pequeno em termos de número de municípios, se comparado com outros, como Minas Gerais. Nem por isso é menos complexo em relação à desigualdade entre os municípios. Está dividido em 9 regiões, estando a capital contida na região metropolitana I. A população do estado estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2007 era de 15.738.510 pessoas, com 63% concentrada na capital e 75% nas duas regiões metropolitanas. Portanto, os três SAMU implantados no estado atendem a 75% da sua população apesar de atenderem apenas a duas regiões, das nove existentes. São eles: o SAMU Rio que atende ao município do Rio de Janeiro; o SAMU Metro I que atende aos municípios de Nova Iguaçu, São João de Meriti, Duque de Caxias, Nilópolis, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Seropédica, Itaguaí, e Magé; e o SAMU Metro II que atende aos municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Maricá, Rio Bonito, e Silva Jardim. Em relação aos hospitais, no estado do Rio de Janeiro são 128 hospitais gerais que atendem

⁹ BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes do Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

urgência e emergência nas 24 horas para o SUS, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No município do Rio, são 19 hospitais (14,8% do estado), na Metropolitana I, são 16 (12,5%) e na Metropolitana II são 12 hospitais (9,3%). A cobertura do estado pelo PSF é de 24,7%, sendo que no município do Rio é de apenas 3%. A região da Metro I tem cobertura de 13% (lembrar que inclui a capital) e a Metro II de 40%. Das outras regiões, apenas a Norte tem uma cobertura de PSF baixa, de 27%. Todas as outras são maiores de 40%, chegando a 82% na Noroeste. Os estabelecimentos de atenção básica são 28% do total de estabelecimentos de saúde do estado (CNES). Portanto, sob o ponto de vista dos recursos estruturais, há uma desproporcional indisponibilidade de recursos para a atenção básica. Na contramão das propostas do SUS, desde o fim dos anos 80 neste estado, não houve investimento na atenção básica.

No estado do Rio de Janeiro, no início do milênio, houve agravamento da crise política de planejamento e gestão vivenciadas nas interfaces das esferas de gestão dos níveis Federal, Estadual e Municipal, agudizadas entre os anos 2004 e 2005, consumada com a perda da gestão plena do Município do Rio de Janeiro (modalidade de gestão definida na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96 (Brasil, 1997) e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/02 (Brasil, 2002), e substituída no Pacto de Gestão do SUS, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (CAMPOS, 2006 b).

A despeito das conseqüências da crise, os problemas persistiram e, em 2006, num cenário de mobilização institucional visando melhorar as condições de atendimento, houve a incorporação de políticas como o QualiSUS¹⁰, o SAMU e o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à saúde no

¹⁰ Portal da Saúde – ww.saude.gov.br – Projeto BRA 98/006 – edital 22/04. Projeto de Investimento na Qualificação do SUS – QualiSUS

país. (Portaria nº 588, de 07 de abril de 2005 do Ministério da Saúde) (CAMPOS, 2006b).

Mattos, em março de 2005, em uma entrevista ao BoletIN, fala sobre a crise:

“Percorrer unidades do SUS, doente, muitas vezes solitário e incerto quanto ao acesso e à qualidade do atendimento, traduz a violência institucional no SUS – um caminho fragmentado e dúbio e de desintegralidade. A noção da integralidade é incompatível com o destrato do ser humano”¹¹.

Concretamente, cinco hospitais do município do Rio de Janeiro foram incluídos no programa QualiSUS, mas o investimento municipal na atenção básica pretendido não concretizou-se. Nosso município produz o menor número de consultas ambulatoriais por habitante entre as capitais do país. Sua rede de atenção básica é totalmente desproporcional em relação à rede hospitalar. A rede hospitalar é composta por unidades com gestão diferenciada, pouco alinhada gerencialmente, além de hospitais universitários e unidades privadas e filantrópicas credenciadas ao SUS. A maioria dos hospitais que atendem urgência não foram planejados e sua estrutura pré-existente vem sendo adaptada ao longo do tempo. O financiamento da saúde do município tem sido desprivilegiado nos últimos anos. Não há política de média complexidade, problema do Brasil e não só do Rio. E, como desfecho para tantas dificuldades, agora em 2009, aprova-se a proposta de organizações sociais para o município, como uma nova forma de desresponsabilização da gestão da saúde.

Uma pesquisa realizada em uma amostra das emergências hospitalares do estado do Rio de Janeiro (O'DWYER *et al.*, 2008) evidenciou como unânime causa de superlotação, o atendimento à pacientes com problemas ambulatoriais. Segundo a pesquisa, as iniciativas QualiSUS e a regulação de leitos ajudavam na gerência da superlotação de 37% dos hospitais. Os postos de trabalho foram questionados em relação à pertinência e suficiência para o serviço prestado e estavam incompletos em 80% dos hospitais enquanto que os recursos

¹¹ <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=451&sid=20>, acessado em 08/07/2006. O BoletIN é uma publicação do Lappis, Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

tecnológicos eram insuficientes em 40%. A variedade dos vínculos empregatícios apareceu como regra (O'DWYER *et al.*, 2008).

Os conflitos internos apontados nesta pesquisa estavam sendo vencidos com o projeto QualiSUS, mas foi referida reserva de vagas e desnecessário prolongamento do tempo de internação. As dificuldades externas foram apontadas em todos os hospitais. Os motivos foram: insuficiência da rede básica; falta de vagas para internação na rede; falta de sintonia com o atendimento pré-hospitalar (SAMU e bombeiros); falta de vaga para realização de exames complexos; indisponibilidade de ambulatórios especializados; falta de vagas em casa de apoio; e problemas sociais (O'DWYER *et al.*, 2008).

Constatou-se, como dado muito positivo, que a grande emergência recebia um tratamento de boa qualidade e que responde às necessidades dos pacientes mais graves, refletindo positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade. Mas o pior atendimento prestado ao grupo de pacientes não graves não atende aos princípios da equidade e da integralidade, além de perpetuar uma situação de precariedade da assistência (O'DWYER *et al.*, 2008, p. 1646).

Outros estudos brasileiros sobre os serviços de emergência têm demonstrado a dificuldade de lidar com a demanda excessiva de pacientes não graves (JACOBS e MATOS, 2005).

Uma pesquisa, realizada em um grande hospital do município do Rio de Janeiro (CAMPOS, 2006 b), reflete os desafios de um atendimento centrado nos hospitais, com baixa responsabilização pelo encaminhamento do paciente e sua conseqüente “peregrinação”. O autor conclui que a baixa cobertura do PSF, o “hospitalocentrismo” de emergência, o destrato no acesso, a pouca credibilidade nos atendimentos médicos e a invisibilidade do usuário-paciente configuram um sistema indutor de peregrinações no SUS. Deste modo, sobrepõe, paradoxalmente, violência ao cuidado.

...os hospitais de emergência desempenham um papel central nos processos de “peregrinação” pelo SUS, na medida em que absorvem esses atendimentos em suas expressões mais agudas e os remetem para atendimento diagnóstico e acompanhamento em unidades ambulatoriais. A “peregrinação” pelo SUS como violência institucional é, em parte, avalizada pela mão do médico quando delega a busca do acesso especializado, que referenciou, ao usuário (CAMPOS, 2006 b, p. 96).

Como os serviços se relacionam precariamente entre si, as referências são descompromissadas e desacreditadas.

O serviço hospitalar de emergência continua sendo um desafio para o SUS por ser complexo em termos de necessidades tecnológicas, por exigir um processo de trabalho árduo e por refletir as precárias condições sociais da população atendida e a precariedade da situação dos trabalhadores de saúde. A organização da rede é o caminho, assim como o controle social, a formação de recursos humanos e o financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços (O'DWYER *et al.*, 2008, p. 1646).

O cenário de desassistência nas emergências hospitalares do Rio já foi anteriormente analisado demonstrando muitas semelhanças (SKABA, 1997).

Nos últimos anos, no município do Rio de Janeiro, as portas das emergências vêm sendo colocadas como o maior problema de saúde pública. Como a via mais acessível para a população menos favorecida economicamente, estes serviços denunciam toda a desorganização por que passa a política de saúde, não só municipal, mas de todo o estado do Rio de Janeiro (SKABA, 1997, pág. 22).

Esses trabalhos (SKABA, 1997, CAMPOS, 2006 b e O'DWYER *et al.*, 2008) mostram a não assistência para um grupo de pacientes que acessa a rede através dos hospitais, mas não resolve seu problema.

A insuficiência do atendimento de média complexidade gera um grande estrangulamento que inviabiliza a integralidade e produz uma grande parte das pequenas urgências, compondo o

grupo que superlota as emergências e a atenção básica. Outras necessidades (produzidas sob a ótica do paciente), não atendidas por falta de vínculo, também superlotam as emergências e a atenção básica.

Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência (PINHEIRO, 2001). Esse desafio deve ser perseguido por gestores e acolhido pelos profissionais, já que são os atores da prática que legitimam o SUS perante a população.

Diante desse quadro, o SAMU se dispõe a acolher esses pacientes? Reconhece essa demanda? Está preparado para atendê-la?

Há necessidade das políticas públicas articularem intervenções mais efetivas já que as vigentes definem a configuração dos territórios sanitários com suas redes hierarquizadas e solidárias (Pacto da Saúde, 2006), mas muitas experiências concretas ainda não praticam a solidariedade. O Pacto objetiva a solidariedade e cooperação entre os entes federativos para em vez de pactuar “procedimentos”, pactuar “responsabilidades”.

Deve haver solidariedade entre os gestores municipais e estaduais, entre os gestores dos serviços de emergência e da atenção básica e entre os médicos das ambulâncias do SAMU e reguladores médicos, que são os responsáveis sanitários pela integração da rede assistencial. Solidariedade também entre profissionais (inclusive entre a mesma categoria) e entre os mesmos e a população.

A regulação assim como a organização da rede em níveis, utilizando o instrumento da referência e contra-referência, sugerem (e/ou determinam) que a população compreenda e siga as regras de acesso aos serviços, mas também é necessário flexibilizá-las, criá-las e segui-las com uma lógica mais compatível com os anseios dos usuários.

Em Ribeirão Preto, a partir da implantação do SAMU e da Regulação Médica (RM) em 2000, organizou-se o fluxo de pacientes, com redução progressiva das taxas de ocupação de leitos em níveis eticamente aceitáveis (SANTOS *et al*, 2003). Restringiram-se as consultas aos

casos com real necessidade, o que se traduziu em melhoria sensível na qualidade do atendimento (SANTOS *et al*, 2003).

Na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto grande ênfase foi dada aos aspectos de humanização do atendimento, com a inclusão de assistentes sociais disponíveis nas 24 horas, além de psicólogos, enfermeiros e médicos. Constituiu-se um espaço para acolhimento das necessidades sociais e emocionais dos pacientes e seus familiares (SANTOS *et al*, 2003).

Segundo o autor, cinco processos, atuando de forma convergente, exerceram influência no rearranjo físico-funcional da emergência hospitalar: o ajuste das relações entre a unidade e o SUS, em função da implantação do SAMU/RM; as mudanças no modelo de gestão da unidade; a introdução de estratégias de controle público, por meio da ampliação do horário de visitas, da flexibilização e garantia de acompanhantes e da implantação do Serviço de Ouvidoria; a motivação para capacitação técnica, gerencial; e a busca do padrão sanitário no ambiente de trabalho. Houve melhora significativa dos indicadores de utilização do leito hospitalar.

Entretanto, parece que houve um “silenciamento” dos pacientes “encaminhados de forma inadequada ou que procuram o atendimento espontaneamente”, segundo o autor. Sabe-se que eram esses pacientes que sobrecarregavam o atendimento. Seria necessário verificar como eles foram integrados à rede e como reagiram à negação do seu atendimento.

É importante essa indagação porque o autor (SANTOS, 2003 *et al*) fala em ajuste das relações entre a unidade e o SUS em benefício da unidade hospitalar, mas esse ajuste tem que ocorrer em benefício de toda a rede e, principalmente e antes de tudo, em benefício da população.

Pode-se dizer que essa reorganização do atendimento foi eqüitativa sob o ponto de vista técnico, mas talvez não tenha sido sob o ponto de vista dos pacientes que procuravam espontaneamente o atendimento na unidade de emergência e que tiveram seu acesso negado.

Respondem às aspirações legítimas de um público em situação de risco de vida, mas por serem centradas no diagnóstico e doença do usuário e não centradas simplesmente no usuário, não respondem às outras necessidades da população. Foi uma organização que atingiu importantes resultados, respondeu à insatisfação salarial dos profissionais, aumentou a eficiência do hospital e reforçou o papel do SAMU e da regulação, mas que não cumpriu com a integralidade porque a doença foi mais central do que o paciente e que não foi equitativa porque não houve atenção diferenciada para quem está em situação desigual.

Este caso ilustra um caminho de organização do sistema que é compatível com a racionalidade médica, que responde às necessidades imediatas dos pacientes mais graves (inclusive humanizando o atendimento prestado a esse grupo), mas que não rompe com o isolamento entre os serviços e com o atendimento descentrado no usuário, visto enquanto portador de uma doença e não como usuário singular, portador de necessidades, referidas ou não ao ideário da medicina ocidental.

Giovanella *et al.* (2002) identificam diferentes campos de intervenção para alcançar a integralidade: o campo político de definição de prioridades; a organização do sistema de atenção; a gestão do sistema; e o cuidado individual. A estratégia de Ribeirão Preto atingiu todos os campos de intervenção, mas fez a opção política de no ambiente hospitalar oferecer cuidado individual apenas às necessidades tecnicamente definidas.

O SAMU vai cumprir seu papel, de responder às urgências médicas, mas tem que conquistar legitimidade perante a população. É claro que o SAMU é apenas um serviço e a integralidade necessita ser construída ao nível de um sistema. Mas, no nível individual, algumas das demandas que o SAMU terá repetirão o mesmo padrão da assistência nas emergências. Esse padrão tem explicações complexas, como venho tentando defender, mas quem vai determinar a demanda do serviço é o paciente, seu entendimento de situação de urgência e sua capacidade de acessar a rede. O acolhimento dessa demanda pelo SAMU é essencial, para os

diagnósticos das insuficiências estruturais (que é compatível com a expectativa de ser observatório do sistema), e para cumprir o acolhimento ético proposto nos documentos que compõem a Política Nacional de Atenção à Urgência. Porque tão importante quanto melhorar o financiamento e investir em estrutura é investir em legitimação do SUS, que acontece nos encontros profissional-paciente, que a partir do SAMU, têm uma nova oportunidade de realização.

5. Metodologia

Minayo (2007) retrata muito bem a expectativa do pesquisador em selecionar métodos, teorias e técnicas de pesquisa que dialoguem com sua experiência e interesses.

Se teoria, método e técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador também jogam papel importante. (...). Essa “criatividade do pesquisador” corresponde a sua experiência reflexiva, a sua capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, a sua memória intelectual, a seu nível de comprometimento com o objeto, a sua capacidade de exposição lógica e a seus interesses (MINAYO, 2007, p. 45).

Antes de apresentar as posições epistemológicas e teóricas que norteiam a concepção da pesquisa, e que devem nortear a análise dos resultados, farei uma descrição sucinta das etapas do estudo, para propiciar o diálogo entre teoria e trabalho a ser realizado. Em outro momento, explicitarei de forma mais detalhada do que consiste cada etapa enunciada a seguir.

Este estudo foi realizado em três etapas. Na primeira, fiz uma discussão sobre alguns documentos que compõem a Política Nacional de Urgências e de outros que identifiquei como importantes para essa área de assistência. Na segunda entrevistei atores-chave na condução do SAMU. Por último, observei o trabalho em ato nos SAMU do estado do Rio de Janeiro. A segunda e terceira etapas consistem no trabalho de campo segundo concepção de Minayo (2007).

Entendo por Campo, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação. (MINAYO, 2007, p. 201).

Essa multiplicidade de abordagens me parece necessária para dar visibilidade à complexidade de expectativas e práticas possíveis decorrentes de uma política abrangente e ambiciosa.

Um bom método será sempre aquele que, permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto de investigação e de oferecer elementos

teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO e SANCHES, 1993).

A partir desta breve apresentação das etapas da pesquisa, retomo as posições teóricas e epistemológicas que me parecem coerentes e suficientes para responder às expectativas deste trabalho. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ e aprovado no dia 16 de junho de 2008, sob o nº CAAE 0006.0.259.000-08. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está anexado na página 330.

5. 1. Posições teóricas e epistemológicas

A fim de entender como as práticas relacionais nos serviços acontecem, e o quanto são ou não são coerentes com as políticas, e sem nenhuma pretensão de “desvendar” todos os “mistérios” envolvidos na relação profissional-usuário e nas muitas outras relações estabelecidas nos serviços de saúde, optei por me aproximar das teorias sociais.

Minha primeira inquietação ao propor o estudo das práticas tratam de revelar o quanto os atores individualmente são responsáveis pela perpetuação de práticas que vão do extremo de transformar em “invisibilidades” as necessidades dos outros até, ao contrário, ao extremo de “revolucionar” essas mesmas práticas. É importante compreender a prática dos serviços como um processo social, sem deixar de atribuir ao profissional capacidade de reflexão, inovação e superação, já que o SUS é repleto de experiências bem sucedidas de encontros solidários entre profissionais e usuários. Portanto, desvendar o processo social que determina práticas e compreender o papel do agente humano.

Minayo (2007) enfatiza a intencionalidade dos atores e o significado das ações ao se referir às pesquisas qualitativas como:

“aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na

sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2007, p. 22).

Encontrei em Giddens (1984), através da sua Teoria da Estruturação, elementos que trouxeram novas possibilidades para elucidar essas questões.

A teoria social tem a tarefa de fornecer concepções da natureza da atividade social humana e do agente humano que possam ser colocadas à serviço do trabalho empírico. A principal preocupação da teoria social é idêntica às das ciências sociais em geral: a elucidação de processos concretos da vida social. (GIDDENS, 1984, p. XVIII).

A partir dessa compreensão da importância da teoria social, Giddens, dialogando com vários autores clássicos, trata do potencial do indivíduo na sua teoria, e de como o agente tem sido potencializado ou não segundo diferentes teorias sobre a ação social.

Admito a exigência de que o sujeito seja descentrado e considero isso básico para a teoria da estruturação. Mas não aceito que isso implique a evaporação da subjetividade num universo vazio de sinais. (GIDDENS, 1984, p. XXIV).

Uma preocupação central para Giddens é superar os dualismos. O dualismo clássico, entre objeto e sujeito estaria representado pelo estruturalismo e funcionalismo de um lado e a hermenêutica e as várias formas de sociologia interpretativas por outro. Ou ainda, o consenso ortodoxo e sua visão do comportamento humano como resultado de forças que os atores não controlam e compreendem e a hermenêutica e escolas que atribuem papel fundamental à linguagem e às faculdades cognitivas na explicação da vida social.

Se as sociologias interpretativas se assentam, por assim dizer, num imperialismo do sujeito, o funcionalismo e o estruturalismo, por seu lado, propõem um imperialismo do objeto social. Uma de minhas principais ambições na formulação da teoria da estruturação é por um fim a cada um desses esforços de estabelecimento de impérios. O domínio básico de estudo das ciências sociais, de acordo com a teoria da estruturação, não é a experiência do ator individual nem a

existência de qualquer forma de totalidade social, mas as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo (GIDDENS, 1984, p.2).

Portanto, Giddens não aceita o dualismo social/individual, onde em uma das versões, a estrutura seria uma força geradora de práticas que engessam a capacidade de mobilização do agente humano e a outra seria um privilégio da intencionalidade e subjetividade nas práticas sociais.

O autor trata de outros dualismos a serem superados como o do discurso micro X macro e a necessidade de generalizações nas ciências sociais, que não foram tratados neste trabalho.

A partir da negação dos dualismos cabe refletir sobre o potencial cognitivo do agente humano e da sua intencionalidade, tarefa que pretendi apresentar para trazer elementos para uma reflexão que auxilie no entendimento das práticas.

Alguns conceitos são necessários na difícil tarefa de “elucidação dos processos concretos da vida social”. Um conceito fundamental da Teoria da Estruturação e que identifiquei como primordial para explicar as práticas nos serviços por embasar as ações humanas, é o de rotinização.

A rotina (tudo que é feito habitualmente) constitui um elemento básico da atividade social cotidiana (...). A natureza repetitiva de atividades empreendidas de maneira idêntica dia após dia é a base material do que eu chamo de “caráter recursivo” da vida social. (...) A rotinização é vital para os mecanismos psicológicos por meio dos quais um senso de confiança ou segurança ontológica é sustentado nas atividades cotidianas da vida social. Contida primordialmente na consciência prática, a rotina introduz uma cunha entre o conteúdo potencialmente explosivo do inconsciente e a monitoração reflexiva da ação que os agentes exigem (GIDDENS, 1984, p. XXV).

Para entender a monitoração reflexiva da ação, o autor defende que o trabalho empírico deve reconhecer aspectos que estão além do que é traduzido discursivamente. Tratam-se dos componentes não discursivos da consciência, a consciência prática, que permite acesso à

cognoscitividade dos agentes. A consciência prática seria um aprendizado que acontece naturalmente assim com o aprendizado da linguagem; o que os atores sabem (crêem) acerca das condições sociais, incluindo especialmente as de sua própria ação, mas não podem expressar discursivamente; nenhuma barreira repressiva, entretanto, protege a consciência prática, como acontece com o inconsciente (GIDDENS, 1984).

As capacidades reflexivas do ator humano estão caracteristicamente envolvidas, de um modo contínuo, no fluxo da conduta cotidiana, nos contextos da atividade social. Mas a reflexividade opera apenas parcialmente num nível discursivo. O que os agentes sabem acerca do que fazem e de por que o fazem – sua cognoscitividade como agentes – está largamente contido na consciência prática. Esta consiste em todas as coisas que os atores conhecem tacitamente sobre como “continuar” nos contextos da vida social sem serem capazes de lhes dar uma expressão discursiva direta (GIDDENS, 1984, p. XXV).

A partir do que os atores sabem a cerca das condições sociais, haveria a monitoração reflexiva da ação. O conceito de monitoração reflexiva traduz o caráter deliberado, ou intencional, do comportamento humano, considerado no interior do fluxo de atividade do agente; a ação não é uma série de atos discretos, envolvendo um agregado de intenções, mas um processo contínuo. Os atores não só controlam e regulam continuamente o fluxo de suas atividades e esperam que outros façam o mesmo por sua própria conta, mas também monitoram rotineiramente aspectos sociais e físicos dos contextos em que se movem. Essa monitoração possibilita mudança de práticas rotinizadas.

A continuidade de práticas presume reflexividade, mas esta, por sua vez, só é possível devido à continuidade de práticas que as tornam intimamente “as mesmas” através do espaço e do tempo. Logo, a “reflexividade” deve ser entendida não meramente como “autoconsciência”, mas como o caráter monitorado do fluxo contínuo da vida social (GIDDENS, 1984, p. 3).

A monitoração é um processo de competência do agente humano e que ocorre continuamente no seu cotidiano.

A monitoração reflexiva, a racionalização e a motivação sustentariam a ação cotidiana dos atores sociais (OLIVEIRA, 2004, p.34).

Avançando um pouco no entendimento da relação do agente com o social, passo a descrever como Giddens trata da estrutura e de como ela se relaciona como “meio” e “resultado” (enquanto dualidade) com as “intencionalidades” e “monitoramentos” das ações dos agentes.

Na Teoria da Estruturação, considera-se “estrutura” o conjunto de regras e recursos implicados de modo recursivo, na reprodução social. Na estrutura existe uma ausência do sujeito.

As estruturas são conjuntos de regras que ajudam a constituir e regular as atividades, definido-as como de uma certa espécie e sujeitas a uma determinada gama de sanções. (GIDDENS, 1984, p. 102).

A referência a regras que regulam atividades não deve ser associada diretamente a uma restrição.

A estrutura não deve ser equiparada a restrição, a coerção, mas é sempre, simultaneamente, restritiva e facilitadora. (GIDDENS, 1984, p.30).

Os sistemas sociais em que a estrutura está recursivamente implicada compreendem as atividades localizadas de agentes humanos, reproduzidas através do tempo e do espaço. A constituição de agentes e estruturas não são dois conjuntos de fenômenos dados independentemente – um dualismo -, mas representam uma dualidade. A dualidade da estrutura é sempre a base principal das continuidades na reprodução social através do tempo e espaço. A dualidade pressupõe a estrutura como meio e resultado da conduta que ela recursivamente organiza. As propriedades estruturais de sistemas sociais não existem fora da ação, mas estão cronicamente envolvidas em sua produção e reprodução.

O conceito de instituições sociais na teoria da estruturação refere-se especificamente às práticas rotinizadas que são executadas ou

reconhecidas pela maioria dos membros de uma coletividade.
(COHEN, 1996, p.426)

O que Giddens diz é que não existe uma estrutura que define tudo, muito menos agentes com autonomia plena. Daí a importância de entender o papel do agente e como ele interpreta o ambiente social.

Assim, a concepção de ação na teoria da estruturação resiste às polaridades do determinismo total e da liberdade total, ao mesmo passo que preserva todas as possibilidades entre esses dois extremos.
(COHEN, 1996, p. 411).

Giddens afirma que, em toda relação social, existe uma dialética de controle envolvendo o acesso assimétrico aos meios (recursos) – e a manipulação desses meios – pelos quais os agentes influenciam o comportamento uns dos outros (COHEN, 1996).

Então as práticas sociais podem ser entendidas como procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas apropriadamente pelos agentes sociais utilizando-se regras e recursos. O aspecto normativo das regras refere-se às práticas do ponto de vista dos direitos e obrigações e dos modos pelos quais as práticas podem ser executadas. O aspecto semântico das regras refere-se ao significado qualitativo e processual das práticas, associadas com o seu desempenho. Os recursos são as facilidades ou base de poder a que o agente tem acesso e que ele manipula para influenciar a interação com o outro. Os recursos autoritativos são capacidades que geram o comando sobre as pessoas (oportunidades na vida, posicionamento, organização e relação entre as pessoas). Os recursos alocativos são as capacidades sobre os objetos materiais.

A “estrutura” pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de regras: elementos normativos e códigos de significação. Os recursos também são de duas espécies: recursos impositivos, que derivam da coordenação da atividade dos agentes humanos, e recursos

alocativos, que procedem do controle de produtos materiais ou de aspectos do mundo material (GIDDENS, 1984, p. XXXV).

Essa descrição dos componentes dos recursos da estrutura e dos aspectos das regras explicita porque a estrutura é simultaneamente restritiva e facilitadora. Giddens defende que só em situações muito restritas a coerção da estrutura sobre o agente humano seria total, reforçando que a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza.

O entrelaçamento de regras e recursos na conduta institucionalizada resulta no que Giddens chama de estratégias de controle: os modos pelos quais os agentes aplicam seu conhecimento a respeito da manipulação dos recursos a que têm acesso para reproduzir a sua autonomia estratégica relativamente às ações dos outros. (COHEN, 1996, p. 433).

A partir dessa introdução da Teoria da Estruturação, passo a discutir a utilização dessa teoria para os estudos empíricos.

Os pontos de ligação da teoria da estruturação com a pesquisa empírica dizem respeito à elaboração das implicações lógicas do estudo de uma “matéria” da qual o pesquisador já é uma parte e à elucidação de conotações substantivas das noções essenciais de ação e estrutura. (GIDDENS, 1984, p. XXXIII).

Ou seja, a teoria da estruturação ajuda a esclarecer problemas da pesquisa empírica ao permitir uma reflexão a partir do conhecimento de uma dada estrutura e de uma interpretação das conseqüências da ação a partir do acesso ao agente. As práticas podem ser entendidas como continuidades de encontros mais restritos (integração social) ou podem estabelecer conexões mais amplas no tempo e no espaço (integração sistêmica).

O que é especialmente útil para a orientação da pesquisa é o estudo, primeiro das interseções rotinizadas de práticas que constituem os “pontos de transformação” nas relações estruturais; e, segundo, dos modos como as práticas institucionalizadas estabelecem a conexão

entre a integração social e a integração do sistema. (GIDDENS, 1984, p. XXXV).

Para acessar a monitoração reflexiva que permite “pontos de transformação” nas relações estruturais é fundamental o acesso a cognoscitividade dos atores e o pesquisador não deve ignorar os aspectos da ação que não são enunciados discursivamente.

O estudo da consciência prática deve ser incorporado ao trabalho de pesquisa. (GIDDENS, 1984, p. XXXIV).

Os agentes devem ter reconhecida a sua cognoscitividade e sua aptidão em dizer acerca das condições de suas ações e de outros agentes, aptidão que não se restringe ao que eles traduzem discursivamente porque o agente também monitora um conhecimento tácito sobre o continuar das práticas rotineiras.

Quando o que os agentes conhecem a respeito do que fazem está restrito ao que eles podem dizer sobre isso, em qualquer estilo discursivo, uma área muito vasta da cognoscitividade é simplesmente subtraída da visão (GIDDENS, 1984, p. XXXV).

A capacidade reflexiva dos agentes operada entre a consciência discursiva e a consciência prática é que seria responsável pela manutenção das práticas e pela eventual modificação das mesmas.

É importante ser sensível às habilidades complexas que os atores possuem para coordenar os contextos de seu comportamento cotidiano. Os atores sociais possuem um considerável conhecimento das condições e conseqüências do que fazem em suas vidas cotidianas. Esse conhecimento não é inteiramente suposto nem fortuito para as atividades deles. Assim como as conseqüências do que fazem não derivam inteiramente de ações intencionais.

A cognoscitividade de atores humanos está sempre vinculada, por um lado, ao inconsciente e, por outro, às condições não reconhecidas/conseqüências impremeditadas da ação. Algumas das tarefas mais relevantes da ciência social deverão ser encontradas na investigação dessas fronteiras, a importância das conseqüências

impredictadas para a reprodução do sistema e as conotações ideológicas que tais fronteiras possuem. (GIDDENS, 1984, p.332).

A vida social pode, com muita frequência, ser previsível em seu curso, mas sua previsibilidade, em muitos de seus aspectos, são os atores que “fazem acontecer”. Entretanto, o estudo do que é não previsível não pode desconsiderar o investimento que o ator pretende a partir de uma ação intencional.

Se o estudo de conseqüências impredictadas e de condições não reconhecidas de ação constitui uma parte importante da pesquisa social, cabe-nos sublinhar, não obstante, que tais conseqüências e condições devem sempre ser interpretadas dentro do fluxo da conduta intencional. (GIDDENS, 1984, p. 336).

O conceito *conseqüências impredictadas* é aqui tratado como as conseqüências não previstas de atos intencionais ou não, com as quais nos deparamos ao estudar as práticas no contexto da vida social.

A vida social, em muitos aspectos, não é um produto intencional de seus atores constituintes, embora a conduta no dia – dia seja cronicamente levada a cabo de modo deliberado. É no estudo das conseqüências impredictadas da ação, como enfatizei com frequência, que serão encontradas algumas tarefas mais características das ciências sociais (GIDDENS, 1984, p. 404).

Daí a importância de conectar conseqüências impredictadas da ação com práticas institucionalizadas, aquelas que estão profundamente enraizadas no tempo e no espaço, que no caso do SAMU podem revelar a dificuldade de produzir a integralidade nas ações de saúde. As conseqüências impredictadas, sejam elas positivas ou não, são uma razão para profissionais reverem e modificarem suas práticas.

O que é “impredictado” e “não-reconhecido”, em qualquer contexto ou gama de contextos de ação, não constitui usualmente matéria fácil de descobrir (COHEN, 1996, p. 388).

Acessar o agente através do seu discurso e de sua prática e observar “em ato” outras influências dos sistemas sociais que atuam sobre as circunstâncias da ação é uma forma de “elucidar os processos concretos da vida social” e permitir uma maior reflexividade dos atores sobre sua prática.

As razões são causas de atividades que o indivíduo “faz acontecer” como característica inerente a ele ser um agente. Mas como a monitoração reflexiva da ação é limitada, conforme tenho freqüentemente insistido, existem fatores causais influenciando a ação sem atuar através da racionalização. Segue-se do que foi anteriormente dito que esses fatores são de dois tipos: influências inconscientes e influências que afetam as circunstâncias da ação, em cujo âmbito os indivíduos levam a efeito sua conduta. (GIDDENS, 1984, p. 407).

Essas últimas influências são as mais importantes, segundo Giddens, porque existem elementos nos contextos sobre os quais os atores não têm controle. São características facilitadoras ou coercivas do contexto.

Toda ação ocorre em contextos que, para qualquer ator, incluem muitos elementos que este não ajudou a produzir nem possui qualquer controle significativo sobre eles. Essas características facilitadoras e coercivas dos contextos de ação incluem fenômenos materiais e sociais (GIDDENS, 1984, p. 407).

São as “circunstâncias da ação”: As formas como esses fenômenos sociais e materiais influenciam enquanto facilitadores e restritores exemplificam o que Giddens chama de dualidade da estrutura. Essas circunstâncias seriam simultaneamente meio e resultado da ação. No contexto das nossas práticas rotineiras, em que reproduzimos cotidianamente ações, existe a influência da estrutura como “meio” e “resultado” nos sistemas sociais, como Giddens tão bem nos mostra, existe um monitoramento e uma consciência prática, mas existe também uma intenção. Essa intenção, que move tantas das nossas ações, é produzida pela racionalidade do ator, por seus valores, por suas subjetividades.

Quando uma nova prática é sugerida por uma política, surge uma necessidade de imputar um poder à intencionalidade que existe por trás dessa prática. A aposta que fazemos nas “boas” intenções pode gerar maior expectativa na intencionalidade realizada ou uma sensação de “fracasso”, já que nem sempre o que pretendemos ocorre como premeditamos. Existem conseqüências involuntárias de uma conduta intencional, as conseqüências impremeditadas. O que não significa que não deve haver um investimento na intenção, mas uma compreensão de que as práticas podem ser desempenhadas sem serem diretamente motivadas e, que as práticas podem ser transformadoras para além do limite da intencionalidade.

Segundo Cohen (1996), Giddens chama a atenção para um aspecto característico da conduta humana, o poder de intervir no curso dos acontecimentos.

A ação social depende unicamente da capacidade dos atores de “fazer a diferença” na produção de resultados definidos, quer pretendam ou não que esses resultados ocorram, quer estejam ou não conscientes de que eles ocorram. Visto que “fazer uma diferença” é transformar algum aspecto de um processo ou evento, a ação na teoria da estruturação é equiparada à capacidade transformativa (COHEN, 1996, p. 409).

Outro tipo de enquadramento metodológico proposto por Giddens para a pesquisa empírica é a análise institucional e a análise de conduta estratégica.

Na análise da conduta estratégica, o foco incide sobre os modos como os atores sociais se apóiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais (...). A análise da conduta estratégica significa dar primazia às consciências discursivas e práticas e às estratégias de controle dentro de limites contextuais definidos. As propriedades institucionais dos cenários de interação são metodologicamente supostas como “dadas” (GIDDENS, 1984, p. 339).

Esse tipo de análise sugere uma concentração nas atividades contextualmente situadas de grupos definidos de atores.

Na avaliação que fiz do SAMU, as atividades estavam situadas nos serviços observados e considerei como propriedades estruturais “dadas”, as políticas que determinam essa prática através da definição dos recursos estruturais entre outras. A partir desse contexto, analisei o processo de trabalho dos atores envolvidos nessa prática.

Analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas de atores localizados que se apóiam em regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação (Giddens, 1984, pag. 30).

O trabalho de campo pretendeu subsidiar uma análise baseada nas seguintes questões: existiriam condições estabelecidas através da política que facilitem a apropriação pelo SAMU das necessidades da população não atendidas (mesmo que restritas às necessidades definidas pelos profissionais)? As condições coercivas que dificultam o atendimento às necessidades da população e o padrão de normalidade de exclusão (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005) em que vive a população atendida pelo SUS reforçariam esse mesmo padrão de atendimento no SAMU? Qual a possibilidade de trabalhadores da saúde distantes do debate e da formulação das políticas públicas de saúde, aderirem às políticas propostas, se apropriando dos recursos previstos pela política?

Pretendi utilizar a teoria da estruturação de Giddens como ferramenta para pensar as práticas nos serviços de saúde, por acreditar no seu potencial explicativo e analítico e, especialmente, porque esta teoria possibilita abrangência de uso. Ela é compatível com outros métodos e estratégias de pesquisa e não constrange porque não parte de limites pré-estabelecidos e, principalmente, porque aposta na transformação, não baseada exclusivamente nas intenções dos atores ou nos recursos estruturais. Uma transformação que cabe entre os extremos do potencial da estrutura e do potencial do agente e que é permeada pela monitoração reflexiva dos atores sociais.

A teoria da estruturação fornece uma ontologia dos potenciais (COHEN, 1996 p. 416).

Giddens faz uma reconciliação entre estrutura e ação através da dualidade da estrutura.

Desprezar a reprodução de regularidades na prática torna impossível determinar como as propriedades estruturais resistentes são geradas e mantidas; inversamente, desprezar as propriedades estruturais torna impossível determinar as circunstâncias que os agentes requerem para reproduzir tais regularidades (COHEN, 1996, p. 418).

Após essa reflexão que pretendeu fornecer elementos para a proposição e análise da pesquisa empírica, passo a justificá-la a partir de um referencial mais operativo, o da avaliação. Os estudos de avaliação também pretendem produzir reflexão dos atores para modificar sua prática e, portanto, valorizam o monitoramento reflexivo que advém dos resultados da pesquisa, possibilitando, por exemplo, um espaço de visualização das conseqüências impremeditadas de uma prática advinda de uma política implantada.

Pode-se dizer que o debate mais atual sobre avaliação está centrado: nos tipos de estudos e modos de incorporar simultaneamente metodologias qualitativas e as tradicionais quantitativas; na utilização, pelos serviços, dos resultados das pesquisas de avaliação; e na institucionalização da avaliação. Sobre a institucionalização da avaliação Lins e Cecilio (2008) afirmam que existem infinitudes de intervenções e explicações da realidade e que, portanto, não são apenas o Ministério e os pesquisadores que intervêm e buscam explicar a realidade. Segundo os autores a dinâmica nas diferentes organizações produz singularidades a partir dos projetos em disputa (LINS e CECILIO 2008).

Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde, que identifica e respeita essa multiplicidade de segmentos que se agrupam e desagrupam para atingir certas finalidades, pode contribuir para o movimento contínuo de transformação das práticas em saúde (LINS e CECILIO 2008 p. 496).

Essa visão mais inclusiva da importância dos atores locais para a avaliação parece ser consensual. Deslandes (1997) propõe que a unidade de análise deve ser a *atuação em serviço* e não o serviço em si. A categoria *atuação em serviço* contemplaria as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos e ainda incluiria o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre essa atuação (DESLANDES, 1997).

De modo geral, a evolução classificatória dos tipos de estudos ocorreu no sentido de incluir elementos para além das normas e critérios de julgamento, incluindo a perspectiva de diferentes atores e contextualizando a avaliação.

Machado *et al*, 2008, indicam que a literatura divide a avaliação basicamente em três ramos: *avaliação normativa*, julgar uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização, os serviços e os bens produzidos e os resultados obtidos, com critérios e normas; *avaliação qualitativa*, estudos baseados nas perspectivas dos atores envolvidos em programas e serviços, onde se busca uma compreensão profunda dos significados das ações sociais que são objetos da avaliação; a *pesquisa avaliativa*, que pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa.

Ayres (2004) pontua a necessidade da avaliação elucidar e favorecer as potencialidades das práticas de saúde. Para tal sugere a *avaliação formativa*, compreendida numa perspectiva autocompreensiva e sócio-historicamente (re)construtiva, inspirada na tradição da filosofia prática de Gadamer, onde a responsabilidade constitui um princípio fundamental (AYRES, 2004). A *avaliação formativa* seria análoga conceitualmente à *avaliação qualitativa* por incorporar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorporando-se à *avaliação da qualidade* como uma possibilidade dessa última.

Para Hartz (2006) parece muito útil na avaliação das práticas em serviço, abrir mão da obrigatoriedade dos padrões, já que eles não são construções coletivas dos envolvidos nos serviços. Os princípios e diretrizes norteariam a avaliação sem constrangê-la (Hartz, 2006). De qualquer forma, os padrões, entendidos como normas obrigatórias, servem como instrumento para o julgamento, que continua a ser a base da avaliação.

Dentro da área de avaliação, existe como opção metodológica o estudo de caso. Segundo Minayo (2007), os estudos de caso são utilizados principalmente nas áreas de administração e de avaliação, e têm como aplicações que identifiquei com este estudo: compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; e explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos.

Avalio que a intervenção surgida a partir das políticas de atenção às urgências é complexa (HARTZ *et al.*, 2005): em primeiro lugar, pelo custo social alto da condição urgência/emergência e pelo impacto clínico e epidemiológico que a assistência neste nível pode ter; também porque as políticas interferem com a organização do sistema como um todo (unidades hospitalares, não hospitalares (incluindo as móveis), além da regulação de leitos); mobiliza uma enorme quantidade de recursos financeiros; prevê importantes mudanças de práticas, desde a regulação dos leitos hospitalares por uma unidade central, até a assistência às urgências que deve ocorrer na atenção básica; e principalmente por oferecer um serviço, atendimento em casa e transporte por ambulância, que era oferecido por municípios, partidos políticos, sem nenhuma regulação. Talvez a maior complexidade desse nível de assistência seja dada pela expectativa do usuário sobre a resposta a esse tipo de demanda. O atendimento às urgências, independente do local onde ocorre, representa um grande anseio de realização da população.

Também é contingencial (HARTZ *et al.*, 2005) já que a partir de 2002 houve a criação de uma coordenação especial para urgências e emergências no Ministério da Saúde (CGUE), com o objetivo de responder ao impacto negativo advindo de uma pesquisa de satisfação da população com os serviços de saúde. Houve um investimento do Ministério, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), além de representantes de categorias profissionais para elaboração das políticas. Sua enorme e rápida expansão, em todo o Brasil, indica sua prioridade. Finalmente, há destaque para o SAMU na página do Ministério, o que demonstra que esta é uma política na qual o atual governo quer investir.

Para ser, pelo menos em parte, mais definitiva, utilizei uma abordagem qualitativa a partir de instrumentos quantitativos. Por se tratar do estudo do estado do Rio de Janeiro, cheio de peculiaridades, posso classificá-lo como estudo de caso, com análise da *atuação em serviço* e não do serviço em si.

Uma importante abordagem que meu trabalho tangencia é em relação aos atributos denominados como “relacionais” (HARTZ *et al.*, 2005), já que minha preocupação central é a valorização do acolhimento das demandas, além da integralidade. Tratei da avaliação das posturas relacionais nas entrevistas com os gestores e no estudo do caso Rio de Janeiro, ou seja, na observação do campo.

Como a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que é estabelecido um juízo de valor que se constitui o parâmetro de referência, a utilização desses parâmetros deve ser complexificada quando os serviços se constituem o objeto mais freqüente de avaliação (NOVAES, 2000).

A *avaliação da qualidade*, inspirada no modelo donabediano, emprega métodos objetivos para análise ou mensuração técnica. Essa modalidade de prática é compatível com a *avaliação normativa* segundo vários autores (BOSI e UCHIMURA, 2007). Para esse referencial são

resultados relevantes para a avaliação a acessibilidade, a cobertura e a equidade. A equidade pretende priorizar a intervenção para aqueles com maiores necessidades de saúde. No caso do SAMU são os casos com maior potencial de risco de vida. Está sendo cumprido o mesmo critério utilizado no ambiente hospitalar, com maior eficácia, se presumirmos que o atendimento se dá prontamente. Mas, como fica a equidade para os que têm maior dificuldade de acessar o sistema de forma resolutiva, independente de sua condição clínica? Se os profissionais do SAMU não acolherem todos os pacientes que solicitarem atendimento, independente dos critérios técnicos de urgência, eles negam o potencial do SAMU de dar visibilidade aos gargalos do sistema, interferindo com o acesso e principalmente com a equidade. Também comprometem a legitimidade, que corresponderia ao grau de aceitabilidade, já que a população não quer ter seus pedidos negados. Resgatando a noção Donabediana de que os benefícios e os riscos são inerentes a qualquer intervenção, só responder ao risco de vida, limitaria o benefício de um cuidado coerente com a expectativa do paciente e aumentaria o risco de ilegitimidade. Essas demandas de necessidades ampliadas são coerentes com a pretensão do SAMU de ser observatório da saúde (uma das intencionalidades da política de urgências), mas são antes de tudo, definições políticas com implicações técnicas nas estratégias de treinamento e na avaliação dos indicadores de cobertura (SILVA, 1999). Atenção porque não estou desmerecendo a importância de atender ao risco de vida e sim chamando a atenção para a importância de não desmerecer o atendimento ao usuário que não apresenta risco de vida já que essas demandas ocorrem, em parte, porque não são atendidas em outro lugar.

Ao questionar o potencial do SAMU de ser observatório da rede, estou tratando da legitimidade do papel do Estado enquanto proponente de políticas e da legitimidade dos profissionais e gerente locais, enquanto executores das mesmas. Contandriopoulos (1999), ao tratar da legitimidade dos grupos de atores que interagem nos sistemas de saúde, atribuiu

maior legitimidade ao grupo com maior capacidade de representar a população. Concluiu que os profissionais de saúde são os que objetivam garantir o interesse comunitário. A legitimidade do profissional médico, segundo o autor, deriva em parte da capacidade da medicina de intervir sobre as patologias em função do enorme e veloz progresso da ciência médica. Em um país como o Brasil, com uma política de assistência à saúde universal, a maior legitimidade também poderia ser atribuída ao Estado enquanto proponente da política e especialmente enquanto gestor do SUS. A reflexão que pretendi foi atribuir legitimidade aos profissionais para além da sua capacidade técnica advinda do conhecimento científico, ou seja, legitimidade a partir da solidariedade e atribuir ao Estado responsabilidade justificada pelo papel de incentivar a implementação das políticas democráticas propostas (entendendo que o Estado não é capaz de por si só garantir tal implementação).

No que diz respeito à análise dos resultados desta pesquisa, pretendi encontrar elementos para futuras recomendações, como esperado em pesquisas avaliativas.

Uma ferramenta importante para análise das entrevistas é a construção de categorias que são utilizadas no cotidiano das pessoas para organizar, classificar e explicar o mundo (SPINK e MENEGAN, 2000).

As categorias, expressas por meio de práticas discursivas, são estratégias lingüísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem (SPINK e MENEGAN, 2000 p. 79).

A utilização das ferramentas tradicionais do planejamento não é suficiente para o amplo projeto de mudanças de práticas no SUS. Não ser suficiente não corresponde a não ser útil, mas nos indica, como citado acima, que é necessário parcimônia, menos onipotência e entender, como tão bem nos ensina Giddens, que os agentes humanos têm um conhecimento que pode ou não gerar mudanças a partir de um monitoramento reflexivo e que a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza (GIDDENS, 1984).

Também cabe refletir sobre as experiências vividas e não desperdiçá-las, como nos convida Boaventura de Souza Santos (2007), principalmente porque se pretende defender o SUS a partir da valorização de suas experiências boas (mesmo que pontuais). Entretanto, não se pode ignorar seu processo de desgaste, também baseado na experiência da população e profissionais, desgaste esse que interessa a alguns (que não abrirão mão de anunciá-lo).

Mais do que descrever ferramentas e aderir a teorias, espero especial contribuição do que aprendi com Giddens para dialogar com o que está apresentado neste trabalho.

Os conceitos da teoria da estruturação, como no caso de qualquer perspectiva teórica concorrente, devem ser considerados, para muitos fins de pesquisa, nada mais do que recursos sensibilizadores. Quer dizer, eles podem ser úteis para se refletir sobre problemas de pesquisa e para a interpretação dos resultados de estudos (GIDDENS, 1984, p. 385).

Após esta descrição dos recursos metodológicos e teóricos que utilizei durante a pesquisa, retomo a descrição das etapas do trabalho.

5. 2. Etapas de realização do trabalho

5. 2. 1. Estudo da Política Nacional de Atenção às Urgências

Optei pelo estudo das políticas públicas porque os documentos oficiais expressam as intencionalidades e expectativas dos formuladores. Esses documentos também geram expectativas e modificações reais, que podem ser pontuais ou substantivas. É a partir da análise desses documentos que será possível averiguar se o princípio da integralidade está contemplado por essa política. A Política Nacional de Atenção às Urgências é um documento que contém um conjunto de portarias que tratam desta área da assistência. A Regulação Médica das Urgências - Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde é outro documento chave para o estudo das políticas de urgência, porque além de apresentar as

Portarias que compõem a própria política, esse documento é adotado como material de base para capacitação dos profissionais do SAMU.

Para seleção das Portarias que compõem A Política Nacional de Atenção às Urgências analisadas excluí as que tratam de incentivo financeiro, de adequação de área física e de situações clínicas específicas (como redução de acidentes). Busquei também, a lista de legislações que, na página do SAMU no *site* do Ministério da Saúde até o ano de 2008, eram indicadas como as que regem, regulam e normatizam a área, a fim de checar se haviam outros documentos importantes para a análise pretendida. Esta lista de legislações do *site* do Ministério da Saúde está no anexo II, p.331. Utilizei o mesmo critério de exclusão descrito acima. Durante o processo de pesquisa houve modificação da página do Ministério da Saúde, e esta listagem do anexo II, não está mais disponível. No decorrer do trabalho também foram editadas Portarias que deram continuidade à implantação da política e que foram analisadas. Essas portarias tratam da implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA, da integração do veículo motocicleta – motolância – na frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e do Programa QualiSUS – Urgência.

A seguir, apresento o conjunto de documentos que foi objeto de análise.

1. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
2. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU.
3. Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
4. Portaria nº 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências.

5. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências.
6. Regulação Médica das Urgências. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde
7. Portaria nº 2922, de 2 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA.
8. Portaria nº 2971, de 8 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta – motolância.
9. Portaria nº 3125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o QualiSUS –Urgência.

Pretendi com essa etapa da análise, além de verificar a importância dada à integralidade por essa política, instrumentalizar minha capacidade de diálogo para as entrevistas e para o trabalho de campo de forma geral.

5. 2. 2. Entrevistas

Outra estratégia de abordagem foi a realização de entrevistas semi-estruturadas com coordenadores dos SAMU do estado onde foi feita a pesquisa de campo. Também foram entrevistados dois representantes do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, o seu coordenador e o representante da Rede Brasileira de Cooperação em Urgência e Emergência (RBCE), além do Superintendente de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC). Essa abordagem pretendeu verificar como os gestores compreendem o potencial da integralidade no SAMU.

O Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, instituído pela Portaria nº 2072, acompanha a atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil. Esse comitê é representado por muitas e diferentes entidades, algumas pertencentes ao Ministério da Saúde, outras também governamentais, outras representantes de órgãos formadores, além das representações de corporações (no anexo 3, p. 335 está listada a composição do Comitê).

Todas as representações têm interesse na atenção às emergências, mas seu nível de intervenção neste objeto é muito diferenciado.

A Coordenação Geral de Urgências e Emergências (CGUE) é o principal nível gestor dessa atividade dentro do Ministério. Apesar de este cargo ter um caráter técnico, o seu caráter político traz uma instabilidade de representação que é comum a outros níveis de coordenação. Mesmo considerando certa instabilidade política inerente ao cargo, não há dúvida de que esse gestor é o principal ator específico para esse nível de atenção. Escolhi para representar o Comitê Nacional Gestor o representante da Rede Brasileira de Cooperação em Urgência e Emergência (RBCE) porque esta rede, além de representar os profissionais da emergência, tem grande interesse nesta atividade e tem tido participação decisiva junto ao nível central, inclusive na formulação das políticas. Com a seleção desses atores pude entrevistar gestores do nível central, estadual, local e um representante dos atores da prática assistencial.

Pretendi, com a abordagem da entrevista, verificar se: os atores reconhecem a importância do SAMU para organizar a rede assistencial; se reconhecem a importância do SAMU para dar visibilidade ao déficit assistencial atual e se reconhecem a importância do SAMU acolher o máximo de demandas para legitimá-lo perante a população. Com isso, a integralidade se daria pelo sentido da organização dos serviços e pelo sentido do reconhecimento das necessidades individuais.

O roteiro que norteou a conversa está ilustrado por essas perguntas.

1. Qual a sua expectativa com a criação do SAMU?
2. Como é constituída a relação do SAMU com a rede local?
3. Como os profissionais se vêem na assistência do SAMU?
4. Como os profissionais se relacionam com outros profissionais da rede e com os usuários?
5. Qual a função do Comitê Gestor?

A partir da leitura de Spink e Menegan (2000), estou consciente de quanto meus valores incidiram sobre o delineamento da pesquisa, assim como incidiram sobre sua interpretação (conceito de reflexividade, segundo a autora). Assim como também espero que a entrevista tenha sido um convite para a reflexividade dos atores.

5.2.3. Observação do trabalho “em ato” nos SAMU

Escolhi trabalhar com o estado do Rio de Janeiro, por dois motivos principais (além da óbvia facilidade geográfica). O primeiro é o estado estar utilizando uma gestão conjunta do atendimento móvel com a corporação dos bombeiros, com bons resultados para o SAMU local, gerando um “caso” singular. Outra singularidade está na própria constituição da rede assistencial do estado, muito complexa e sempre deficiente, e como última justificativa, a oportunidade que tive, ao longo do ano de 2006, de realizar uma pesquisa nas emergências hospitalares do estado do Rio de Janeiro, cujos resultados trouxeram elementos para análise, além de curiosidade investigativa. Portanto, trata-se de um estudo de caso, que se justifica em situações complexas, por pretender extensa descrição e análise, a partir da investigação empírica desenvolvida em um determinado contexto (COSENDEY, 2000).

Para essa etapa poderia utilizar usar um indicador de utilização de serviço, que compõe um dos muitos indicadores possíveis no referencial da avaliação. Alguns indicadores clássicos dialogam com minha expectativa de avaliação dos SAMU; o acesso como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo; a aceitabilidade como o grau com que os serviços ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população; e o respeito ao direito das pessoas como a capacidade de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.

Um indicador de utilização do serviço poderia ser o número de atendimentos e chamadas por dia. Entretanto, essa informação isolada não me pareceu muito importante, como discutido nos resultados. Em primeiro lugar porque há pouco registro sobre o assunto na literatura. Depois porque a população e condições geográficas de cada SAMU são muito diversas, dificultando comparações. Alguns autores descreveram algo sobre o volume de atendimento dos SAMU estudados e sua capacidade estrutural (TANNEBAUM e ARNAOLD, 2001; MEIRA, 2007; CHOMATAS, 2005; ALMEIDA, 2007).

As questões chave a serem verificadas para analisar as práticas de atenção às urgências nos serviços do SAMU são: relação do SAMU com o sistema de saúde e desempenho da unidade, com o intuito de dialogar com as mesmas questões tratadas nas entrevistas.

A estratégia de aproximação do campo dependeu de negociações feitas com as coordenações estaduais. Atualmente o estado do Rio conta com três coordenações regionais do SAMU. Uma municipal, uma na região metropolitana I e outra na metropolitana II. Esses coordenadores foram os atores locais escolhidos para entrevista. Uma abordagem pretendida foi analisar os indicadores que a própria política propõe para avaliação dos resultados como a produção do desempenho (nº de atendimento em 24h e percentual de encaminhamento para internação) e de cuidados com o paciente (seriam indicadores de efetividade do serviço, segundo o aporte da avaliação).

Para descrever as “circunstâncias da ação” como propõe Giddens, pretendi utilizar as dimensões propostas por Donabedian para avaliação de serviços, que metodologicamente são indicadores divididos em estrutura, processo e resultado. Os indicadores propostos pela política seriam indicadores de resultados do atendimento. A estrutura estaria representada pela composição da equipe e quantitativo de ambulâncias, que são sugeridos em função do número de habitantes da região. E o processo seria avaliado pelo acesso, aceitabilidade e respeito ao direito do usuário. O foco foi dividido entre indicadores de processo, porém dialogando com a

estrutura de recursos humanos e tecnológicos prevista pela legislação e com os resultados advindos dos indicadores produzidos por orientação da própria política.

Para a definição do tamanho da equipe e do quantitativo necessário de ambulâncias para cada SAMU, existem critérios sugeridos nas portarias para: MR (médico regulador); TARM (telefonista auxiliar de regulação médica); RO (rádio operador); e PT (plantonistas). Os números definidos referem-se à composição mínima dos postos de trabalho e da equipe de regulação para cada Central de Regulação SAMU, devendo ser maior na medida em que a demanda evoluir e assim o exigir, pois “todos os chamados de socorro devem ser obrigatoriamente regulados pelo médico e não deve haver fila de espera para acolhimento dos chamados telefônicos” (pág. 92 da regulação médica de urgências). As ambulâncias devem ser adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico (USB) à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado (USA) à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (pág. 23 da política nacional de urgências, na Portaria nº 1864 de 2003, que institui o SAMU).

A equipe proposta para o estado do Rio de Janeiro e o número de ambulâncias, segundo critérios da Portaria nº 1864 de 2003 (para as ambulâncias) e da Regulação Médica das Urgências (para os profissionais) estaria assim constituída:

Para o SAMU do município do Rio de Janeiro com população de 6.094.183 habitantes: 7 MR dia; 3 MR noite; 14 TARM dia; 4 TARM noite; 5 RO dia; 3 RO noite; 26 PT; 40 a 60 ambulâncias de suporte básico e 13 a 15 de suporte avançado.

Para o SAMU Metropolitana I, composto por 10 municípios, com população de 3.489.782 habitantes: 5 MR dia; 2 MR noite; 10 TARM dia; 3 TARM noite; 3 RO dia; 2 RO noite; 18 PT; 23 a 35 ambulâncias de suporte básico e 7 a 8 de suporte avançado.

Para o SAMU Metropolitana II composto por 7 municípios, com população de 1.851.649 habitantes: 5 MR dia; 2 MR noite; 6 TARM dia; 3 TARM noite; 2 RO dia; 1 RO noite; 12 PT; 12 a 18 ambulâncias de suporte básico e 4 de suporte avançado.

As análises propostas para o processo do trabalho foram relacionadas com essas características estruturais.

Penso que os critérios atribuídos pelas Portarias devem ser “checados” já que esse é um serviço novo no Brasil e a experiência de curto prazo no SAMU pode gerar informações que modifiquem e qualifiquem esses critérios. Também acredito que esta etapa foi fundamental para dar visibilidade a questões que vão além do discurso.

6. Resultado

6.1. Estudo da Política Nacional de Atenção às Urgências

6.1.1. As políticas de saúde e a atenção às urgências

Antes de analisar os documentos que compõem a política de urgência, apresento uma reflexão sobre o processo de formulação e implantação das políticas de saúde em geral e das forças de poder em disputa envolvidas nesse processo.

A formulação de política tem que ser entendida essencialmente como um processo político, em vez de um processo analítico de solução de problema. É um processo de negociação, barganha e acomodação de muitos diferentes interesses que refletem a ideologia do governo em poder. (WALT, 1994, p. 73, tradução da autora).

O que essa citação da Walt (1994) pontua, é que os formuladores de políticas, a partir de um problema e de uma intenção, propõem uma norma que reflete seus interesses, mas que foi produzida em um cenário de disputa.

Luz (2007) entende políticas de saúde, como o conjunto de formas de intervenção concreta na sociedade, que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência das grandes camadas populacionais.

Ao fazer uma análise das relações entre Estado, políticas e instituições de saúde no Brasil, Luz (2007) diz que a repercussão de políticas, como as de saúde, acaba se revelando como real expressão secular de nossa ordem social, no plano da organização e do funcionamento. A escola, o hospital, a política, a lei, a norma, etc. (conjunto de aparelhos institucionais) têm seu papel na produção, reprodução, divulgação e assimilação institucional das políticas de saúde.

O SUS, enquanto política pública, constitui uma arena de conflitos onde atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem tensões para sua implementação (VIANA *et al.*, 2006).

É preciso distinguir política institucional e prática institucional. O discurso institucional (programas, normas, leis, etc.) expressa, predominantemente, o pólo dominante. Portanto, o discurso hegemônico nas instituições é, via de regra, a expressão do pólo institucional dominante. Há nessa identificação, uma ocultação das contra normas, das práticas desviantes, das normas paralelas, dos processos de sabotagem à normalização institucional, enfim, das oposições (LUZ, 2007).

Esse reconhecimento das oposições é fundamental para entender que o discurso normativo (leis, planos e programas) pode mudar sem se alterar radicalmente a prática institucional; afinal, as instituições, mais que simples reprodução do Estado, são contraditórias e funcionam como campo de luta. Esse reconhecimento é fundamental para despotencializar a expectativa no recurso “norma”, que é um componente da estrutura (no modelo Donabediano) e que, como qualquer requisito de estrutura, apenas propicia um processo e um resultado.

No Brasil, observa-se uma significativa quantidade dessas normas, propostas com a intenção de equacionar problemas de saúde frente à lógica das disputas intra e extra institucionais, com seus diferentes potenciais de articulação e pressão. Talvez a extensa produção documental pretenda, a partir de uma estrutura normativa, diminuir a distância entre política e prática institucional. O “tamanho do problema” também pode ser um indutor prescritivo.

A explosão normativa é incapaz de fazer funcionar as políticas de saúde mais inovadoras, como o SUS (LUZ, 2007, p. 14).

Os problemas de saúde (tão bem descritos na citação abaixo) refletem a dificuldade de superar as atuais lacunas assistenciais e fragilidade do Estado na condução desse processo.

Assim, a Saúde com “S” maiúsculo, setor do Estado que deve se encarregar da doença da população (ou setores dela), tem sido marcada na sociedade brasileira, como nas demais formações sociais capitalistas, por esta ambigüidade profunda: ser, por um lado, repositora (ou substituta) de algo que a própria estrutura social subtrai; por outro, ser projeto de medicalização que nunca se estende como

quereria, como deveria, para suprir – medicamento – a carência de saúde da população. Ser, portanto, doença relativa (LUZ, 2007, p. 32).

O Estado, para garantir o direito à saúde para toda a população brasileira, atua através de três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, em suas relações.

A Lei Orgânica da Saúde, fruto de debates entre o Legislativo e o Executivo, é bastante abrangente e positiva no que diz respeito à garantia do direito, pois afirma a universalidade e a integralidade e define as responsabilidades do Executivo nas três esferas de governo. Caberia ao Executivo Nacional a regulamentação necessária à condução da política de acordo com os princípios do SUS (MACHADO *et al.*, 2007). As autoras ressaltam que caberia ao Executivo Nacional (na figura do Ministério da Saúde): a luta pela inserção da saúde num novo modelo de desenvolvimento e numa lógica de proteção social abrangente; a busca de consolidação dos princípios e diretrizes do SUS no território nacional; e a redução das desigualdades em saúde. Ao legislativo caberia exercer o papel de mediador/representante dos interesses da população e dos estados na garantia do direito à saúde e na definição de novas políticas institucionais (MACHADO *et al.*, 2007).

Ao invés de investir em ações a fim de implementar o SUS, as autoras identificam que houve, na década de 90, redução do papel federal de prestação direta e limitações no financiamento. No planejamento houve baixa integração entre políticas, fragmentação na condução das mesmas e predomínio de estratégias de curto prazo. A configuração de um novo modelo de regulação na saúde aumentou os mecanismos de indução federal sobre estados e municípios (com destaque para as normas e Portarias atreladas a incentivos financeiros) e a expansão de estratégias ainda frágeis de regulação de mercados em saúde, mais orientadas pelas perspectivas de organização de mercados e proteção dos consumidores (MACHADO *et al.*, 2007).

A fragmentação na condução das políticas e o excesso de normatização federal em alguns âmbitos prejudicam a compreensão da direcionalidade da política nacional. Analisando os

diferentes campos de atuação do executivo federal, as maiores lacunas estavam nos recursos humanos (formação de profissionais e gestão do trabalho em saúde) e nos insumos para a saúde. Como consequência houve prejuízo do cuidado à saúde na perspectiva da universalidade e integralidade, com maior manifestação nas esferas estaduais e municipais (MACHADO *et al*, 2007).

Machado *et al* (2007) lembram que a ação do Legislativo também expressa uma fragmentação acentuada, com um movimento predominante de demandas legítimas, porém específicas de determinados grupos. Na relação com a sociedade há o entendimento de que a atuação de um parlamentar deve atender à representação que o elegeu (que pode ser territorial ou de uma área de interesse), explicitando a relação de troca. Observa-se aprovação de emendas parlamentares com destino de recursos para localidades, unidades de saúde e outros sem um planejamento integrado com a política de saúde de forma mais ampla e com os interesses do SUS. Mesmo reconhecendo a importância e contribuição positiva das demandas específicas (como ocorreu com a AIDS), o atendimento a tais projetos geram, como consequência, um aumento de demandas específicas, onde terão sucesso os grupos com maior expressão social e capacidade de pressão. É favorecida uma prática de fragmentação do direito (MACHADO *et al*, 2007).

As decisões do Ministério da Saúde expressam a predominância de uma racionalidade administrativa ativada por engrenagens distantes dos problemas cotidianos de saúde da população. A maior parte das portarias sinaliza o desfecho do processamento de solicitações individualizadas (BAHIA *et al.*, 2007, p. 1797).

Em função do até então discutido, a atuação do Executivo (exercer o papel principal na condução das políticas públicas) e do Legislativo (legislar e controlar) devem ser compreendidas a partir do contexto político e institucional do próprio Estado e dos arranjos de poder estabelecidos.

Nesse contexto, a ação do Judiciário e do Ministério Público, fundada numa revisão de suas responsabilidades por novas regras institucionais, ganham destaque na busca de garantia dos direitos dos cidadãos à saúde. Por outro lado, a ação do Judiciário e do Ministério Público também é fragmentada entre milhares de autoridades que, para decidir e julgar operam com critérios definidos por técnicos, que disputam e representam diferentes interesses. Entretanto, houve expansão do papel do Poder Judiciário como mediador de conflitos políticos, defensor das regras constitucionais e assegurador de direitos de cidadania, com atuação em áreas não equacionadas pela política nacional de saúde.

Portanto, no que se refere à concretização do direito à saúde, os Poderes do Estado revelam a fragilidade e as deficiências de relacionamento existentes (MACHADO *et al.*, 2007). Outra função do Estado que atua sobre as relações entre os atores é a regulação.

A regulamentação é o ato de normalizar em regras a regulação, que expressa a intencionalidade do ator ao exercer sua capacidade e seu poder instituído (SANTOS e MERHY, 2006).

Na prática, os dois termos têm sido utilizados sem muito rigor, apesar de regulamentação ser utilizada mais no sentido do processo de produção de atos para regulamentar, seguido de um posterior processo políticoadministrativo de regulação de relações e contratualidades entre atores com interesses conflitantes (SANTOS e MERHY, 2006, p. 29).

A regulação, entendida como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação do ato de saúde pelos serviços, pode ser conceituada como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução (SANTOS e MERHY, 2006). Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. O processo regulatório ocorre tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas aos serviços (a microrregulação), quanto no aspecto das definições das políticas mais gerais, a macrorregulação. Essa última consiste nos

mecanismos mais estratégicos de gestão: o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde (SANTOS e MERHY, 2006).

Antes da Reforma Sanitária¹², a regulação era pautada pelo estímulo e expansão do setor privado e a partir do SUS, atualmente deve ser pautada pelo direito à saúde.

O processo de regulamentação da relação entre os entes federados foi consubstanciado na edição das Normas Operacionais (NOB 01/91, NOB 02/91, NOB 01/93, NOB 01/96 e na NOAS 01/2002). Essas, de forma mais ou menos elaborada, trataram do processo de regulação nos seus vários componentes, notadamente os de controle e avaliação. A principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório. Recentemente foram editados o Pacto da Saúde (2006) e o Mais Saúde (2008) com avanços na regionalização com responsabilização solidária e na inclusão social para reversão das iniquidades na saúde.

Somente por meio da NOB 93, uma parcela do processo de gestão, inclusive a capacidade regulatória, foi transferida para os gestores estaduais e municipais. A NOAS 01/2002 introduziu o conceito de “regulação assistencial”, incluindo a do acesso às urgências (SANTOS e MERHY, 2006).

A ação reguladora do Estado ampliou seu escopo de ação ao lançar mão de novos instrumentos com a regulamentação dos planos de saúde e criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999.

¹² A regulação já ocorria nas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente, no Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS).

Segundo Viana e Machado (2009) o Estado dispõe de amplos recursos de regulação para atuar sobre os mercados e sobre as instâncias subnacionais. O modelo de descentralização proposto pela regulamentação da relação entre os entes federados descrito acima, enfatizou a municipalização. Atualmente um dos desafios desse processo de atuação federal na coordenação intergovernamental da saúde é a reconfiguração do papel da esfera estadual.

Outro desafio que implicará no avanço do processo de regulação da assistência far-se-á mediante a integração dos subsistemas de regulação, articulados em um Sistema Nacional de Informação em Saúde, com os mesmos padrões de informação, tabelas, cadastros, entrada de dados, identificações comuns, que possibilitem cruzamentos, extração de indicadores e constitua, de fato, um instrumento para as ações da regulação e avaliação da assistência. Além das ferramentas e estratégias de regulação, outra questão imbricada nessa ação do Estado é o interesse ideológico que a fundamenta.

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade, ou quem seria o beneficiário desta ação. O pressuposto da regulação pública nem sempre comanda e define a ação. Muitas vezes, o aparelho de estado encontra-se refém de outros interesses disputantes e define a regulação e seus mecanismos ancorado nesses pressupostos (SANTOS e MERHY, 2006, p. 38).

Portanto, outras forças políticas, com forte poder de negociação, têm que ser levadas em consideração na análise da regulamentação estatal, como os grandes laboratórios farmacêuticos, as corporações médico-hospitalares e os serviços privados de saúde. Essas forças sociais têm profunda presença em todos os níveis e esferas governamentais e pressionam fortemente o Estado no sentido de seus interesses.

Esses interesses disputaram junto ao Estado, de forma diferenciada entre os anos 80 e o novo milênio.

Se o movimento sanitário foi um importante interlocutor do Legislativo no período pré-constituente e constituinte, nos anos 1990 e

2000 percebe-se a forte presença das corporações profissionais, das representações dos prestadores de serviços, bem como das representações do setor produtivo (da saúde e externo – indústrias em geral) no debate parlamentar (MACHADO *et al.*, 2007, p. 53).

Os atores de mercado, na posição de provedores de serviços de saúde para o SUS e para o setor de seguros de saúde, foram fortalecidos mediante subsídios públicos diretos e indiretos, exercendo influência direta sobre as decisões governamentais, legado de influência anterior ao SUS (CÔRTEZ, 2009).

A complexidade da representação de interesses no sistema de saúde brasileiro exige mudanças nas entidades de representação dos profissionais. Parte considerável da agenda das entidades médicas tem sido ocupada com negociações com empresas de planos e seguros de saúde e em menor medida com reivindicações para o SUS (BAHIA, 2009). A própria Frente Parlamentar de Saúde (criada em 1993) representa uma renovada articulação de interesses do mercado e Estado.

Além das pautas conjuntas entre parlamentares e entidades de representação de interesses públicos e privados, os vínculos estabelecidos mediante as nomeações intermediadas por partidos políticos da base governista para os cargos do Ministério da Saúde e agências reguladoras estabelecem um fluxo político direto e permanente entre o Legislativo e o Executivo. O poder executivo também institui novas arenas de articulação de interesses no âmbito do subsistema privado. (BAHIA, 2009).

A promulgação de uma cidadania normativa não desfaz por passe de mágica o painel de suportes materiais e políticos, que dinamiza a discriminação e a desigualdade. A apropriação particular dos bens públicos esteve e continua presente na edificação do sistema privado de saúde. As trocas políticas que presidem a estratificação do acesso e utilização de serviços são desiguais. Empenha-se a solidariedade formal ao SUS em troca da obtenção de benefícios concretos no

mercado de planos e seguros privados de saúde (BAHIA, 2009, p. 760).

Essa fala de Bahia representa uma análise das bases materiais e políticas que redefinem o âmbito de atuação do SUS. Fleury (2009) também aponta a crescente presença do mercado de seguros como um desafio para o SUS. Outro desafio seria a ausência de recursos financeiros necessários (FLEURY, 2009).

Esses desafios apontados até o momento têm forte impacto sobre a incorporação dos profissionais de saúde no SUS.

Para garantir a universalidade e integralidade propostas constitucionalmente no SUS, uma das exigências era uma política de recursos humanos consistente. Entretanto, segundo Machado *et al.* (2007), essa política foi conduzida com redução de gastos com pessoal, atendendo a uma agenda adversa à expansão do funcionalismo, e atendendo ao mercado privado. Os estados e municípios, na impossibilidade de contratação e remuneração adequadas de profissionais de saúde, muitas vezes recorreram às terceirizações e outras formas precárias de vinculação de profissionais no SUS (MACHADO *et al.*, 2007).

Segundo Luz (2007), nos anos 90, o Estado tratou sua força de trabalho na área da saúde de forma predatória, pela defasagem crescente de seus salários, pela quase inexistência de recursos para atender ao crescimento da demanda por atenção médica, ou ao menos para repor o contingente de profissionais em função de mortes ou aposentadorias, e pela exigência de uma crescente produtividade, desacompanhada de condições mínimas de trabalho adequadas para o desempenho de suas funções. A autora indica que o reflexo dessa situação tem sido dramático, sobretudo entre os médicos (LUZ, 2007).

A mesma autora alerta que os flagrantíssimos do mau atendimento em unidades totalmente abandonadas pelo poder público, onde os profissionais desempenham suas funções como frente de batalha, podem servir para manipulação da opinião pública no sentido de isentar os

governos de sua responsabilidade, transformando os profissionais em bodes expiatórios da política de saúde (LUZ, 2007).

Concomitantemente, as manifestações da imprensa, que são um instrumento de formação da opinião pública, atendem ao interesse da medicina privada, reforçando o imaginário de que só os serviços privados são de qualidade.

Machado *et al* (2007) observaram, a partir de 2003, uma maior valorização das políticas de recursos humanos em saúde do Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, cuja atuação tem-se orientado para a regulamentação e “desprecarização” das condições de trabalho na área e para o fortalecimento da formação de profissionais para o SUS. A partir de 2007, são mais evidentes as estratégias de articulação entre os ministérios da Saúde e da Educação, indicando a possibilidade de valorização profissional (MACHADO *et al.*, 2007). Entretanto, o passado de não investimento nos profissionais de saúde (que era uma condição necessária para sustentar os princípios do SUS legalmente instituídos) teve implicações persistentes.

Em virtude de seu caráter histórico de reivindicações, admite-se que a construção do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir o seu sentido. Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de *exercê-lo* (ASENSI, 2007 p. 80)

Uma estratégia da sociedade para exercer, no mundo social o direito à saúde, é sua organização.

Segundo Luz (2007), organizam-se movimentos sociais pela cidadania que apontam para uma sociedade que busca fazer-se presente na cena histórica no sentido de exigir do Estado, quase arrancar, direitos políticos, econômicos e sociais de cidadania. Esses movimentos mostram a existência, na sociedade brasileira, de uma face política bem menos passiva, embora pouco ouvida (LUZ, 2007). Para a mesma autora, do local para o central tem havido avanço da participação social a partir de movimentos populares e da organização da sociedade,

produzindo controle social e desconcentração do poder estatal, além de democratização da política de saúde. Participam da política o Estado, atores institucionais da área e grupos da sociedade civil. A autora fala do *sociativismo público* (LUZ, 2007).

Na década de 90 houve o surgimento e desenvolvimento participativo das organizações não-governamentais (ONG), com impacto na movimentação política civil envolvendo a questão da saúde. A Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) é um exemplo dessa organização na luta pela assistência às urgências, tema deste trabalho. Castro (1991) defende o conceito de “redes de políticas” que seriam um conjunto de atores que se articula em uma área de intervenção a partir de um objetivo particular. As redes seriam novas formas de intermediação de interesses, ora mais pluralistas, ora mais corporativistas, ao lado das práticas clientelistas e corporativistas tradicionais (CASTRO, 1991). Trata-se de institucionalizar contrapesos ao poder via fortalecimento dos mecanismos tradicionais de representação e/ou de novas formas de participação. A RBCE cumpre esse papel de uma representação de interesses organizados. Identifico-a como uma nova forma de representação, tese defendida neste trabalho. Castro (1991) exemplifica essa forma de representação com a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva).

Côrtes (2009) identifica duas redes de políticas com forte influência na saúde nas últimas três décadas. A primeira dos anos 70 formada por dirigentes públicos do INPS e INAMPS atuou na consolidação e expansão de um modelo de saúde caracterizado por provisão privada, oferecida nos centros urbanos, financiada com recursos da previdência social e controlada por mecanismos frágeis de regulação. A segunda, nos anos 80 e 90, formada por pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde, conhecida como movimento sanitário. Após o SUS a autora destaca o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), como fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal (CÔRTEZ, 2009). As Conferências de Saúde, formas de representação formalmente instituídas, têm

também o efeito de pressionar o Estado “de baixo para cima” no sentido de desconcentração, através da luta pela participação na gestão dos serviços (LUZ, 2007). É fato que existem mecanismos de participação (ou representação) bem instituídos no SUS, como os Conselhos de Saúde, mas sua real influência ainda é frustra (LUZ, 2007).

A instituição de espaços de participação é importante porque os cidadãos tendem a ver as instituições não como fruto da sociedade, portanto como manifestação histórica de suas lutas ou necessidades sociais, mas como manifestação da grande soberania que é o Estado. As relações dos simples cidadãos com essas instituições tendem a ser de manipulação do tipo clientelista ou de subserviência no sentido de obterem serviços a que têm direito constitucional (LUZ, 2007). Nesse sentido, segundo Luz (2007), é como se o povo estivesse se conformando com a dominação e a violência institucional às quais é cotidianamente submetido, pela perda da esperança na democratização da ordem social.

Os discursos jurídicos de cidadania, além de restritos, são meramente formais, pois não se materializam em direitos sociais e políticos institucionalmente estabelecidos e reconhecidos na prática pela totalidade dos setores sociais. Nesse contexto, a democracia é um projeto que nunca se realiza historicamente, um horizonte sociopolítico sempre recuado (LUZ, 2007, p. 69).

Esse contexto produz uma importante contradição traduzida no entendimento que a população tem sobre o SUS como direito à saúde e valor social.

O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos, medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou de segmento populacional é considerada “normal”(FEUERWERKER, 2005, p.491).

Outra fragilidade apontada por essa autora, é que ainda não se construíram os meios para haver diálogo entre os diferentes níveis de atenção.

A distância entre os propositores de políticas e outros atores, sejam eles gestores locais, profissionais ou a população em geral, assim como a pouca representatividade desses atores no legislativo podem vir a desacreditar sua capacidade de negociação e, gerar como consequência, certa desconfiança em relação ao Estado. Outra fonte de desconfiança está no poder que a burocracia tem como agente do Estado e fonte de insidiosa e constante corrupção. Esta marca estruturante nunca abandonou por completo a burocracia ou a sociedade civil brasileira (LUZ, 2007).

Para Almeida (2005) o modo como o Estado intervém e a profusão de políticas produzidas, certamente confunde enormemente o gestor que se depara a todo o momento com novos programas, novas ações, devendo se readaptar constantemente sem, na maioria das vezes, participar do processo de formulação. Os usuários, por sua vez, mantêm-se a parte, geralmente desconhecendo por completo a existência dessas ações que, a princípio, deveriam favorecê-los.

A não participação dos profissionais e comunidades na formulação das políticas contribui com a distância entre o formulado e o implantado. Para fortalecer esses atores, sua participação deve ocorrer em todas as etapas do processo, desde a formulação até a implantação e o controle de políticas e estratégias de saúde, co-responsabilizando-os.

Mesmo nas formas instituídas de participação podem ocorrer instabilidades, como a dos secretários do CONASS e CONASEM que é permeada por forte influência política, além de ser instável em médio prazo, já que esses cargos são fruto de eleição e indicação.

No que diz respeito às relações entre esferas de governo, vale dizer, que uma política de âmbito nacional, ao ser implementada estabelece relações intergovernamentais. Essas relações são complexas no Brasil. O atual arranjo federativo ao definir simultaneamente as

responsabilidades e os dispositivos de arrecadação nos diferentes níveis acaba por demandar a formulação de uma adequada estrutura de incentivos capaz de induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo. Essa estrutura de incentivos se faz necessária para estados e municípios, que são os agentes implementadores do SUS nos níveis regional e local. Essa dependência do financiamento ocorre num cenário em que esses entes federativos tendem a manter relações marcadas por disputas predatórias por recursos e não assumem comportamentos cooperativos entre si (VIANA *et al.*, 2006).

A diversidade entre os entes federativos propicia distorções nas necessidades e capacidades operativas de cada um, que nem sempre são consideradas quando há condução centralizada.

É habitual na política social brasileira, uma norma central niveladora e imperativa (LUZ, 2007, p. 116).

Ou seja, o Brasil caracteriza-se por um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes, mas igualado pelos mecanismos de descentralização, pactuação e participação que geram novas capacidades locais (FLEURY, 2009).

...a implantação do SUS foi apoiada por lógicas distintas: a centralização federal possibilitou uma política descentralizadora com protagonismo federal em termos de normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução nacional. Já a descentralização foi apoiada por atores sociais e políticos das instâncias subnacionais fortemente organizadas e por gestores federais em períodos específicos (VIANA e MACHADO, 2009, p. 811).

Outra crítica importante feita às políticas de saúde no Brasil por Baptista (2007) é de que o Ministério da Saúde faz um esforço grande na regulamentação de estratégias de curto prazo atendendo às propostas políticas de cada gestão de governo, em detrimento de políticas de médio e longo prazos, capazes de articular gestores estaduais e municipais e a sociedade civil por mais de uma gestão, um projeto político para a saúde no país.

Baptista (2007) diz que os instrumentos de indução política mais submetem os níveis subnacionais de governo às regras do sistema do que compõem uma política acordada e

sustentada nas diversas realidades institucionais do país e respaldada numa prática social concreta. Essa forma de atuar se reforça e se mantém por uma postura também de acomodação das demais esferas de governo, que ainda percebem na relação de tutela com o Ministério da Saúde a garantia de benefícios e recursos para dar sustentação às suas políticas locais, sem uma responsabilização maior de seus orçamentos próprios ou o compromisso com uma agenda política mais extensiva (BAPTISTA, 2007).

A partir dos Pactos da Saúde, em 2006, o Ministério da Saúde tenta substituir a estratégia de induzir decisões a partir de incentivos financeiros para estados e municípios pela estratégia da negociação permanente entre gestores centrada no compromisso político (PAIM e TEIXEIRA, 2007). A estratégia indutora a partir de compromissos estabelecidos é mais consistente, só que em cenários de subfinanciamento, a indução financeira tende a prevalecer. Talvez a forma tradicional de pensar (e formular) políticas idealize práticas em condições difíceis de realização, já que no Brasil as realidades sociais, culturais e até geográficas são muito diversas. O próprio princípio constitucional do direito à saúde não é compreendido de forma consensual.

Os principais atores que compõem o processo de formulação, fiscalização e execução das políticas de saúde (ministério público, gestores de saúde, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e usuários) podem apresentar diferentes sentidos para o direito à saúde, principalmente no que concerne aos desafios socioeconômicos de sua efetivação. De fato, apesar de haver um direito positivado na norma jurídica, observa-se que, em seu desenvolvimento pelos atores sociais, esse direito é interpretado a partir de suas práticas, experiências e vivências tanto pessoais quanto institucionais. Cada um desses sentidos produz concepções de direito distintas – porém não necessariamente opostas – e enseja debates variados sobre a forma por meio da qual se atua em sua garantia (ASENSI e PINHEIRO, 2008, p. 93).

Pelo exposto, as políticas são direcionalidades propostas por grupos com forças e interesses diversos e instáveis ao longo do tempo, em contextos políticos, administrativos e culturais também diversos. Por serem direcionalidades, sua implementação realizada na prática depende de distintos processos de relações de poder.

Se os parâmetros constituídos nos documentos oficiais forem considerados como medidas inflexíveis, cuja ausência seja decodificada como erro, fracasso ou incompetência, teremos como resultado uma análise engessada e desconhecadora das peculiaridades locais (DESLANDES *et al*, 2007, p. 37).

Como dito anteriormente, as políticas institucionais não traduzem as práticas institucionais. Essas práticas constroem-se simultaneamente à implementação dessas políticas.

A implementação não pode ser vista como parte linear e seqüencial do processo político, no qual o diálogo político acontece no estágio de formulação, e a implementação é conduzida por administradores e gerentes. Esse é um processo complexo e interativo no qual os implementadores podem afetar a forma como a política é executada, e são ativos na formulação e inovação. Entretanto, a experiência sugere que, no mundo real, existe uma maior separação entre a formulação e implementação, com pouco foco na realidade, ao se por em prática as políticas (WALT, 1994, p. 177, tradução da autora).

Existe outro nível de interferência, mais local ainda, que pode ocorrer em um serviço de saúde e que também terá impacto na relação formulação/implementação de ações em saúde.

O processo de implementação envolve a interação entre a comunidade e o serviço de saúde, assim como o provedor e o receptor. Cuidado ou informação de baixa qualidade, atitudes rudes, falta de comunicação, problemas de incentivos de recursos humanos, motivação, suporte e supervisão, podem todos intervir para fazer uma implementação de sucesso, ou frustrar uma oportunidade para intervenção (WALT, 1994, p.166, tradução da autora).

No que se refere à concretização ao direito à saúde, pretendi considerar uma análise pautada em dois níveis de conflitos: o das fragmentações e dificuldades de relacionamentos entre os três poderes e entre os níveis de governo; e os das disputas entre propostas concorrentes.

Assinlo como uma disputa com grande impacto para o direito à saúde, a coexistência de dois sistemas de saúde, o SUS e o sistema privado, consolidado nos anos 90. Essa disputa está implicada com a imagem negativa do SUS, assim como com a lacuna do trabalho em saúde, identificada como uma das fragilidades de atuação do Executivo. Outra disputa com impacto no direito à saúde foi a de projetos políticos divergentes, como o conservadorismo econômico neoliberal *versus* o avanço na proteção social e no direito à cidadania propostos na Reforma Sanitária.

Apesar de todas as dificuldades apontadas, a formulação de propostas para orientar a implantação do SUS em seus diversos aspectos exige uma normatização dinâmica, que traduza o processo de disputa dos diversos níveis de poder envolvidos com a questão a ser enfrentada. Foi esse dinamismo que justificou a PNAU como proposta para organizar o atendimento às urgências.

6.1.2. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), suas Portarias e documentos norteadores.

Essas Portarias nasceram em um cenário em que a prestação de serviços em melhores patamares de qualidade era uma preocupação do nível federal da gestão da saúde e em que havia muita insatisfação da população com os tradicionais serviços hospitalares. Como dito anteriormente, em 2002, por solicitação do CONASS, foi realizada a pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros, onde foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. Muitas das queixas (baixa capacidade instalada, pouco acolhimento) diziam respeito aos serviços de emergência.

O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para elaboração de outras normas (todas estratégias que visavam, mesmo que de forma mais indireta, a assistência às urgências) como a elaboração do QualiSUS¹³, um conjunto de mudanças que visava proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar.

Além do QualiSUS, outras políticas que visavam a melhoria da qualidade da assistência foram implantadas como a Política de Humanização no SUS e a criação de Centrais de Regulação de Leitos. Sobre a atenção às urgências, uma importante conquista foi a Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) como primeira estratégia de implantação da política de urgência/emergência.

No cenário em que o SAMU foi proposto, havia um consenso em relação à necessidade de intervenção nos serviços de saúde, que sofriam constantes críticas da mídia. Grupos de interesse internos ao governo (CNS, CONASS, CONASEMS) assumiam essa discussão. A RBCE atuava como grupo técnico e propositor. Portanto, o governo tinha legitimidade e suporte para agir. O componente de viabilidade do SAMU (importante para implementação de políticas já que trata de recursos técnicos e financeiros) foi previsto por legislação que trata da estrutura da unidade, do financiamento e até da formação dos profissionais. Portanto, entendo que o SAMU foi formulado como uma estratégia de médio e longo prazo para a assistência às urgências.

¹³ Portal da Saúde – ww.saude.gov.br – Projeto BRA 98/006 – edital 22/04. Projeto de Investimento na Qualificação do SUS – QualiSUS, que visa assegurar universalidade e equidade da atenção à saúde, por meio da reformulação e organização dos serviços, de modo a ampliar o acesso e a qualidade do atendimento. Pretende estabelecer a ligação de resolubilidade entre a atenção primária e aquelas de maior complexidade. Visa também investir em centrais de diagnóstico, centrais de regulação, entre outras, e fortalecer a participação social na gestão do SUS.

A Política Nacional de Atenção às Urgências através do seu componente SAMU proporcionou um novo serviço à população e estabeleceu critérios para a criação do mesmo, muitas vezes interferindo com iniciativas locais (WALT, 1994), que ofereciam assistência móvel centrada na transferência de pacientes, sem parâmetros definidos, eventualmente baseada na troca de favores políticos. Esta política partiu de um processo de negociação onde vários atores foram incluídos, o que facilitou a sua formulação. Entretanto, será implantada em todo território nacional, o que exigirá integração local em situações diversas. Um problema de integração particular foi com a Corporação dos Bombeiros, que já prestava assistência às urgências em vias públicas como mostram Chomatas (2005), Deslandes *et al* (2007) e Minayo e Deslandes (2008) e como será apontado em outras etapas deste trabalho. Não podemos esquecer que as proposições das políticas não são sinônimo de solução dos problemas que levaram à sua formulação. Optei pelo estudo das políticas públicas porque os documentos oficiais expressam as intencionalidades e expectativas dos formuladores. Esses documentos também geram expectativas e modificações reais, que podem ser pontuais ou substantivas. É a partir da análise desses documentos que será possível averiguar se o a integralidade está contemplada por essa política. Estou considerando o conjunto de documentos dessa política como uma condição estrutural para a análise da integralidade no SAMU. Segundo Immergut (1996), seriam as “regras do jogo”.

Não existe um vínculo direto entre um dado conjunto de instituições políticas e o resultado de uma dada política pública. As instituições não permitem prever as soluções resultantes de disputas em torno de políticas. Mas, ao definirem as regras do jogo, elas realmente criam condições que permitem predizer a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenrolar (IMMERGUT, 1996, p. 143).

Tomei como primeira referência a Política Nacional de Atenção às Urgências (1ª edição em 2004) para a seleção dos documentos a analisar. Esse documento faz parte da série Legislação

de Saúde e foi produzido pelo Ministério da Saúde. Assina a introdução, o então ministro da pasta, Humberto Costa.

A seguir, reapresento os documentos que foram objeto de análise.

1. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Composta por sete Portarias é norteadora deste nível de assistência.

Assina o então Ministro da Saúde, Humberto Costa.

2. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 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. Assina o então Ministro da Saúde, Humberto Costa. Essa política é a que trata especificamente do serviço que pretendo estudar.

3. Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. A importância dessa Portaria está na proposta de criar uma instância gestora específica para esse nível de assistência e pela inclusão de vários e diferentes atores no processo de gestão do atendimento às urgências. Assina o então Ministro da Saúde, Humberto Costa.

4. Portaria nº 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192. Tem como anexo a Regulação Médica das Urgências. Assina o então Ministro da Saúde, Humberto Costa. A regulação médica do atendimento às urgências é fundamental para melhorar o acesso aos serviços e equidade no atendimento.

5. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Determina que estados e municípios

organizem sua rede para atendimento às urgências e estabelece para o nível pré-hospitalar (incluindo a atenção básica) e para o nível hospitalar a estrutura necessária para o atendimento das urgências/emergências, assim como o nível pós-hospitalar. Assina o então Ministro da Saúde, Barjas Negri. Essa Portaria, anterior à política de urgências, já propunha uma organização da rede que envolvia os diferentes níveis de assistência no atendimento às urgências.

6. Regulação Médica das Urgências. Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde Documento produzido em 2006 e adotado oficialmente como material de base para os Cursos de Regulação Médica de Urgência de todo o território Nacional. Não há assinatura pessoal. Este é o documento que norteia a capacitação dos profissionais, daí a importância de estudá-lo.

7. Portaria nº 2922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de rede loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Assina o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão.

8. Portaria nº 2971, de 8 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Assina o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão.

9. Portaria nº 3125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção às Urgências. Assina o então Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva.

A análise desses documentos foi apresentada a partir de categorias nucleares. São elas: os argumentos contidos nas considerações; a regulação; a gestão; o acompanhamento e

avaliação; a capacitação; a expansão e estruturação da rede; os condicionantes dos projetos; e a PNH e a PNAU.

Os argumentos contidos nas introduções, apresentações e considerações das Portarias e dos documentos.

Começo apresentando o que o conjunto de documentos e Portarias explicita nas introduções ou apresentações, assim como nas considerações que antecedem os artigos das Portarias.

Os antecedentes históricos da assistência pré-hospitalar móvel do documento Regulação Médica das Urgências (pág. 30 e 50) referem-se às iniciativas do governo federal que até o ano 2000 não lograram causar impacto significativo na atenção às urgências. “No Brasil a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar começa a tomar corpo no início da década de 90 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, com a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador. Porém, diferentemente do modelo francês, no Brasil há participação exclusiva de profissionais da enfermagem nas intervenções de menor complexidade. Neste mesmo período os militares dos corpos de bombeiros iniciam a atuação no atendimento pré-hospitalar móvel com base no modelo americano”.

“A estruturação inicial dos SAMU de Porto Alegre, do Vale do Ribeira e de Campinas estimulou a aglutinação de profissionais e a criação da RBCE, que a partir de 1995 vem promovendo ampla discussão em todo o Brasil sobre a atenção às urgências”.

“Em abril de 2000 foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência, sob a denominação ‘Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências’, com grande mobilização de técnicos da área de urgências e participação formal do Ministério da Saúde. A partir desse evento iniciou-se um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores

estaduais e municipais e do Ministério da Saúde. Foram elaboradas diretrizes técnicas que acabaram por compor o texto da Portaria nº 2048 de 2002 (institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência). No novo ciclo de governo iniciado em 2003, a área das urgências é considerada prioritária e é publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências”.

Ainda na Regulação Médica das Urgências há uma parte de antecedentes históricos dos modelos assistenciais no país até a implantação do SUS, que de forma resumida, cumpre o objetivo de apresentar os principais marcos que compuseram a história da assistência à saúde no Brasil no século XX. Essa descrição dos espaços de discussão e formulação de Portarias sobre urgências e do histórico dos modelos assistenciais pré SUS não aparecem em outros documentos.

Um destaque importante e que se repete nos documentos é a forma acolhedora com que a atuação pré-hospitalar de urgências é apresentada: “A promoção da saúde, a solidariedade, a ação necessária e ágil, estruturam a nossa Política Nacional de Atenção às Urgências”; “Não serão ‘ambulâncias à deriva’, buscando onde ‘deixar pacientes, dores, sofrimentos’”; e “O Samu 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação, ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI¹⁴. A liberação de cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente (p.5 da PNAU)”.

Além do caráter acolhedor atribuído ao SAMU, o seu potencial promissor para a assistência é destacado, assim como sua complexidade: “o SAMU é uma poderosa ferramenta de inclusão e garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes e tem enorme potencial

¹⁴ Unidade de Tratamento Intensivo

de organização dos fluxos de atenção às urgências”; e “a urgência constitui um importante desafio a ser enfrentado com uma proposta de atenção integral que exige o engajamento de muitos atores para a concretização dessa tarefa” (pág. 5 da Regulação Médica das Urgências). Esses *tópicos introdutórios* também apresentaram críticas coerentes aos serviços de pronto-atendimento além de indicar a necessidade da atenção básica atender às urgências da sua população adscrita: “a assistência às urgências ainda se dá, predominantemente nos ‘serviços’ que funcionam exclusivamente para esse fim – os tradicionais pronto-socorros, estando esses adequadamente estruturados e equipados ou não. Estes serviços acabam funcionando como ‘porta de entrada’ do sistema, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgência, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades superlotando-as, situação agravada pela falta de triagem de risco, com atendimento por ordem de chegada, com graves prejuízos aos pacientes. As urgências ‘sangrantes’ e ruidosas são priorizadas, e é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando atendimento. Outra situação preocupante para o sistema é a ‘proliferação’ de unidades de ‘pronto-atendimento’, sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais adequados e, ainda, sem qualquer articulação com a rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimento de baixa qualidade e pequena resolutividade o que implica em repetidos retornos e enorme produção de ‘consultas de urgência’ (p.55 da Portaria 2048 que institui os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência)”. Apontava-se a pouca integração entre os serviços, a falta de resolutividade das ‘consultas de urgência’ e um diagnóstico das diferentes demandas dos pronto-socorros.

Outras indicações do diagnóstico das deficiências e limitações do sistema foram feitas com clareza como as seguintes: “a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços

de atendimento pré-hospitalar; a grande extensão territorial do País, com eventuais grandes distâncias para a rede hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando de serviços intermediários de complexidade, garantindo a cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para pacientes agudos não-graves; a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar, de aperfeiçoar as normas já existentes, de definir uma ampla política nacional para a área, como sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalização do acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos, de acordo com as diretrizes do SUS e com a NOAS 01/2002; a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e equipe qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida; e a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível”.

A justificativa para a qualificação dos profissionais também se faz necessária em função das deficiências na graduação e ausência de pós-graduação em urgências. Na regulação médica referem que “as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. Também se destaca a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação para a área, com diversidade de programas, conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração às diretrizes do SUS”. Considera a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque

efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores”.

Uma consideração importante da Portaria 2048 é que é indicado que ela é fruto de diversas e legítimas contribuições como CNS, CONASS, e CONASEMS e CIT. Assim indica uma participação ampliada no processo de formulação, sugerindo maior legitimidade.

As considerações descritas nas Portarias apresentam alguma regularidade. Tratam de: o quadro brasileiro de morbimortalidade; a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção; a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências; a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às urgências; e que é estratégico ao Sistema Único de Saúde garantir a capacitação continuada dos profissionais de suas equipes setoriais.

Apresentam sempre o grupo de portarias anteriores à Portaria em questão. Esse padrão de considerações indica um seqüenciamento de ações regulatórias com aprofundamento em ações específicas.

Em algumas Portarias existem especificidades no padrão de considerações como as seguintes:

- a Portaria 2048, que foi um marco para a formulação da política na área (como apresentado nos antecedentes históricos), justamente por ser precursora, é a única Portaria do grupo que não apresenta nas suas considerações Portarias anteriores que compõem a política;
- a Portaria 1864 (institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional) que inclui nas suas considerações a necessidade de adequar a captação de órgãos às demandas para transplante. A questão do transplante surgiu aqui isolada e não foi

resgatada em outros documentos. Uma hipótese para sua citação seria essa ação estar na esfera da mesma coordenação do ministério;

- a Portaria nº 2922 que propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. As considerações desta Portaria, como nas anteriores, referem-se ao conjunto de Portarias que compõem a Política Nacional de Urgência. O diferencial é a consideração de outras políticas como: Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Atenção Básica, conforme Portaria nº 648 de 2006 que estabelece a realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; e o Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde – o Programa QualiSUS Urgência, instituído pela Portaria nº 3125 de 2006. Houve uma ampliação nas considerações para o instituído por essa Portaria através da inclusão de políticas transversais e produzidas por outras coordenações e departamentos do Ministério da Saúde.
- a Portaria nº 2072 (que institui o Comitê Gestor) destaca nas considerações, a responsabilidade do Ministério da Saúde de articular as ações no âmbito Nacional, Estadual e Municipal, em torno das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo sua plena implantação/implementação.

Após essa análise sobre as considerações e conteúdos das apresentações e introduções dos documentos, analiso os argumentos que justificaram as proposições dos artigos desse conjunto de normas.

Na Regulação Médica das Urgências é feito um diagnóstico do cenário de atenção às urgências (pág. 27) que destaca: “baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde; modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de

média complexidade; má utilização das portas de entrada da alta complexidade; insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências; deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal; inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações; incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência; escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas; e falta de regulação”.

Na explicitação dos argumentos para justificar a política de urgências, destaco: “o Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica”; “o confronto das necessidades com as ofertas permite visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade. É imprescindível ampla discussão desse diagnóstico (inclui gestores, prestadores, profissionais, usuários, conselhos, segurança social, transportes e outros)”; e “o Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de ‘Promoção da Qualidade de Vida’ como forma de enfrentamento das causas de urgência, gerando uma mudança da perspectiva assistencial, centrada nas conseqüências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas as urgências clínicas de todas as

ordens também se beneficiam da estratégia promocional (p.58 da Portaria 2048 que institui os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência)”.

Há um reconhecimento da insuficiência da rede e da conseqüente má utilização dos serviços disponíveis, neste caso, a emergência. Há o diagnóstico de necessidades não atendidas, o diálogo com a rede é previsto, mas não há uma indicação clara de que o SAMU acolherá as demandas geradas pelas dificuldades do sistema. Se não há nenhuma reflexão de que o SAMU precisa acolher essa demanda há a afirmação da necessidade da atenção básica acolhê-la.

Apesar de reconhecer que os cidadãos têm necessidades não atendidas em função de um “modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos” não há aprofundamento na análise das necessidades da população. O tópico só fala do modelo técnico-assistencial e de uma rede fortemente influenciada por interesses de mercado que almeja o consumo de alta densidade tecnológica. A crítica embutida é da não valorização da resolutividade das ações dos serviços de menor densidade tecnológica, ou seja, atenção básica. Portanto é feita uma crítica mais do que legítima sobre o consumo indevido de tecnologias, mas não há reconhecimento do atendimento das necessidades não atendidas da população, a não ser pelos mesmos critérios técnicos, como será visto posteriormente na regulação. Apesar do privilégio dos critérios técnicos há no conjunto de documentos várias brechas para uma abordagem mais inclusiva das demandas dos pacientes. Essa dubiedade estará evidente ao longo da análise.

A Portaria 2048 de 2002 (institui os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência) é o documento que retrata um momento fértil de reflexão sobre o sistema, contribuindo em muito com o desenvolvimento da PNAU. É especialmente importante porque pretendeu regular como cada nível do sistema deve atender às urgências, definindo condições de integração da rede para este tipo de atendimento, desde a atenção básica até o maior nível de complexidade

hospitalar. Também propõe a Regulação Médica e cria os Núcleos de Educação em Urgências com proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos na área. Os eixos de integração da rede, regulação médica e educação em urgências serão norteadores da política a partir de então. Portanto, todos os assuntos que compõem os documentos posteriormente editados, foram propostos nesta Portaria, com a exceção dos Comitês Gestores.

Um argumento importante que aparece na Portaria 2657 (estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento, estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192) é a defesa de que o atendimento às urgências funciona como uma das portas de entrada do sistema, com possibilidade de re-ordenamento dos fluxos de referência e contra-referência e de integrar o sistema pela regulação. A central de Regulação pode ser uma porta de entrada legítima por garantir a integração com a rede, o que não acontecia nos serviços de pronto-socorro citados na Portaria nº 2048 de 2002 (instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência). Esta Portaria questionou os serviços de pronto atendimento como porta de entrada para o sistema, porque as ações são normalmente paliativas e sintomáticas. Entretanto, os serviços de urgência como porta de entrada responde a uma expectativa da população e essa porta de entrada ‘irregular’ não compete com a atenção básica porque não oferece condições necessárias para atuar como porta de entrada qualificada como ser responsável pelo acompanhamento, seguimento e vínculo com o paciente. Cabe à atenção básica receber o paciente por demanda espontânea ou programada. Muito da demanda espontânea é atendimento de urgência, reconhecida ou não pelo referencial técnico. Outra grande parte da demanda espontânea não chega à atenção básica e a central de regulação permite um espaço de encaminhamento dessa demanda enquanto porta de entrada do sistema. Não seria a porta de entrada principal e desejada, mas

uma porta de entrada possível e operativa, já que encaminharia o paciente a partir dos recursos da rede.

De modo geral, o conjunto dos documentos explicita como suas intenções: “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecoobstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios); distribuição dos recursos assistenciais na lógica da regionalização; ações de monitoramento permitindo uma visão dinâmica do desempenho do sistema e do estado de saúde da população; SAMU funcionar como ‘observatório de saúde’; capacitação continuada em acordo com os princípios de integralidade e humanização; adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida; regulação da atenção às urgências a partir das Centrais SAMU 192 com integração do complexo regulador; e que os princípios de respeito à dignidade da pessoa, cidadania e promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências” (p. 246 do mesmo documento).

Ser “observatório de saúde e do sistema” é uma atribuição específica do SAMU “em função da sua capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo seu funcionamento (pág.62 da Regulação Médica das Urgências)”. Ter essa incumbência reforça como um dos produtos da regulação, a produção de informações regulares para melhoria do sistema. Essa função exige um sistema de informação estruturado e é uma atividade primordial para a gestão da assistência, como será discutido ao longo do trabalho.

Segundo Lapostolle *et al* (2005) o SAMU na França constitui-se um observatório epidemiológico privilegiado.

A Regulação Médica das Urgências apresenta um item de “ações educativas para a comunidade” cujas atividades correspondem à promoção da qualidade de vida, que aparece em muitos dos documentos, mas só eventualmente é justificada como atividade.

A Promoção da Qualidade de Vida aparece na Portaria 1863 (institui a PNAU) com a seguinte justificativa: “desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades”.

Passo a apresentar as atribuições específicas e questões chave abordadas nos documentos selecionados.

Atribuições específicas segundo os documentos – a Regulação nas Centrais SAMU 192

“O atendimento pré-hospitalar móvel, escolhido como primeiro componente a ser instituído pela política, deve ser entendido como sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde de uma determinada população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional” (p.81 da Regulação Médica de Urgências).

Apresento a regulação através dos itens (que constam nos documentos): *Atribuições da Regulação Médica das Urgências; Normas gerais e fluxos de regulação; Princípios norteadores; A Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações; Estruturação técnica e física da regulação; Definição dos Veículos de Atendimento Pré-*

Hospitalar Móvel; Recursos Humanos necessários para a Central de Regulação Médica; Ferramentas de regulação; e A definição e abordagem da “urgência”.

As Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências descritas na Portaria 2657 (estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento, estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192) e na Portaria 2048 (institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência) foram descritas como técnicas e gestoras. Dentre elas destaco: “manter escuta médica permanente através do número gratuito 192; identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos dos domicílios ou de vias e lugares públicos; julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção; decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquia pactuada e disponível, exercendo as prerrogativas de autoridade para alocar pacientes dentro do sistema, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (a chamada “vaga zero”¹⁵ para internação)”.

Normas gerais e fluxos de regulação: “funcionamento ininterrupto; a telefonista atende o chamado e após identificação e localização do solicitante, repassa ao regulador; nos trotes ou enganos o chamado deve ser registrado, mas não contabilizado como ‘caso’; quando for solicitada apenas informação o telefonista está autorizado a fornecer sem repassar o chamado; se a informação não estiver disponível, repassar para o regulador orientar; o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a um minuto), por meio da utilização de técnicas específicas, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo em seguida, concluir o

¹⁵ Prerrogativa proposta nesta Portaria (2048) que prevê que a instituição ao receber o paciente não poderá recusá-lo alegando falta de vaga.

detalhamento do caso; como a atividade de regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações; nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada; nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação; caso o médico opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente; após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso; o regulador monitora o transporte do paciente; o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível; o caso é encerrado após o adequado recebimento do paciente pelo serviço determinado; as etapas anteriores são acompanhadas pelo regulador, mantendo contato inclusive com o médico da ambulância; cabe ao regulador manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público; o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas de regulação”.

A descrição das atribuições é bem feita, deixa claro que a decisão de condução do caso é do regulador, prevê treinamento para atuação, porém não problematiza o possível conflito entre o solicitante e o regulador, mesmo quando indica a utilização do conceito ampliado de urgência. Também enfatiza os instrumentos necessários como mapas de recursos disponíveis (telefones

e endereços dos diversos serviços assim como recursos e equipes disponíveis nos hospitais de referência, entre outros).

O transporte e transferência inter-hospitalar é uma atividade prevista para o SAMU e devidamente normatizada. Deverá ser feito de acordo com a portaria nº 2048 (que institui o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência) e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1672 de 2003 que dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes (pág. 92 da Regulação Médica de Urgências). Destaco as seguintes situações regulamentadas: “no processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias para ao retorno dos pacientes que, ao receberem alta, não apresentem outros meios de locomover-se por restrições clínicas; e pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações socioeconômicas deverão receber apoio a partir de um planejamento de suporte para o adequado funcionamento dos serviços de saúde”.

Princípios norteadores: “a regulação deve utilizar um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidades expressa por cada cidadão, definido para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos preestabelecidos ou protocolos disponíveis; constituir-se em ‘observatório privilegiado da saúde e do sistema’; respeitar os preceitos constitucionais do país e a legislação do SUS e das leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como legislação correlata existente; ser polivalente na utilização dos recursos; ser capaz de refletir a relação entre oferta disponível e as necessidades demandadas; subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada; estar articulada com os serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização de recursos de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades; nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias

gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial; facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários aprovados pelo respectivo Comitê Gestor; identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos atendidos; pactuar ações conjuntas com outros atores e instituições envolvidas na atenção integral às urgências, como bombeiros e defesa cível, por exemplo; avaliar permanentemente o desempenho das parcerias e notificar o Comitê Gestor; participar da formulação dos Planos de Saúde de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres (detalhado na pág. 99 da Regulação Médica de Urgências); e saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar a intervenção e que permita viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes”.

“Os atendimentos gerados nos serviços de saúde e demandados por profissionais devem ser acolhidos pela central da mesma forma que as demandas domiciliares”.

“O SAMU funciona como importante “porta de entrada” do sistema. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem ser pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo o acesso, por intermédio das respectivas centrais ou unidades de trabalho, à rede básica, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias” (p.62 da Regulação Médica de Urgências).

“A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitantes, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgência que, pela gravidade do caso, perdem o direito à escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico” (p.65).

Dentre as bases éticas que devem orientar os profissionais no atendimento às urgências, destaco: “o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa; o médico e demais profissionais devem empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela e responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde” (p.69).

A questão da não exploração do médico e da sua responsabilidade em relação à saúde pública é muito interessante. Infelizmente a precariedade dos vínculos empregatícios e a fragilidade do componente “educação e capacitação” da política não têm contribuído com a efetivação desse preceito ético, como será visto posteriormente.

“A regulação médica utiliza a idéia do acolhimento, avaliação e priorização dos casos existentes, buscando garantir o atendimento por ordem de necessidade e não por ordem de chegada. Todos os pacientes atendidos devem ter registro, segundo rotinas protocolares ético-legais. No atendimento pré-hospitalar móvel ocorre uma partilha do segredo e, com efeito, todos os atores envolvidos devem observar o segredo médico” (p.70). A medicina de urgência pré-hospitalar móvel é uma nova área de atuação da saúde. Os diferentes aspectos do seu exercício (regulação médica, intervenção extra-hospitalar, relação com o judiciário, polícia e imprensa) devem ser amplamente discutidos.

Dentre as atribuições do regulador há destaque para: “fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos” (Portaria 1893 que institui a PNAU).

A Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações. “Os Corpos de Bombeiros Militares, as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos para regulação médica de urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento. As centrais de regulação privadas (incluídas as concessionárias de rodovias) devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente”.

É interessante observar que esses princípios reforçam em muito a função gestora do médico regulador. Há inclusive a submissão de corporações militares e organizações privadas.

Foi uma pretensão exagerada incluir na atividade regulatória do SAMU os casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente da rede privada.

Estruturação técnica e física da regulação: “sistema e telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população; sistema de comunicação direta entre os radioperadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis; sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação”.

“Nos SAMU regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, a fim de garantir tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s)

ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infra-estrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecidas as diretrizes gerais de infra-estrutura física estabelecidas nesta Portaria”. Esse tipo de base é o que contempla os 3 SAMU estudados nesta pesquisa.

Definição dos Veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

Aqui são definidos a tripulação, materiais e equipamentos para cada tipo de ambulância (USB e USA). A diferença mais significativa é que a USA tem médico e enfermeiro na equipe e a USB tem técnico de enfermagem. Há diferença de medicamentos e recursos tecnológicos entre as duas. Em relação às atribuições de cada uma, é definido que “a ambulância de suporte básico é o veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço”.

Em 2008 foi publicada a Portaria nº 2971 que institui o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização¹⁶.

Apresenta como considerações/justificativas para a motolância: “a peculiaridade e diversidade dos SAMU no que se refere aos territórios de abrangência e vias de circulação; a necessidade de extensão de cobertura, ampliando o acesso e abrangência do serviço; a necessidade de chegar ao cidadão nos primeiros minutos do agravo; a dificuldade no tráfego nos grandes centros urbanos e territórios de difícil acesso para outros veículos; os resultados positivos do SAMU; e a eventual necessidade de mais de um profissional para o atendimento. Portanto,

¹⁶ O conteúdo dessa Portaria está apresentado nessa seção de forma resumida porque não há semelhanças com os outros documentos que propiciasse a análise conjunta.

resgata uma das missões que será também atribuição da UPA (apresentada no item expansão da rede) de vencer o retardo ao atendimento de pacientes graves.

As mesmas se destinam prioritariamente às seguintes condições: intervenções nos acionamentos de USA para chegar antes da ambulância; intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso para as ambulâncias; apoio nas intervenções quando for necessário mais de um técnico de enfermagem; e demais situações de agravo à saúde da população, a critério do médico regulador”.

Propõe o quantitativo de uma motocicleta para cada USA e uma para cada duas USB. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU, sob regulação médica.

Para o tripulante das motocicletas é prevista experiência mínima de dois anos em atendimento de urgência, capacitação e treinamento e curso básico de vida.

O treinamento e capacitação em pilotagem defensiva deve ser ministrado pela Polícia Rodoviária Federal (PRF). Para os casos em que os SAMU não conseguirem incluir seus condutores nos cursos oferecidos junto à CGUE/PRF, entidades locais poderão ministrar treinamento de 50h/aula desde que a grade do curso pretendido seja avaliada pela CGUE/PRF.

Devem ser informados: o número de motos em serviço; número de ocorrências; situação da ocorrência; motivos de acionamento (acionamento antes da USA; difícil acesso; apoio a USB; apoio a USA; e demais situações).

São necessários: contrato de manutenção ou declaração do gestor garantindo a manutenção; lista nominal dos profissionais condutores das motos e modalidade de contratação; e cópia das habilitações dos condutores. O perfil e experiência exigida para o técnico de enfermagem condutor e sua capacitação estão apresentados no documento “Programa Mínimo para Implantação das Motolâncias na Rede SAMU 192”, mas não há referência na Portaria, o que não aconteceu até o momento ao tratar da capacitação dos profissionais.

Esse documento traz como novidade a explicitação de um mecanismo de comunicação com os profissionais através de um endereço eletrônico próprio disponibilizado para maiores esclarecimentos e troca de experiências: motolancia@saude.gov.br.

Recursos Humanos necessários para a Central de Regulação Médica

São indicados na Portaria 2048 como Requisitos Gerais para o médico: “equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada, bem como para a re-certificação periódica”.

Embora a Portaria nº 2657 não tenha definido a quantidade de postos de trabalho necessários ao bom funcionamento da central de regulação, esse documento apresenta um quadro de recursos humanos mínimos necessários por critério populacional, que “foi debatido e elaborado por um conjunto qualificado de profissionais da área, durante o ano de 2004” (pág. 91 da Regulação Médica de Urgências).

Quadro com recursos humanos definidos por base populacional: MR (médico regulador); TARM (telefonista); RO (rádio-operador); e PT (plantonista)

População	MR/dia	MR/noite	TARM/noite	TARM/dia	RO/dia	RO/noite	PT
Até 350.000	1	1	2	1	1	1	4
De 350.001 a 700.000	2	1	3	1	1	1	6
De 700.001 a 1.500.000	3	1	5	2	1	1	9
De 1.500.001 a 2.500.000	4	2	6	3	2	1	12
De 2.500.001 a 3.500.000	5	2	10	3	3	2	18
De 3.500.001 a 5.000.000	6	2	12	3	4	2	22
De 5.000.001 a 6.500.000	7	3	14	4	5	3	26
De 6.500.001 a 8.000.000	8	3	16	4	6	3	30

Ferramentas de regulação: mapas do município e região com serviços de cobertura; mapas do município e região com estradas e vias de acesso; listas de telefones dos serviços de saúde e outros setores envolvidos na assistência à comunidade; grades pactuadas com informações atualizadas (faz referência a alterações provisórias, inclusive); mecanismos de relacionamento direto com centrais de leitos hospitalares, consultas etc.; diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimento de urgência; e agenda de eventos (prevê cobertura de atividades esportivas, sociais e culturais diversas, por meio de apoio direto com equipe no local ou à distância com garantia de canal prioritário de comunicação).

A definição e abordagem da “urgência”.

O conceito e metodologias de classificação de urgência são propostos no manual de regulação.

Segundo o documento, “a conceituação formal de ‘urgência’ (resolução do CFM nº 1451 de 1995) é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. “Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (pag. 47 da Regulação Médica de Urgências).

“O conceito ampliado de urgência difere de acordo com quem percebe ou sente. Para os usuários e familiares pode estar associado a uma ruptura do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir a urgência, que pode ser traduzida pela frase: ‘eu não posso esperar’. Para o médico a urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: ‘ele não pode esperar’. Para as instituições a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização: ‘o que não pode ser previsto’”.

Em função do grande número de dúvidas e ambivalência da terminologia, o documento opta por utilizar o termo “urgência” para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, classificando o grau de urgência em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana” (p. 48).

“Portanto, o grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento. O valor social não pode ser negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode dificultar a prestação de socorro. Não pode ser esquecido que qualquer caso inicialmente classificado em um nível determinado pode, em função do tempo de evolução mudar sua classificação”.

Propõem uma classificação de níveis de urgência que vai do 1 ao 4, sendo o 1 prioridade absoluta (risco imediato de vida), o 2 prioridade moderada (atendimento em poucas horas), o 3 prioridade baixa (atendimento pode aguardar várias horas) e o 4 prioridade mínima, cabendo nesse caso orientações por telefone.

Para a abordagem e classificação da urgência do caso, na recepção do chamado há orientação de “atender ao primeiro toque, chamar o solicitante pelo nome, utilizar expressões simples, falar com voz agradável e lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo” (p.72).

“Se o paciente está inconsciente e/ou com dificuldade respiratória ou sem respirar, fica caracterizada situação de extrema urgência e o caso deve ser comunicado e repassado imediatamente ao médico regulador, após registrar nome, telefone e endereço completo. Para abordagem do caso existe uma avaliação inicial a partir de uma sequência de perguntas com o objetivo de chegar a um diagnóstico sindrômico. Para efeito de raciocínio os casos de maior

gravidade são agrupados em três categorias (p.75): síndrome de ‘valência forte’, situações em que o valor social é muito elevado como, por exemplo, ‘Presidente da República caiu na rampa do Congresso’; síndromes de ‘etiologia potencialmente grave’, situações em que a causa inicial indica uma gravidade elevada, como ‘ele caiu do prédio’, ‘foi baleado’, ‘atropelado’, ‘ela está parindo’; e síndrome de ‘semiologia potencialmente grave’, situação em que os sinais/sintomas informados indicam gravidade como ‘eu o encontrei desmaiado’, ‘está roxo’, ‘não está respirando’, ‘não está se mexendo’”.

“Cabe ao regulador ouvir o solicitante e dirigir o interrogatório a fim de obter os dados que lhe possibilitem estabelecer o diagnóstico sindrômico ou mesmo chegar a uma hipótese diagnóstica, embora esta última não seja indispensável para a tomada de decisão do regulador. Assim, por exemplo, um solicitante aflito diz ao médico que seu familiar está ‘passando mal’. Está é uma expressão frequentemente usada que não permite o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico” (p. 76). Caberá ao médico fazer uma série de questionamentos. Por exemplo, para o paciente “desmaiado” cabe perguntar: Ele fala? Está sonolento? Não responde a nada? A respiração está presente? Ausente? Difícil? Qual a cor da pele (palidez, cianose)? Tem sudorese? Essa é a análise dos sinais. Cabe ainda a análise dos sintomas como: modo de aparecimento, intensidade, localização, fatores desencadeantes. Para casos de traumas é necessário saber: tipo de acidente, tempo decorrido entre o acidente e o chamado, número de vítimas, gravidade aparente; e para cada vítima: idade aproximada, funções vitais, nível de consciência, presença de sangramento, lesões evidentes, existência de vítimas encarceradas, risco de incêndio, presença de produtos químicos. Para quedas: Foi do mesmo nível? Qual a altura da queda? Sobre qual superfície caiu? Para ferimentos por arma: Qual o tipo de arma? Há presença de mais de um ferimento? Os orifícios de entrada e saída são visíveis? O agressor ainda está no local? Para agressão: Houve briga? Agressão com socos? Qual o instrumento usado? O agressor ainda está no local? Para queimaduras: Qual o tipo de

agente causador? Que regiões do corpo foram atingidas? Atingiu a face? Aspirou fumaça? Para desabamento: Qual o tipo de material sobre a vítima? Qual a quantidade aproximada? Em relação às etapas de decisão e acompanhamento (p.81), destaco as orientações de situações mais complexas: “nos casos em que existe dúvida quanto ao recurso necessário, sempre deve ser disponibilizado o de maior complexidade possível; nos casos de explícita falta de recursos, gerando as indesejáveis ‘filas ou longos tempos de espera’ o médico regulador deverá constantemente reavaliar o conjunto dos casos pendentes e proceder a repriorizações, tantas vezes quantas forem necessárias, não se esquecendo de monitorizar a solicitação por meio de contatos sucessivos com os solicitantes, informando-os sobre as dificuldades e orientando quanto ao tempo previsto de espera; as situações de insuficiência de recursos devem ser devidamente registradas e encaminhadas sistematicamente ao Diretor Clínico do SAMU e à Coordenação do Serviço, salientando as intercorrências que necessitem de intervenção em curto prazo; nos casos em que não houver USA disponível, ou se existir dúvida em enviá-la ou não, deve ser enviada uma USB ou USB com médico¹⁷; nos casos de urgência extrema podem ser liberadas quantas ambulâncias forem necessárias; em situações de risco iminente a equipe deve sair do local com a vítima e encontrar com o apoio no caminho; pode acontecer de familiares, conscientes da dificuldade para obter Atestado de Óbito, recorrerem ao SAMU, prestando informações distorcidas, a fim de que o médico forneça o atestado. Se isso ocorrer, o fato deve ser discutido no Comitê Gestor e alternativas devem ser buscadas, para evitar esse tipo de ocorrência; para pacientes com menos de 18 anos desacompanhados, se possível solicitar que vizinhos o acompanhem e comunicar Conselho Tutelar; pacientes sem condições de decidir e acompanhados de criança, conduzir a criança ao hospital onde um funcionário assuma a responsabilidade e comunicar o Conselho Tutelar; para pacientes que recusam atendimento identificar alterações de comportamento que

¹⁷ Essa orientação é incoerente com a anterior que afirma: “nos casos em que existe dúvida quanto ao recurso necessário, sempre deve ser disponibilizado o de maior complexidade possível”.

indiquem prejuízo em sua capacidade de decisão ou, na persistência da recusa, solicitar a assinatura do próprio ou de uma testemunha; ordens contrárias de bombeiros, policiais e outras autoridades, o médico regulador deve esclarecer que essas ordens ferem os regulamentos e orientar a equipe quanto à conduta a ser seguida e encaminhar, por escrito relatório do incidente à central de regulação” (p.90).

Uma das atribuições da regulação é ser mais permeável ao entendimento do paciente do que é urgência. Os documentos analisados têm sistematicamente apresentado critérios técnicos como os norteadores das ações médicas. Entretanto apresentam como argumento o contraponto das necessidades da população. Sugiro que para essa classificação ser legitimada perante a população e profissionais, deve ser adequada após reflexão coletiva e permanente nos diversos ambientes de trabalho, o mais inclusiva possível.

Atribuições específicas segundo os documentos – a Gestão

Papéis e responsabilidades dos gestores do SUS.

Está baseado na Portaria nº 2048 de 2002 que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Reconhece o papel fundamental dos municípios na execução da atenção pré-hospitalar. Define que cabe ao estado a coordenação e a regulação geral do sistema e a operacionalização de suas ações de acordo com pactos estabelecidos. Outra função desse nível de governo é assessorar e supervisionar os planos municipais e regionais, monitorar o cumprimento das pactuações e promover interlocução inter e intra-regional. Monitorar o acesso e resolubilidade da atenção às urgências e consolidar dados, produzidos nos níveis municipal e regional, para o planejamento, investimento e controle do SUS, de acordo com suas diretrizes. Os estados deverão operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais.

Os recursos federais podem ser transferidos para estados ou municípios, após aprovação do projeto de implantação de SAMU. Os projetos dos estados e municípios, após aprovação local, serão apreciados pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência, que terá 30 dias para elaborar o parecer técnico. Posteriormente serão apresentados à CIT e CNS.

São definidos critérios para alocação de ambulâncias (tipo e número) por base populacional. Os recursos para equipamentos e área física também são proporcionais à base populacional. É estabelecido um recurso fixo por núcleo de Educação em Urgência. As despesas de custeio são de responsabilidade compartilhada, sendo 50% da União. Estão previstos repasses regulares por equipe básica, avançada e por central SAMU. Importante ressaltar que a Portaria diferencia a fonte de recursos para o SAMU e Corpo de Bombeiros que continua utilizando tabela SIA-SUS para procedimentos de trauma.

Como atribuição gestora em cada componente pré-hospitalar móvel é sugerido um diagnóstico da situação dos municípios que contemple: “a rede de atenção instalada para o atendimento às urgências; identificação de fluxos de pacientes espontâneos e pactuados; caracterização do transporte interinstitucional; diagnóstico de causas de atendimento; análise de cobertura assistencial; e identificação dos padrões profissionais das equipes de saúde”. Não me parece claro o que é considerado ‘padrões profissionais’. Uma possibilidade é a composição da equipe por profissão. Não houve referência a essa expressão em outros documentos.

O banco de dados originado de cada SAMU é fundamental para a elaboração da Política de Atenção Integral às Urgências em cada âmbito da gestão. Serão também utilizados para planejamento de ações de promoção de qualidade de vida. Os núcleos prioritários de promoção de qualidade de vida indicados são: traumatismos não intencionais, violências e suicídios; urgências cardiovasculares; ginecológicas e obstétricas; pediátricas; psiquiátricas; metabólicas; respiratórias.

Além das atribuições gestoras de cada ente da federação é prevista a formação de Comitês Gestores para os diversos níveis de atuação em urgências. A primeira referência aos Comitês é feita na Portaria 1864 (institui o SAMU).

O Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências é instituído no âmbito da Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), através da Portaria 2072. O Comitê é o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências.

A composição desse Comitê está apresentada no Anexo 2 na pág. 331

São atribuições e responsabilidades do Comitê:

- I - propor o Regimento Interno, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação da composição completa do referido Comitê;
- II - articular os entes gestores e os executores das ações relativas à Atenção às Urgências;
- III - assessorar os envolvidos diretamente na estruturação e organização da atenção às urgências;
- IV - propor as correções necessárias à permanente adequação da Política de Atenção Integral às Urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional;
- V - avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e gestão do SUS, nos seus vários níveis;
- VI - analisar sistematicamente os indicadores dos SAMU-192, buscando construir um quadro descritivo detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais;
- VII - elaborar o Plano de Atenção aos Desastres.

A partir dessa Portaria há a indicação formal do espaço do comitê como avaliador do sistema. A portaria dá prazo para o regime interno e, além das atividades de planejamento, existem atribuições específicas como a elaboração do Plano de Atenção aos Desastres. As representações são múltiplas, mas não há nenhuma referência sobre negociação com as entidades para a representação ou mesmo sobre a necessidade de tal participação. É legítima a diversidade de representações, mas o interesse que a assistência às urgências tem para cada instituição é muito variável, o que pode esvaziar as representações e a própria condição de trabalho, já que dar conta de todas as ações sugeridas pela Portaria exige um grupo grande de trabalho.

A função gestora desse comitê me pareceu tão relevante que serviu de base para a seleção dos entrevistados da segunda etapa deste estudo.

Definição da Estrutura e das Responsabilidades no Âmbito dos Comitês Gestores Estaduais, Regionais e Municipais.

“As secretarias municipais e estaduais deverão constituir e coordenar seus respectivos comitês. Esses comitês são o espaço formal de discussão, avaliação e pactuação de ações prioritárias. São o espaço de discussão dos indicadores produzidos nesse nível, cabendo ao estado a realização de relatórios a serem remetidos à Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE). É recomendada a seguinte representação no comitê estadual: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência; Coordenadores Municipais de Urgência e Emergência; CONASEMS; Corporação dos Bombeiros; Polícia Rodoviária; Defesa Civil; e empresas concessionárias de rodovias. É recomendada a seguinte representação no comitê regional: Coordenação Regional de Urgência e Emergência; Coordenadores Municipais de Urgência e Emergência; representantes dos serviços de saúde de urgências; Corporação dos Bombeiros; Polícia civil e militar; Defesa Civil; e representantes da área de trânsito e

transporte. É recomendada a seguinte representação no comitê municipal: Coordenação Municipal de Urgência e Emergência; Coordenadores Municipais de Urgência e Emergência; representantes dos serviços de saúde de urgências; Corporação dos Bombeiros; Polícia civil e militar e rodoviária; Defesa Civil; e representantes da área de trânsito e transporte”.

A normatização da exigência dos comitês não se cumpriu plenamente no Rio de Janeiro. Segundo a atual estrutura dos SAMU no estado, os comitês previstos seriam: O comitê estadual, o regional da Metro I, o regional da Metro II, o do município do Rio, além dos comitês dos municípios referentes a cada SAMU regional. O regional Metro II funcionou bem até o ano passado, como será visto na etapa de entrevista porque atores locais estavam sensibilizados para o problema. Os outros comitês não estão implantados. Alguns motivos serão apresentados nas entrevistas. Aqui cabe apenas indicar que o Comitê Regional da Metro II foi implantado com grande investimento pessoal de algumas pessoas e foi visto como exemplo de regionalização pelo nível federal.

Pela dificuldade dessa nova forma de trabalho (integrar serviços a partir de interesses de vários e diferentes municípios) penso que essas representações dentro dos comitês gestores devem ser mais flexíveis, não no sentido de excluir grupos, mas no sentido de garantir que os representantes estejam mais envolvidos com suas representações. O benefício desse envolvimento foi citado por Lima (2008) no seu trabalho sobre o SAMU metropolitano II do Rio de Janeiro.

Atribuições específicas segundo os documentos – o Acompanhamento e Avaliação das Ações

O Acompanhamento e Avaliação das Ações do SAMU estão descritos na Portaria 1864 (que institui o SAMU). São propostos os seguintes indicadores de desempenho a serem sistematicamente produzidos nos SAMU e analisados pelos respectivos Comitês Gestores:

1. Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local de ocorrência;
2. Tempo médio decorrido no local da ocorrência;
3. Tempo médio de transporte até a unidade de referência;
4. Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);
5. Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);
6. Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar;
7. Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24horas);
8. Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causa externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

Os indicadores 1, 2, 3, 4 e 8 podem ser produzidos a partir do próprio sistema de informação do SAMU, que é disponibilizado para as centrais de regulação. São indicadores compatíveis com a expectativa de o SAMU ser observatório do SUS e que seriam facilmente analisados e comparados por região, se os sistemas de informação dos diferentes SAMU tivessem um

formato único e se essas informações fossem compartilhadas. Um problema detectado nas entrevistas e na avaliação em ato é que por serem insatisfatórios, os SAMU têm autonomia para criar o seu próprio sistema, o que dificulta a padronização da informação e o compartilhamento da mesma. O indicador 7 exige cooperação das emergências hospitalares para ser produzido, mas é viável e pode ser aplicado localmente, por exemplo, nos locais onde o tempo de atendimento é alto, etc. Os indicadores 5 e, em especial, o 6 são de difícil construção metodológica e, portanto, não são passíveis de serem produzidos de 3 em 3 meses para fins de acompanhamento dos serviços, como proposto, já que podem utilizar metodologia qualitativa.

A partir dos indicadores produzidos na prática, possibilita-se a problematização desses indicadores propostos anteriormente, já que são ferramentas da gestão e, portanto, devem ser propostos de forma dinâmica.

Atribuições específicas segundo os documentos – a Capacitação

A Portaria 2048 (institui o Sistema Estadual de U/E) propõe aos gestores a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU.

Esses núcleos são “estruturas capazes de estabelecer currículo mínimo, de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexos entre trabalho e educação. A proposição curricular é necessária em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País e que não garantem a qualidade do aprendizado”.

“Os núcleos devem se organizar sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor do SUS, tendo como integrantes as secretarias de saúde, hospitais e serviços de referência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área de saúde, escolas técnicas e outros setores”.

Os projetos para esses núcleos deverão: “promover profundo processo de capacitação e educação permanente; estimular adequação curricular nas instituições formadoras; implantar Laboratórios de Ensino como parte dos NEU, envolvendo de forma interinstitucional prestadores e formadores para abordagem do tema urgência em todos os Pólos de Educação Permanente; e, como ação imediata para formação de multiplicadores, sugerem a estruturação de pelo menos um laboratório por estado”.

Questiono se esses pólos têm governabilidade para ‘estimular adequação curricular nas instituições formadoras’. Talvez objetivos mais focados nos profissionais que atuam em urgência sejam mais factíveis de cumprir, apesar de não mais relevantes.

Na Portaria 2048 (Sistemas Estaduais de U/E) e na Portaria 1863 (institui a PNAU), o tema foi tratado como educação continuada. A partir das próximas Portarias a referência será à educação permanente.

Princípios Norteadores

“A organicidade a partir da qualificação assistencial com equidade, a promoção integral da saúde e a transformação da realidade e seus determinantes”.

Objetivos Estratégicos

“Constituírem-se núcleos de excelência regional, estadual e nacional para a formação de profissionais; buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde; articular e congregar as dificuldades das instituições-membro; e ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção”.

Objetivos Operacionais

“Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional; estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região; congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional; certificar anualmente e recertificar a cada dois anos os profissionais atuantes no atendimento às urgências; e propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgências”.

São propostas Grades de Temas, Conteúdos, Habilidades, Cargas Horárias Mínimas para a Habilitação e Certificação dos Profissionais da Área de Atendimentos às Urgências e Emergências para Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Profissionais Não Oriundos da Área da saúde. Também é proposta Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aero-médico que devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica e da Divisão de Medicina Aeroespacial.

Os temas, conteúdo e habilidades são apresentados em detalhes (pág. 138 até 241 deste documento). Não cabe aqui a análise dos temas de capacitação. Quero apenas indicar que a capacitação para os profissionais de saúde tem como foco questões clínicas, o que é justificado pela ausência de especialidade na área.

Temas para telefonistas auxiliares de regulação e rádio-operadores: introdução; geografia e estrutura urbana da cidade; sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência; serviço de atendimento pré-hospitalar móvel; papel da telefonista auxiliar de regulação e do rádio-operador; atividades práticas.

O SAMU, a Central de Regulação e o Núcleo de Educação deveriam ser implantados simultaneamente, o que não acontece, como apontam autores que investigaram os núcleos de educação em urgências (CHOMATAS, 2005; ALMEIDA, 2007; e ASSIS *et al*, 2007) e as etapas seguintes deste trabalho. A ausência desses núcleos é muito comprometedor já que os próprios documentos apontaram a grande proliferação de cursos de capacitação da iniciativa

privada sem integração com os princípios do SUS. Também foi dito que é estratégico que o SUS tenha profissionais capacitados.

Expansão e estruturação da rede

Identifico em duas Portarias a disposição de expansão e estruturação da assistência às urgências, propostas após a instituição dos documentos principais, entre 2002 e 2005.

A Portaria nº 2922 de 2 de dezembro de 2008, estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de rede loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA e Salas de Estabilização – SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, em municípios/regiões de todo o território brasileiro vinculados ao SAMU 192.

E a Portaria nº 3125 de 7 de dezembro de 2006 institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS e define competências.

Se a implantação das UPA não estava prevista na Portaria nº 1863, que institui a PNAU, na Portaria nº 2048 (regulamenta sistemas estaduais de urgência) havia referência à adequação das Unidades de Pronto Atendimento. Entretanto essa adequação não deve ter sido pensada para áreas metropolitanas, tanto que os parâmetros populacionais eram menores do que o desta Portaria. Havia críticas a essas unidades no documento, como será apresentado a seguir.

A UPA tem como objetivo assistencial, além da regionalização e qualificação da atenção, a interiorização com ampliação do acesso e com vistas à equidade. Essa interiorização é

compatível com a adequação dos pronto-atendimentos indicada na Portaria nº 2048 (regulamenta sistemas estaduais de urgência).

Pelos parâmetros definidos aqui, a UPA III (a maior) atende de 200.001 a 300.00 habitantes. O número de atendimentos médicos previsto para 24 horas é de 301 a 450 pacientes. Número mínimo de médicos por plantão é de 6 e deve ter de 13 a 20 leitos de observação, no mínimo.

Voltando ao referido em 2002 na regulamentação dos sistemas estaduais de urgência, a maior unidade previa atendimento para população de 150 a 250 mil habitantes. O número de atendimentos, leitos e médicos eram semelhantes aos apontados para UPA III. O Dimensionamento e Organização Assistencial do atendimento pré-hospitalar fixo, segundo a Portaria 2048, sugerem a seguinte relação entre cobertura e população: de 150 mil a 250 mil habitantes, nº de atendimentos médicos em 24h = 450 pacientes; nº de médicos de plantão = 3 pediatras e 3 clínicos; nº de leitos de observação = 18; percentual de pacientes em observação = 10%; e percentual de encaminhamento para internação = 3%. Há a ressalva de que esses números poderão variar, de acordo com a realidade. Apresentei esses critérios específicos para compará-los com os propostos pelas UPA III, cuja única diferença significativa é a maior cobertura populacional.

Essas UPA foram implantadas como estratégia compensatória da insuficiência da atenção básica e da superlotação das emergências hospitalares no município do Rio de Janeiro, em especial entre os anos 2007 e 2008. A primeira foi inaugurada em maio de 2007 e até abril de 2009 já haviam 20 UPA inauguradas aqui. A previsão do governo do estado do Rio de Janeiro é abrir 30 UPA até 2010, com capacidade para 12 mil atendimentos por mês em cada uma (informação do jornal O Globo de 26 de março de 2009 na coluna “Superlativo de Acertos” de Sergio Cortes, Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil). Sabe-se pela imprensa que o total de atendimentos nas UPA Rio é duas vezes maior do que o previsto. Também foi frustrada a tentativa de manter um ortopedista nas equipes da UPA, a fim de diminuir a

demanda das grandes emergências. Os dirigentes afirmam que os clínicos farão o primeiro atendimento para queixas ortopédicas e, se necessário, os pacientes terão acesso aos ortopedistas lotados nos hospitais. O cenário, entretanto é de falta de médicos nos serviços, outro componente da estrutura, vital para a assistência.

Outra diferença em relação às outras Portarias da PNAU é que para as UPA as orientações técnicas sobre áreas físicas dos projetos, materiais, mobiliários e equipamentos de tecnologia informática estão descritos em um Caderno de Diretrizes Técnicas – Organização de Redes de Atenção Integral às Urgências. Essa estratégia de deslocar da Portaria para o Caderno essas orientações sobre áreas físicas é uma novidade, que pode ser interpretada como uma “relativização” desses critérios e da padronização excessiva.

Entre as funções da UPA está ser também um observatório do sistema e da saúde da população, além de ordenador do fluxo assistencial. Lembro que o SAMU (que funciona junto com a regulação e tem um sistema de informática próprio) não tem dado conta da missão “observatório”, como será visto nas outras etapas do trabalho. Agora essa missão é compartilhada com o componente fixo da atenção pré-hospitalar. Também há destaque para função de “observatório” do SAMU, já tão defendida em outros documentos, só que agora aparece o destaque para a perspectiva da regionalização. Essa função permite planejamento e organização da rede, ampliação da cobertura dos SAMU, bem como o fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada preferencial dos usuários do sistema.

Entre as atribuições da UPA destaco que “o paciente deve ser mantido em observação, por período de até 24 horas para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica”. Portanto, quando houver exigência de internação, a vaga deve estar disponível em até 24 horas. Ao tratar da equipe, indica que “poderá ser ampliada a equipe de saúde, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência”. Afirmam que essa orientação foi embasada no Quadro 1, referente à Portaria nº 2922 de 2008. Na verdade, o quadro trata da

ampliação do número de médicos, distribuídos entre clínicos gerais e pediatras. Existe esta orientação de ampliação de equipe na Portaria nº 2048 (p. 78) quando trata do componente pré-hospitalar fixo.

A indução da regionalização pelo nível federal, certamente modificará o atual padrão assistencial no SUS. Entretanto não pode ser desconsiderada a complexidade desse processo que envolve muitos e diferentes atores com muitos e diferentes interesses, mas que, entretanto, é um processo de negociação que é possível e necessário.

“É fundamental reafirmar que as UPA não devem ser utilizadas como alternativa assistencial à atenção primária nos locais onde a mesma não estiver bem estruturada. Elas devem se somar à atenção primária a fim de favorecer a regionalização e interiorização do acesso aos cuidados urgentes”. (trecho do documento “Orientações técnicas para o planejamento das Unidades de Pronto Atendimento e Salas de Estabilização (p. 21), disponível no *site* do Ministério da Saúde). A Portaria indica as diferenças entre as UPA e os tradicionais Pronto-socorros que são: “a integração da UPA com SAMU e com o desenvolvimento da atenção básica e a obrigatória classificação de risco”. Entretanto não há como não temer que o avanço na política de urgência esteja usando estratégias que já foram apontadas como ineficazes, funcionando apenas para tamponar uma crise. Se houver essa expansão da atenção básica, aí essa estratégia será diferenciada.

Lindblom (1981) defende a existência de dois componentes no processo decisório político, a análise (mediante informação, de preferência científica) e a política (mediante uso do poder). Esses componentes podem conflitar ou se complementar. Cabe a pergunta se a UPA foi proposta como necessidade técnica ou pelo seu uso político e se esses componentes conflitam ou se complementam.

Puccini (2008) analisando as unidades de assistência médica ambulatorial de São Paulo (AMA), suas condições de funcionamento e repercussões para a atenção básica, afirma que as

UPA são a versão federal da AMA que caracterizou como atendimento do tipo queixa-conduta. Segundo o autor as AMA, que são geridas por organizações sociais, mantém profissionais em condições muito precárias e não chegaram para resolver o pronto atender na atenção básica (PUCCINI, 2008). A atuação da atenção básica frente a essas demandas será problematizada no SAMU em ato.

As UPA no município do Rio de Janeiro, diante da ausência do PSF, infelizmente são passíveis das mesmas críticas apresentadas na p.55 da Portaria 2048 (que institui os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência) aos tradicionais pronto-socorros: “outra situação preocupante para o sistema é a ‘proliferação’ de unidades de ‘pronto-atendimento’, sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais adequados e, ainda, sem qualquer articulação com a rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimento de baixa qualidade e pequena resolutividade o que implica em repetidos retornos e enorme produção de ‘consultas de urgência’”.

São apontadas duas últimas e importantes considerações: “a necessidade de aprimorar as condições para que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais procedam à implementação de todos os componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências; e a prioridade de pactuação para 2009 de diretrizes para financiamento da atenção à urgência e emergência em ambiente hospitalar do SUS e suas unidades de pronto-socorro” (voltou a usar esta terminologia, abandonada desde a Portaria nº2048 de 2002 que regulamenta os sistemas estaduais de urgência), bem como “diretrizes para financiamento de ações voltadas para a organização da rede de atenção à urgência e emergência nos pequenos Municípios”.

No que diz respeito ao QualiSUS Urgência, há uma intenção de, a partir de um Programa já existente, o QualiSUS, que na sua origem já priorizava a assistência às urgências, resgatá-lo com um enfoque especial na área de urgências. Interessante que em sua primeira definição

trata da qualificação da atenção hospitalar, diferente do seu Art. 1º, que trata da qualificação da assistência às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar. Resgata a PNH (e suas diretrizes), que só havia aparecido nas políticas de urgência no documento de capacitação dos profissionais. Retoma os Comitês Gestores, a Educação Permanente e introduz o Controle Social. Recupera o último componente da assistência às urgências, a reabilitação. Entretanto, essa Portaria não faz nenhuma alusão ao financiamento, além da sugestão de cooperação entre os gestores dos três níveis, e a indução pelo financiamento tem sido uma marca da Política de Urgência. A Coordenação do QualiSUS e da Urgência e Emergência são ocupadas pela mesma pessoa e apresentadas como comuns no *site* do Ministério da Saúde.

Os Condicionantes para a proposição de projetos

Há condicionamento para captação de recursos do nível federal, segundo a Portaria 1864 que institui o SAMU. Os condicionantes são: “planos municipais ou regionais de Atenção Integral às Urgências aprovados nos conselhos e Comissão Intergestora Bipartite (CIB); explicitação da rede de transferência (incluindo política vaga zero em consonância com a Portaria nº 2048 de 2002 que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência); proposta de capacitação dos profissionais; implantação dos respectivos comitês (municipais, regionais e estaduais); apresentação de Termo de Ciência e Compromisso e submissão ao pleito qualificado; apresentação trimestral dos indicadores de desempenho; comprovação de contratação dos recursos humanos respeitada a legislação vigente, não sendo permitida a precarização dos vínculos; disponibilização do banco de dados do SAMU para condições de interesse estratégico; parcerias com conselhos tutelares; ações de humanização; projetos estratégicos para necessidades coletivas; e municípios e estados poderão solicitar

complementação de recursos, aos moldes da legislação vigente, após aprovação pelo pleito qualificado”.

Também há condicionamento de adesão do ente federativo propositor à NOAS, conforme o ano da Portaria. Para a UPA há exigência de estar em processo de adesão ao Pacto pela Saúde. Não será discutida neste trabalho, mas a adesão dos estados e municípios ao Pacto da Saúde tem sido significativa. Atualmente (1º semestre de 2009) 26 estados aderiram ao pacto, inclusive o Rio de Janeiro.

Os condicionantes para a expansão da atenção pré-hospitalar fixa através das UPA são: “podem ser apresentados projetos de adequação e implantação de UPA e SE em concomitância de apresentação de projetos de novos SAMU, desde que os mesmos tenham caráter regional”. Essa condição faz com que a expansão da UPA se dê junto com a expansão dos SAMU regionais, reforçando a regionalização. A avaliação e aprovação também são condicionadas. Essa condição está de acordo com uma das falas do coordenador geral de U/E obtida na etapa de entrevistas, que tratava da expansão dos SAMU regionais.

Também há exigência do Termo de Compromisso de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família atingindo no mínimo 50% na área de abrangência de cada UPA, no prazo máximo de 2 anos a contar da data em que for firmado o termo. Essa é uma proposição que marca a diferenciação pretendida entre a UPA e os antigos PS, produtores de “consultas de emergência”, e que possibilita a qualificação da assistência nos locais com baixa cobertura da atenção básica. Entretanto, pelo menos para o caso do Rio de Janeiro, esse nível de expansão pretendida não parece viável em um período de 2 anos, em função da baixíssima cobertura, em especial na capital que chega a 3%, como será discutido posteriormente. Mas o condicionamento dessa expansão é um avanço inquestionável.

Espero que agora, com um foco maior na regionalização, os comitês gestores consigam ser implantados¹⁸, além da pactuação com hospitais também reforçada nesta Portaria.

A Política de Humanização e a PNAU

No Manual Técnico de Regulação Médica das Urgências existe um capítulo denominado *As urgências e a política nacional de humanização – PNH* (p.109).

É muito promissora a inclusão do tema e da política de humanização em um documento que trata da normatização para a área de urgências e do conteúdo de capacitação de seus profissionais. O capítulo faz uma descrição da PNH, apresentando as estratégias gerais, diretrizes para a implementação da PNH subdividida por tipo de serviço, como atenção básica e serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência. Defende o acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho e o acolhimento com classificação de risco. Apesar de abordar muitas questões vitais para a assistência no SAMU, não é produzido um diálogo entre as duas políticas. Mesmo no tópico dos serviços de urgência, que são apresentados como os pré-hospitalares e os hospitalares, não há destaque para a assistência pré-hospitalar. Entretanto, muitos aspectos que o documento traz são úteis para o processo de trabalho no SAMU.

Destaca que “os inúmeros avanços no campo da saúde brasileira convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens” (p.109). Reconhece “a fragmentação dos processos de trabalho, que esgarça as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre esses e os usuários fazendo com que o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção fique fragilizado”.

“Portanto, para a construção de uma política de qualidade do SUS, a humanização deve ser vista como uma dimensão fundamental, não podendo ser entendida como apenas um

¹⁸ Antecipo um resultado que será apresentado na etapa seguinte deste trabalho que é a não existência desses comitês.

‘programa’ a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (p.109).

Sobre a gestão do trabalho (p.110), que é apresentada como estratégia geral da política, propõe-se “a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional”. Esta é uma estratégia compatível com os objetivos dos NEU e que beneficiaria os profissionais e qualificaria o trabalho no SAMU. A educação permanente seria um possível espaço para essas ações.

Ainda nas estratégias gerais, propõe-se “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde” e é indicado “o acompanhamento e avaliação sistemática das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização”.

“O acolhimento às urgências implica em um atendimento com resolutividade e responsabilização” (p.112). No documento é proposta “uma noção de acolhimento ético que supere a dimensão do ambiente confortável e da prática de exclusão dos ‘não escolhidos’ após triagem administrativa. A responsabilização evita o repasse do problema e o foco exclusivo na doença/procedimento e não no sujeito e suas necessidades”.

Há uma preocupação explicitada nas diretrizes da política em “sensibilizar as equipes para evitar preconceitos e respeitar a cultura local” e indica que “para os casos de demanda não resolvida, o encaminhamento deve ser responsável e resolutivo”. Reconsidera a “exclusão” quando afirma que “a avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, e o usuário e sua rede social também devem ser considerados nesse processo”.

O documento destaca como ponto crítico (p.116) que “a ampliação do acesso deve ser produzida sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações e sem transforma o serviço em produtor de procedimentos”.

Ao propor um acolhimento humanizado, para além da burocrática classificação das demandas, propõe-se um desafio que é compatibilizar demanda com recursos estruturais e negociar entre atores com perspectivas diferentes, o que é urgência. Esse é o desafio de proporcionar um atendimento com integralidade nos seus diversos sentidos e, em especial, integralidade enquanto valor a ser perseguido.

Quis ressaltar que a PNH qualifica o documento, mas que o manual técnico se resume a apresentá-la sem integrá-la às práticas do SAMU.

O protagonismo dos Ministros da Saúde

Na gestão do Ministro Humberto Costa foram formuladas Portarias com proposições consistentes para a política de urgência, que aprofundaram questões como a regulação, coordenação, capacitação dos profissionais, definição dos recursos para os diferentes níveis de atenção, entre outras. Essas proposições já haviam sido indicadas em 2002, através da Portaria 2048, na gestão do Ministro Borjas Negri. Portanto, coube a gestão de Humberto Costa, o desenvolvimento de propostas amadurecidas por um grupo ampliado de atores. Destaco a criação da CGUE como fundamental para a implantação e gestão da atenção às urgências.

A gestão do Ministro José Gomes Temporão não conseguiu avançar no desenvolvimento das proposições para a área, ainda muito incipientes, como a coordenação e capacitação/fixação dos profissionais. As UPA e motolâncias, instituídas na sua gestão, são estratégias de curto prazo (UPA) e complementares (motolâncias), que só foram possíveis a partir de um forte aporte de recursos federais.

Gostaria de destacar que esteve disponível no *site* do ministério, nas informações úteis no *link* do SAMU (pelo menos até julho de 2009) o áudio do discurso do Ministro Temporão de lançamento das motolâncias, realizado em dezembro de 2008. Nele o ministro reafirma a importância que as Políticas de Urgência têm para o ministério, declarando que o SAMU traz segurança e conforto para a população. Cita as motos como forma de aperfeiçoar a PNAU e se compromete com a universalização do SAMU até 2010. O ministro afirma que foram compradas e distribuídas pelo país 400 motos e que o número será maior no ano seguinte. Cita o sucesso do Rio de Janeiro pela implantação das UPA. No ano de 2008 foram orçadas 100 UPA e serão pelo menos 500 UPA no Brasil até 2010. Menciona, em tom de crítica, o posicionamento contrário às UPA assumido pelos acadêmicos.

Segundo o Ministro, no começo do governo Lula o SAMU era só uma idéia e hoje é uma realidade. Essa realidade tem sido pautada pelo ideal de serviços integrados em rede.

Foram diversas, mas decisivas as contribuições desses ministros para a área, entretanto, o avanço significativo que diz respeito à gestão do trabalho, ainda não ocorreu. Como muito bem destacou Bahia (2009), “não se desfaz por passe de mágica o painel de suportes materiais e políticos que dinamiza a desigualdade”.

Apesar do Estado dispor de amplos recursos de regulação para atuar (VIANA e MACHADO, 2009), a macrorregulação ainda não tem como principal beneficiário o setor público, ou seja, o SUS (SANTOS e MERHY, 2006). Ainda existem constrangimentos para o SUS não enfrentados, que “aparecem” no subfinanciamento, na gestão de recursos humanos, na desvalorização e desresponsabilização dos profissionais de saúde, com maior impacto para o médico. As lacunas de atuação do Estado identificadas para a década de 90 (MACHADO *et al*, 2007), ainda persistem.

6.1.3. Concluindo esta etapa do trabalho

A regulamentação na área de urgência sofreu um incremento de Portarias e outros documentos a partir de 2002. O volume documental parece ser coerente, já que existem novas proposições e estratégias de enfrentamento dos problemas assistenciais nesse nível. Os documentos dialogam entre si e projetam uma evolução da política. Entretanto é necessário fortalecer cada um de seus componentes (destaco educação e gestão do trabalho) para diminuir a distância entre o proposto e o implementado. É necessário investir na credibilidade das intenções dos propositores para vencer a sensação de que quanto menor a crença nas normas, maior a produção das mesmas.

Destaco como documentos norteadores da PNAU: a Portaria 2048, proposta ainda em 2002 e já contendo todos os elementos que foram desenvolvidos nas Portarias seguintes (a integração dos níveis assistências na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação pelos NEU e a regionalização); e o Manual de Regulação Médica que retoma essas questões com o intuito de nortear a capacitação de todos os profissionais em todo o território brasileiro, que se empenha em fazer um diagnóstico realista do sistema de saúde, além de propor a humanização e assistência centrada no usuário. Esse último documento, no seu conjunto, trata de questões que superam as compreendidas na categoria núcleo de saber, ou seja, questões técnicas do saber específico de cada profissão para a abordagem das urgências e emergências. Sugerindo o treinamento que, se não privilegia pelo menos cria espaço para questões comuns a todos os profissionais (como a complexidade da demanda), questões do campo do saber e das práticas são discutidas. A partir de um núcleo de saber (o saber específico de cada profissão), o campo de prática de saúde se conformaria como espaço de limites imprecisos onde cada profissional buscaria apoio de outros profissionais para cumprir seu trabalho (CAMPOS, 2000).

Ampliar a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes serviços, além de ampliar o horizonte de atuação, tornando-a mais resolutiva, permite um diagnóstico das dificuldades da rede, possibilitando correções. Do mesmo modo que individualmente o usuário não pode ser atendido de forma integral em um único serviço, isoladamente os serviços não são efetivos. De forma geral, mesmo em redes normatizadas, com fluxos formais de referência e contra-referência, a circulação de usuários é obstaculizada por inúmeros procedimentos burocráticos, por competições entre especialidades profissionais e por uma gama de “sentidos” que a referência e contra-referência têm para os profissionais que devem acolher esses usuários e que têm o seu processo de trabalho determinado pelo apelo da tecnologia e/ou do procedimento e não do usuário.

Na verdade, os serviços de saúde, de forma geral, realizam um trabalho solitário e de isolamento dentro da rede, já que desconsideram as dificuldades dos outros serviços que se traduzem na não aceitação do paciente. Não há maleabilidade no tratamento dispensado às normas e sim um apego à missão individual de cada serviço, desconsiderando o restante da rede.

A PNAU prevê a integração da rede para a atenção às urgências, o que aumentará em muito sua resolutividade, se essa integração ocorrer. O SAMU enquanto organizador desse atendimento integrado deve construir rotinas de trabalho mais permeáveis, mas essa questão está pouco contemplada no documento que é utilizado para a capacitação dos profissionais.

O atual Ministério da Saúde priorizou implementar um vigoroso programa de investimento para alterar a configuração de Redes de Atenção à Saúde e a expansão da Rede Nacional SAMU 192, com retaguarda adequadamente estruturada e qualificada. Essa retaguarda está representada pela Portaria nº 2922 (2008) que institui a UPA e pela Portaria nº 3125 (2006) do Programa QualiSUS Urgência.

A Política de Urgência e Emergência teve como marcos o financiamento federal e a regionalização. Pela pouca literatura existente sobre o atendimento pré-hospitalar de urgência, imagino que a consolidação de uma proposta nacional deve ter produzido experiências diferentes em outros estados. O financiamento para o SUS deve estar instável em função das perdas orçamentárias recentes que a Saúde sofreu (CPMF e EC29/2000). Mesmo exigindo um forte financiamento do nível federal, o atendimento às urgências é uma prioridade inegável para o atual governo. Um agravante é o impasse na gestão do trabalho, que já foi bastante comentado e que aparecerá de forma mais dramática nas outras etapas do trabalho. Outra questão referente aos profissionais é a capacitação, outro marco desta Política e a não precariedade dos vínculos empregatícios. Há um forte investimento em recursos monetários e tecnológicos na implantação da mesma, porém, a normatização não possibilitou o avanço no quesito qualificação de profissionais, como será visto ao longo das outras etapas do trabalho. Sua implantação tem sido a partir de uma plasticidade na forma de contrato dos profissionais que não favorece a sustentabilidade da política. Claro que esse problema não é exclusivo do SAMU, UPA e emergência hospitalar. A própria expansão do PSF pretendida para o Rio de Janeiro, certamente sofrerá restrições pela gestão do trabalho.

Percebi uma evolução na formulação da política, mas é necessário saber se essa evolução traduziu-se na prática dos níveis estaduais e municipais. Esse Estado que é indutor, formulador e regulador depende dos outros entes federativos autônomos para que a qualidade da assistência evolua, que é a expectativa principal gerada pelas políticas.

Para encerrar essa etapa do trabalho, preciso resgatar o que essa Política propõe de integralidade. É integral quando responde a um problema específico que não tinha resposta instituída, como o SAMU e regulação, por exemplo. Um primeiro marco da integralidade normatizado a partir da Portaria 2048 foi a definição das responsabilidades nos diferentes níveis de assistência de atender às urgências. Essa expansão da responsabilidade da atenção

básica corrobora a indicação de Carret *et al* (2009) de que a atenção básica precisa estar apta para atender prontamente às demandas de urgência para ter impacto na redução de atendimento inadequado nas emergências hospitalares. Essa integralidade referida à integração de serviços foi reforçada no atual condicionamento de expansão de SAMU para projetos regionalizados. Portanto, a política é integral ao se apoiar na regionalização e na comunicação entre os diversos serviços. Também é integral ao assumir a integralidade como valor.

Provavelmente o componente da integralidade menos percebido nos documentos, é o que trata da relação pessoal entre o profissional e o paciente. Esse nível da assistência, por lidar com situações mais graves, não tem uma expectativa grande na realização desse sentido de integralidade, que é imprescindível para a atenção básica. Apesar desses “condicionantes” de integralidade, a assistência só será integral na prática. Vou considerar a integralidade presente na política como um recurso estrutural que pode influenciar nos processos de trabalho e nos resultados de saúde, sem, entretanto garantir nada. Entretanto, as regras que regem as práticas nem sempre são evidentes porque outras regras são construídas na consciência prática. Por isso não basta estudar as regras que a política propõe.

6.2. Entrevistas

As entrevistas foram um momento muito especial deste trabalho. Foram entrevistados o Coordenador Geral de Urgência/Emergência (CGUE) do Ministério da Saúde, os coordenadores dos três SAMU do estado, o coordenador estadual de U/E da Secretaria de Saúde e de Defesa Civil do estado e o representante da RBCE no comitê gestor nacional.

Os entrevistados, além de passarem uma enorme confiança no seu conhecimento sobre o problema, foram muito cooperativos. Como todas as entrevistas foram previamente agendadas, houve tempo suficiente para tratar das questões mais centrais e para eles falarem espontaneamente sobre o tema. Apenas um entrevistado dispôs de um tempo que considerei insuficiente para a entrevista, em função da sua agenda. Apesar disso, foi solícito e respondeu a algumas questões.

Ao reproduzir suas falas, optei por não identificá-los por número, mas eventualmente a própria fala identifica o coordenador.

As entrevistas indicaram três questões centrais que serviram de eixo de análise. São elas: o SAMU, suas características, atribuições e a questão social; o médico, seu perfil, atitudes e a decisão clínica; e a assistência em rede, a gestão e a regulação. Para cada eixo selecionei, como sub-título, uma frase das entrevistas que considerei mais emblemática e representativa do problema.

1) O SAMU, suas características, atribuições e a questão social

“Não tem SUS que preste se não acolher a urgência”.

A frase escolhida para sub-título indica a importância de atender às urgências pelo impacto para a saúde do bom atendimento (em especial para os casos de risco de vida) além da expectativa simbólica para os usuários do atendimento dessa demanda, que desorganiza a vida e por isso é urgente.

Esse impacto sobre a vida faz com que esse nível de atenção seja visto como representativo do SUS, como sugere a fala de um dos entrevistados.

“Urgência como espelho do desempenho do SUS”.

O valor e impacto social e o assistencial da resposta à essa demanda justificaram a implantação da PNAU, como analisado a partir dos documentos. Os entrevistados reconheceram e apontaram muitos dos motivos da formulação do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e da sua prioridade para a política.

“Começa a política de urgência pelo SAMU por ser mais crítico”.

A referência ao ser “mais crítico” faz o diagnóstico da ausência de um atendimento pré-hospitalar regulado somado à situação crítica em que os atendimento às urgências ocorrem em qualquer nível de atenção. Também foram apontadas as atribuições e expectativas sobre o SAMU.

“O SAMU é um componente da política que tem dois elementos, a intervenção e a regulação”.

“Atendimento à urgência como observatório, ferramenta de gestão e planejamento”.

Os dois componentes do SAMU têm distintas relações com o sistema. A intervenção será destinada a uma demanda representativa da suficiência e insuficiência da rede. Servirá de ferramenta para a gestão a partir do destino dado à informação gerada.

A atribuição de observatório como ferramenta de gestão implica na necessidade de um sistema de informação que possibilite a produção de indicadores. Entretanto, outro entrevistado indicou, como será visto a seguir, o sentido de “observatório” inicialmente pensado para a formulação da política.

Essa relação mais estreita com a rede, no sentido de conhecê-la e poder intervir sobre ela, foi entendida como universalização por um dos entrevistados, apesar do sentido ser mais de integralidade por uma melhor utilização da rede.

“É universal no sentido de acabar com os vazios assistenciais”.

“Acho que a universalização é a chave para o SUS. O atendimento de urgência reflete todo o outro atendimento. É universal numa lógica sistêmica de poder acessar de forma universal toda a rede”.

A regulação define os recursos a serem utilizados em dois níveis, o interno ao SAMU, representado pelo tipo de ambulância e o recurso da rede, representado pelo acesso ao leito hospitalar ou de emergência.

“Acessar a tecnologia a partir da regulação”.

“Facilita o acesso ao sistema”.

A dificuldade de acesso à rede, sugerida tanto nos documentos como nas falas, retoma a questão da urgência ser porta de entrada.

“É porta de entrada do sistema”.

Sintetizando, há a expectativa do SAMU ser ordenador do atendimento à urgência em todos os níveis de atenção, assim como de que ele receba demandas da não assistência na atenção básica e na média complexidade.

“Organiza a urgência, organiza o sistema”.

“Pode alavancar para o sistema. Tornar organizado”.

Nas falas dos entrevistados houve um privilégio do componente organizador, em relação ao assistencial, provavelmente pela necessidade em curto prazo de dar visibilidade aos déficits estruturais, que no Rio de Janeiro são tão gritantes, principalmente os relacionados à atenção básica. Também está explicitado o impacto para a rede de organizar esse nível de atenção. Esse impacto positivo tem como antagonismo em potencial a “desregulada” autonomia dos profissionais médicos em muitos serviços, com destaque para alguns hospitais do Rio de Janeiro.

“O SAMU mostra o déficit estrutural do sistema”.

“Permite o diagnóstico dos vazios assistenciais”.

“Faz observação do estado de saúde da população e da resolutividade da rede de serviços”.

O conhecimento da situação precária da rede gera a expectativa de que o SAMU terá uma demanda diversa e complexa, o que também foi referido nos documentos.

“Tudo que não deu certo vai pro SAMU”.

Assim como existe um componente “desvendador” dos vazios do SUS, existe um outro conciliador e acolhedor.

“SAMU transmite segurança social, charme que antes era só do bombeiro, sendo uma das causas de conflito”.

Um dos entrevistados apontou que alguns pacientes se sentem vinculados em uma relação médico-paciente, provavelmente por terem sua demanda acolhida e atendida pelo regulador. Essa situação é muito satisfatória pelo potencial que a regulação tem de prestar um bom atendimento, mesmo quando restrito a uma orientação por telefone. Também tem um lado perverso já que não é através da telemedicina que se espera esse tipo de vínculo, e sim na atenção básica onde o paciente deve ser conhecido e atendido na maioria das suas necessidades em saúde.

“Ligam chamando “meu médico”. Um acesso que nunca tiveram...alguns pacientes se referem ao regulador como o meu médico”.

Essa expectativa de transmitir segurança e confiança é prevista e desejada segundo os documentos analisados. Entretanto, o cenário contemporâneo de atuação do médico é de crise nos vínculos de confiança (SCHRAIBER, 2008). Segundo a autora existe uma contradição entre ser o trabalho médico produzido paradigmaticamente como consulta individual e dar-se sua expansão como mercadoria a ser consumida em escala. A própria extensão da cobertura assistencial para populações – conquista dos direitos sociais - não deixa de massificar a produção dos cuidados médicos.

Portanto, o modo de produzir serviços em escala e modo de trabalhar com eficácia e qualidade tornam-se relações tensas. (SCHRAIBER, 2008, p. 43).

Como consequência passa-se da confiança no “meu” médico à confiança na tecnologia “do hospital”, ou nas ambulâncias, para o nosso caso.

O médico-mercadoria, algo a ser consumido como qualquer produto à venda no mercado passa a ser o médico do qual se desconfia (SCHRAIBER, 2008, p. 178).

Como o excesso de produção de tecnologias está implicado com o excesso de demanda de consumo das mesmas, nas atuais condições de trabalho, as demandas dos pacientes, na percepção dos médicos, se tornaram excessivas.

Aumentou a complexidade do conhecimento e mudou o modo de se relacionar com a assistência médica. Buscar a intervenção médica é hoje um consumo como qualquer outro. (SCHRAIBER, 2008, p. 164).

Não há necessária coincidência entre os adoecimentos que os médicos acham importantes e aqueles que os pacientes acham, de que decorrem expectativas diagnósticas e terapêuticas divergentes, com significativas tensões nas relações médico-paciente experimentadas no cotidiano assistencial (SCHRAIBER, 2008). Se para o profissional é difícil processar tudo isso, também o é para o paciente.

Os “usuários” ou a “clientela institucional” participam de um *coletivo*, mas cada qual se vê como único e exclusivo. O processo permite estereotipar seus participantes (os pacientes do SUS, os pacientes do plano de saúde, etc.), cujas características são muitas vezes o aspecto pelo qual o médico apreende o doente individual e, portanto, uma das bases construtoras da intervenção, que assim se torna padrão e rotina (SCHRAIBER, 2008). Veremos exemplos dessa “padronização” na próxima etapa do trabalho.

O médico também é dissolvido num coletivo despersonalizado, que é o modo pelo qual também o paciente torna estigmatizada e rotinizada sua assistência. Isso passa a configurar as conhecidas situações de médico *do convenio*, *da previdência social pública*, ou *do consultório particular*, em substituição ao *meu médico*, (SCHRAIBER, 2008, p. 221).

A autora propõe duas teses acerca do trabalho médico: a qualificação de seu ato técnico como *difícil* e a de seu exercício reflexivo como julgamento complexo (SCHRAIBER, 2008). Acredito que essas são duas teses compatíveis com o trabalho no SAMU, um trabalho tecnicamente difícil e que exige um complexo exercício reflexivo.

Outra reflexão proposta pela autora é de que as questões éticas são muitas vezes entendidas como a falta de um lado humano que deve complementar a técnica, visão que substitui a percepção de uma crise ética mais global, como é a crise da confiança.

Agrava essa situação já complexa, de progressiva dificuldade comunicacional, o fato de o diálogo ser o símbolo do sentido humanístico da prática, eventualmente sugerindo-se que a recuperação de uma conversa possa por si reverter a crise da confiança, mas ao mesmo tempo e paradoxalmente, essa recuperação pode parecer um pouco ociosa, como valor tecnológico. (SCHRAIBER, 2008, p.230).

Mesmo concordando que as conversas não são suficientes para qualificar as práticas ou para reverter a crise de confiança, as práticas experimentadas no pronto-atendimentos no SUS têm sido tão perversas que as conversas (principalmente se traduzidas em diálogo) causam impacto, como apontado pelo entrevistado. Essa questão será retomada no SAMU em ato.

Até o momento os entrevistados apontaram a complexidade da demanda a ser atendida, muito em função das deficiências da rede, e do potencial positivo do SAMU como gestor do atendimento à urgência. Também foi destacado o valor para a população de um atendimento acolhedor e resolutivo, que deve acontecer em todos os níveis do sistema.

A próxima questão trazida foi a descrição do tipo de demanda e de resposta dada pelo SAMU.

“Atendimento no SAMU é clínico, 68%, sendo que 50% é cardiovascular”.

“Só 15% dos atendimentos que fazemos vão pros hospitais”.

“50% resolvem no telefone. Dos outros 50%, 25% resolvem no local”.

Em relação ao tipo de atendimento, ficou evidente o predomínio de questões clínicas e doenças crônicas que precisam ser atendidas e acompanhadas no nível ambulatorial, em

concordância com o indicado pelos parâmetros epidemiológicos. Foi indicado o idoso como grupo etário mais atendido, dado compatível com o quadro de morbidade da população.

“O maior volume de chamados é pra velhos”.

“Me preocupa muito o problema do idoso”.

Essa descrição dos diagnósticos mais atendidos é compatível com o descrito na literatura. Segundo Almeida (2007) em Recife a maioria dos atendimentos do SAMU são de origem domiciliar e por motivos clínicos. No SAMU de Santa Catarina, em média são 6 atendimentos clínicos para cada 4 de traumas (MEIRA, 2007).

Dentre os motivos clínicos merece destaque a doença cardiovascular e seu impacto para a morbi-mortalidade que tem no SAMU excelente oportunidade de modificação desse quadro (BRASILEIRO, 2007).

Em 2005, no município do Rio de Janeiro, o tempo médio de resposta total do atendimento pré-hospitalar foi de 66 minutos. As dificuldades apontadas para a época foram chamadas feitas por pessoas portadoras de doenças crônicas que lançam mão desse recurso como alternativa às dificuldades de locomoção, dificuldade de manutenção das ambulâncias e trotes (MINAYO, DESLANDES, 2008). Essas últimas referências destacam a importância e prevalência da urgência clínica.

Também foi indicada a importância da resposta por telefone, ou seja, a orientação, assim como o potencial do atendimento prestado em domicílio, evitando a utilização indevida do hospital. Claro que é necessário checar a qualidade da orientação porque ela não pode ser substitutiva de um atendimento necessário, assim como o atendimento domiciliar não pode substituir um atendimento hospitalar bem indicado ou uma consulta ambulatorial. Essas questões tratam da regulação do recurso interno ao SAMU.

“A regulação é um recurso assistencial. O componente técnico tem que estar bem desenvolvido”.

Em relação aos recursos tecnológicos do SAMU todos apontaram deficiências atribuídas a várias causas. Os entrevistados também percebem que investimentos em tecnologias leves que qualifiquem o processo de trabalho são igualmente necessários, apesar da dicotomia indicada.

“Nós não precisamos de mais tecnologias. Precisamos de sistematização do cuidado”.

Mesmo destacando as insuficiências de recursos tecnológicos, as falas também apontam para o grave problema de desperdício de recursos, questionando a postura de sempre reivindicar mais ambulâncias.

“Se for medido o tempo de ocupação das ambulâncias, poderá ser detectada ociosidade”.

“Cada atendimento meu de ambulância custa 150 reais”.

A suposição de ociosidade de ambulâncias tem que ser vista com cautela, porque se o tempo resposta é essencial para o atendimento de urgências com risco de vida, é necessário que haja ambulância parada para garantir esse tempo resposta. Ficou evidente que, na opinião de todos, as distâncias percorridas e outras dificuldades geográficas devem ser incluídas como critério de alocação do recurso ambulância.

“Não há explicação para o critério de nº de ambulâncias por população. Estamos construindo essa necessidade, esse parâmetro. A atual coordenação de urgências do ministério é mais permeável a esses novos parâmetros”.

“O nº de ambulâncias não pode ser determinado pelo critério populacional”.

Apesar da PNAU utilizar o critério populacional para definir o quantitativo de ambulâncias, os documentos também indicam, em concordância com os entrevistados, que o critério mais impactante para garantir o atendimento oportuno é o tempo resposta.

“Temos distâncias de 60 km a percorrer, mais os problemas de trânsito. Temos que lotar as ambulâncias em outros pontos”.

“As distâncias percorridas pelas viaturas devem ser consideradas assim como a configuração geográfica. Tempo ouro, padrão, é de 12

minutos. Não é certo uma ambulância gastar 40 minutos para chegar em um local, seja pela distância ou pelo tipo de terreno. Entre ir, atender e voltar, não podemos ficar 3 horas sem uma ambulância USA”.

Uma questão fundamental para a regulação no SAMU e para o seu bom desempenho é a disponibilidade de ambulância avançada (USA), com médico e recursos tecnológicos mais complexos e diversos. Houve uma única referência às especificidades de uso de ambulâncias avançadas e básicas, pontuando consenso sobre a resposta adequada para gestantes. Essa é uma questão central para a gestão de recursos.

“Trabalho de parto é USA”.

Na observação do trabalho no SAMU (próxima etapa deste trabalho) a definição dos diferentes tipos de ambulância foi uma das questões mais emblemáticas. Já havia indicado no estudo das políticas (nota de rodapé da pág. 141) as orientações contraditórias sobre envio de USB e USA.

Diferente das minhas expectativas, a necessidade de atender também às demandas mais sociais e menos técnicas não apareceu como um problema destacado nas entrevistas. Entretanto, a força da fala de um dos entrevistados e o bom senso da fala seguinte confirmam que a questão social não é marginal no SAMU.

“Não dá pra ficar no meio da regulação dizendo, problema social não é comigo!”

“Entendo urgência como observatório, como leitura das necessidades sociais e de saúde”.

A fala desse entrevistado resgata o sentido de observatório sob uma ótica qualitativa que não exige obrigatoriamente um sistema informatizado.

Essa primeira parte mais descritiva do SAMU, mostrou concordância entre a opinião dos entrevistados e o defendido pela política. A afirmação de que “não tem SUS que preste se não acolher a urgência” apesar de uma certa radicalidade, representa um diagnóstico feito

anteriormente à publicação da Portaria 2048, que institui e regulamenta os sistemas estaduais de urgência. Além do diagnóstico do impacto que esse nível de atenção tem junto ao sistema, os entrevistados reconhecem a atribuição de regulação do SAMU e o seu potencial de desvendar as inconsistências da rede. Indicam que a regulação não se limita ao envio de ambulância e apresentam a dimensão numérica dos atendimentos domiciliares e orientações por telefone. O acolhimento foi abordado nas afirmações “transmitir segurança social”, “facilitar o acesso ao sistema”, e “chamam meu médico”. Há uma explicitação da função de “porta de entrada” do SAMU (sem atribuir ou negar positividade) e da complexidade de atender a critérios de tempo resposta em grandes municípios. A próxima questão a ser analisada problematiza quem é e como trabalha o médico regulador, frente a esse cenário de escassez de recursos (internos e externos ao SAMU) e demandas complexas, tão bem ilustradas pela fala “tudo que não deu certo, vai pro SAMU”.

2) O médico, seu perfil, atitudes e a decisão clínica.

“Herói, vilão e vítima ao mesmo tempo”

Essa outra fala, também muito radical, indica o conflito envolvido no trabalho de regular recursos a partir de diferentes interesses (dos pacientes, do serviço do SAMU e do hospital, por exemplo). Ser ou não bem sucedido, na atenção desses interesses e na condução de conflitos, permite que o regulador vire herói ou vilão. Não garantir os recursos necessários para essa atribuição, transforma o médico em vítima.

Ao tratar do profissional médico, o foco pretendido era o médico regulador. Claro que os entrevistados falaram com liberdade dos médicos em outras funções, como os socorristas das ambulâncias, os emergencistas das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os emergencistas hospitalares. Para facilitar o entendimento das falas, quando houve referência

aos médicos que não eram os da regulação, foi indicado de que profissional os entrevistados falavam.

Uma primeira questão que chamou a atenção nas entrevistas foi o entendimento de que o médico da central de regulação assume um papel regulador do sistema. Assim como sugerido pela política, os entrevistados entendem que essa função reguladora é essencial para o trabalho no SAMU e sua relação com a rede. É um trabalho novo para o regulador, inclusive na forma de negociação da vaga, mas a política prevê a legitimidade das decisões do regulador, como discutido na etapa do trabalho anterior.

Barnett *et al* (2006) também afirmam a importância do profissional médico no atendimento pré-hospitalar por sua responsabilidade clínica e de autoridade sanitária, que condicionam a melhora da qualidade do atendimento.

Porém, os entrevistados apontam que faltam condições para o exercício dessa função. Um limitante é estrutural, e pode ser exemplificado pelas condições de vínculo empregatício desses médicos. No Rio de Janeiro a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais é uma questão importante e quase dramática, até o momento. O trabalho de regulação é de grande responsabilidade e importância para a condução de cada atendimento, mas exige condições prévias para ser bem realizado, como tão bem exemplifica uma pergunta feita por um entrevistado.

“Qual o principal problema? Estrutural? Falta de legitimidade do regulador?”

O profissional não se sente valorizado nem suficientemente envolvido com sua função se não se sentir vinculado ao serviço. Os gestores, dentro do seu limite de ação, tentam fortalecer o papel da regulação, mas não é consenso que essa dificuldade é antes de tudo estrutural, sendo atribuída pessoalmente ao médico.

“Estamos lutando para que o médico regulador seja o gestor. Se o médico faz pouco caso do seu papel de gestor, pior para o sistema”.

É fato que a forma como os profissionais de saúde no SUS estão sendo alocados é incoerente com o projeto de vincular o profissional.

O contexto contemporâneo é a princípio desfavorável à maior responsabilidade social, à cooperação, enfim, aos processos identificatórios necessários às construções coletivas. Domina hoje, em especial nos serviços de emergência, um imaginário de impotência, descrédito, conformismo e falta de perspectivas nos profissionais (AZEVEDO *et al.*, 2007).

É importante assinalar que apesar do contexto de restrições à construção de ideais, alguns grupos partilham de um imaginário de idealizações, que abre para outras possibilidades, mas que permanece em conflito com o imaginário dominante marcado pela impotência e pelo corporativismo (AZEVEDO *et al.*, 2007). Esse imaginário de idealizações manifestou-se na fala desses gestores, em vários momentos, como será visto.

A natureza e qualidade dos vínculos e interações entre profissionais e usuários dos serviços definirão os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado. (SÁ *et al.*, 2008, p. 1335).

A partir do reconhecimento da dificuldade de estabelecer vínculos em condições precárias de trabalho (apontada por Sá, 2008), essas dificuldades tendem a aumentar.

“A forma de contratação dos intervencionistas e reguladores é um problema. É municipal. Pela política não haveria precarização dos vínculos empregatícios. Acabou em RPA¹⁹, inclusive com salários diferentes”.

A alusão ao contrato ser municipal refere-se ao convívio de médicos de mais de um município em um SAMU regional onde os salários são diferentes e os prazos de pagamento dos mesmos também.

“Os municípios também contratam o pessoal. Todos os vínculos deveriam ser públicos e eventualmente contrato por tempo determinado pela lei de responsabilidade fiscal e por período eleitoral, mas sempre após concurso”.

¹⁹ Recibo de Pagamento Autônomo

O entrevistado segue dizendo que em um dos municípios do SAMU que coordena,

“Todos os funcionários são precários”.

“SAMU é um grande bico”.

Esse trabalho ser considerado como “bico”, ou seja, transitório e secundário, é reconhecido como um problema que exige uma postura do Estado mais compatível com as determinações das Portarias.

“O ministério vai ter que fazer concurso público”.

Segue uma declaração que ilustra a complexidade de captar profissionais para essa função e que ao mesmo tempo, indica como a capacitação é essencial para esse profissional.

“Aqui em [...] captamos os funcionários da rede com mais uma gratificação SAMU. Os médicos não aceitaram a gratificação. O salário pra 24h ficava em 2.600 e muitos acharam pouco. No nosso caso os RPA dão menos problema que os concursados. Fizemos concurso pra socorrista porque foi o perfil existente mais próximo já que não existe residência em emergência. Eram 24 vagas, passaram 18, se apresentaram 11 e ficaram 6, com o salário de 2600”.

A dificuldade apontada pelo entrevistado relativiza a precariedade do tipo de contratação e traz como outro obstáculo, o baixo salário. Além desses dois problemas, existem outros intervenientes nas condições de trabalho, que com certeza impactam a vinculação do profissional.

“Fiz uma estimativa da necessidade de USA, mas sei que não adianta garantir todas as USA porque não vou conseguir lotar todos os médicos. Está difícil manter médicos nas ambulâncias pela violência, salário...”

Foram apontados outros tipos de problemas para a fixação do médico, como sua qualidade técnica e a influência política na lotação dos mesmos.

“Em relação aos médicos tem dois problemas, falta quantitativa e qualitativa”.

“Tem pressão dos deputados quando demito um médico indicado por alguém. As pessoas ligam e dizem que é do gabinete do deputado

pedindo pra reconsiderar ou então que o médico é filho de um juiz importante. Se eu demiti é porque seu trabalho era ruim, não dá pra reconsiderar”.

Esses profissionais entendem o investimento em gestão do trabalho como fundamental para o protagonismo emancipador dos reguladores e não caem em armadilhas como acatar as “indicações” políticas incondicionalmente. Reconhecem os benefícios de ter profissionais concursados, sem deixar de problematizar que a postura do profissional pode independer da forma de vínculo. Também reconhecem alguns limites da gestão como a lei da responsabilidade fiscal.

Soluções começam a ser pensadas? Na opinião de um dos entrevistados a organização dos profissionais é necessária para ampliar o debate sobre questões tão complexas.

“Foi bom no congresso²⁰ terem feito uma associação dos funcionários do SAMU”.

Além da questão da responsabilidade do regulador e dos vínculos precários, outro desafio para a regulação vem do próprio entendimento que o médico tem da sua função no SAMU. A expectativa desse profissional é atender o paciente grave e talvez lhe faltem elementos para entender a demanda que lhe é apresentada, assim como fóruns para discussão e reflexão sobre o assunto. A compreensão da complexidade das necessidades de saúde traduzidas em demanda é indispensável para o regulador. Afinal, a assistência é o resultado de forças que vêm da demanda e do conhecimento médico. O que será ofertado como assistência, nasce dessa disputa. Essa disputa aparece nas falas que se seguem.

“No imaginário dos médicos, a urgência é traumática”.

“Supervalorizam o trauma em detrimento do atendimento clínico e outros como obstétrico e psiquiátrico”.

O apelo que o paciente do trauma suscita para a regulação tem uma legitimidade inquestionável. Entretanto é fato, como já visto e indicado pela literatura, que os atendimentos

²⁰ Referindo-se ao Congresso de Urgências e Emergências realizado em Brasília em junho de 2008

clínicos são mais freqüentes e para as urgências cardiovasculares o tempo resposta do primeiro atendimento é preditor de prognóstico. Entretanto, as demandas clínicas transitam de uma escala que vai desde queixas vagas e entendidas como insignificantes até situações com risco de incapacidade e letalidade. A insignificância da queixa gera descaso do profissional e a desvalorização das queixas gera perda de oportunidade de intervenção. Por isso é necessário sensibilizar o médico no reconhecimento dessas demandas, já que ele é o condutor do atendimento.

“Quem decide o que é urgência e emergência é o médico”.

“Médico é o profissional que pode dar fluxo dentro do sistema.”

Essas concepções sobre o tipo de demanda que deve ser objeto de intervenção não é privilégio do SAMU, influenciam a assistência na atenção básica e na emergência hospitalar. Entretanto, ela pode ser uma ferramenta para responder adequadamente à missão da instituição ou não. As frases a seguir refletem o desejo de não atender demandas não urgentes, mas no primeiro caso negou-se equivocadamente que é atribuição do SAMU prestar atendimento no domicílio, assim como em via pública, ou seja, nos ambientes pré-hospitalares. Uma interpretação cabível dessa próxima fala é que não se deve substituir consulta ambulatorial por atendimento domiciliar do SAMU.

“Como diretriz, nós não fazemos atendimento domiciliar.”

“Não mandamos ambulância pra paciente que não precisa. É importante dizer não”.

Nessa disputa que envolve a concepção de urgência, estão envolvidos valores individuais e sociais, que transitam entre pólos opostos que seriam, atender toda a demanda ou atender a demanda de urgência segundo o referencial médico. Como em todas as disputas, nascem estratégias para facilitar a negociação. As próximas falas ilustram uma posição de legitimação das demandas, coerente com a proposição da política e necessária para driblar o privilégio da autonomia do médico na definição das demandas.

“Em nenhum momento se contesta a informação que chega até nós pelo 192.”

“A regulação deve advogar sistematicamente pelo interesse do cidadão”.

Essa disputa aparecerá com mais elementos nos momentos de observação do trabalho em ato. A prática adquirida no trabalho dos profissionais mais engajados também tem contribuído para uma regulação mais efetiva. Em um dos SAMU regionalizados era comum a prática do regulador solicitar repetidamente ajuda do coordenador para resolver conflitos entre municípios e entre serviços. Cabe o destaque de que além da experiência do regulador, a atuação do comitê gestor regional foi fundamental para a solução de conflitos.

“A experiência dos profissionais é um recurso importante”.

“O médico regulador está resolvendo mais. Não precisa ficar ligando pro meu celular, nem eu ligar pros secretários. No começo meu celular não parava de tocar”.

A experiência do profissional na regulação também foi citada pelo conhecimento informal que esse profissional eventualmente tem da rede.

“Velho conhecimento com os médicos ajuda pra conseguir leito”.

Até agora as falas se concentraram no médico regulador. O trabalho do médico emergencista do SAMU, dos médicos das emergências hospitalares e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) também foram citados pelos entrevistados, com diferenças de enfoque. A seguir apresento referências ao mau atendimento e displicência dos profissionais.

“Reclamo muito dos médicos que estão atendendo muito mal”.

“Não examinam. Não gostam de doente. Pra eles só vai estar bom quando não tiver doente esperando. Então, pra que ser médico?”

“Vão todos almoçar ao mesmo tempo na UPA e deixam a fila lá fora”.

As críticas são legítimas, mas toda crítica muito direta tem seu ônus.

“Também reagem muito mal quando eu critico. Estou sendo acusado de torturador de médicos...”

A próxima fala trata de um caso concreto onde o mau atendimento teve como consequência a lamentável morte de uma criança.

“Uma criança de 12 anos foi atropelada com corte na cabeça. O médico pediu tomografia, escreveu que o menino estava hipocorado e não examinou o garoto. A tomo deu normal, o menino foi liberado e morreu pouco depois por hemorragia interna. Porque o médico só se interessou pela tomo. Vai ser processado e não tem como defender”.

Percebi essa fala como um desabafo de um gestor que trabalha sob muita pressão e que se sente um bom médico, que ainda idealiza um bom serviço. Sua fala indica que sua relação com os profissionais deve envolver muitos conflitos. A cobrança da responsabilidade de cada profissional é muito salutar. Entretanto, as responsabilidades não podem ser vistas apenas sob a ótica da responsabilidade individual. O problema só será evitado a partir de pactos que envolvam a responsabilização coletiva.

O ideal é que os embates aconteçam em um ambiente onde a reflexão e o diálogo seja possível, sem desvalorizar a autoridade do gestor.

SHRAIBER (2008) informa que desde 1930 os médicos atuavam como assalariados da medicina previdenciária ou filantrópica, porém não concebiam seu trabalho como assalariado, mas como uma forma de “medicina social”, próxima da filantropia. Essa percepção persistiu referida à assistência do SUS. A autora está se referindo ao altruísmo, como símbolo da prática médica, mas, segundo a mesma, os baixos salários e o não reconhecimento do direito do usuário podem sugerir uma desresponsabilização do profissional com a “medicina social”.

A capacitação e a reflexão sobre o trabalho são importantes para o resgate dessa responsabilidade.

Sobre a capacitação dos profissionais foram feitas poucas referências, mas suficientes para demonstrar sua deficiência.

“Pra montar um SAMU tem um curso introdutório sempre e têm alguns pros intervencionistas. As TARMs são sempre treinadas”.

“Junto com o projeto, o ministério exige a proposta de capacitação dos NEU”.

O diagnóstico dessa deficiência foi apontado por alguns autores.

No Rio de Janeiro, é reconhecida a necessidade de elaborar um plano mais definido de capacitação, numa perspectiva de hierarquia para promoção de funcionários. Para os bombeiros, a capacitação é contínua, facilitada pela existência do centro de aperfeiçoamento. Quanto à capacitação dos profissionais que atendem nas emergências, a principal dificuldade relatada é sua liberação das atividades cotidianas. Não está implantado um Núcleo de Educação em Urgências. (ASSIS *et al.*, 2007, p. 226)

Chomatas (2005) apontou o mesmo desafio de contratar e qualificar recursos humanos no SAMU Curitiba.

Ainda que a implantação e o desenvolvimento dos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) estejam aquém do esperado, ocupam papel fundamental para a qualificação dos profissionais (CICONET *et al.*, 2008). Segundo os autores, em Porto Alegre há baixa adesão dos profissionais ao curso, inferior a 50%, sendo menor a dos médicos (20%).

As iniciativas para dar concretude a este processo continuado perdem força na rotina do serviço, pois não existe uma priorização em relação a dispor de carga horária para que os profissionais se dediquem às atividades, participando, tanto como alunos, quanto como instrutores. (CICONET *et al.*, 2008, p. 664).

As dificuldades apontadas pela autora foram: espaço físico; agenda dos instrutores; material para atividade prática; sistematizar o conteúdo teórico sob a forma de protocolo. Os autores propõem 14h mensais em 9 meses para cumprir a normativa do ministério e que a carga horária seja contada como hora trabalhada (CICONET *et al.*, 2008).

Em Recife não foi constituído o NEU, mas todos os funcionários recebiam um treinamento mínimo, com foco técnico (ALMEIDA, 2007).

Moura (2004) encontrou como resultado em Goiana um contexto desfavorável de formação profissional e de capacidade estrutural da rede. Os gerentes apontaram: dificuldade de encaminhamento do profissional para capacitação; perfil inadequado para lidar com as demandas coletivas; e a insubordinação à gerência exercida por outra categoria. Essa pesquisa encontrou dificuldades de capacitação profissional entre outras, como dificuldades estruturais e de organização da rede.

Esse quadro de capacitação tão incipiente não é compatível com as expectativas dos documentos da PNAU. Um dos entrevistados apontou perspectivas para retomar o investimento na capacitação.

“Sairá uma nova portaria para NEU e NEP²¹ e estamos trabalhando para o fomento à formação especializada”.

Entretanto, como nos indica muito bem Merhy (2005), o desafio para a transformação da prática do trabalhador é produzir auto-interrogação na prática do cuidado e colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo de trabalho.

Não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta (Merhy, 2005, p. 172).

É essencial o reconhecimento de que capacitar não é só disponibilizar informações técnicas. Entretanto, a deficiência de conhecimento específico foi diagnosticada e problematizada nos documentos da política. Essa lacuna tem que ser suprida porque é essencial para o trabalho em urgências.

Há treinamentos que são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho, mas isso é pontual e pode ser suprido sem muita dificuldade (Merhy, 2005, p. 172).

²¹ Núcleo de Educação Permanente

Realmente, os cursos específicos para atendimentos às situações de emergência de curta duração estavam disponíveis para os profissionais nos congressos que frequentei. São essenciais para suprir deficiências específicas, mas a capacitação mais produtiva, que gera mais qualidade para o serviço, tem que superar em muito a simples aquisição de informação. Para tal é necessário um espaço de reflexão ampliada a partir de um posicionamento ético e político como sugerido por Merhy (2005).

Uma última análise feita sobre a atuação profissional destacou que a regulação atua com diferentes profissionais, com atividades muito específicas. A delimitação das atividades de cada profissional, inclusive dos que não são da área da saúde, é necessária para a boa regulação. Entretanto, a forma de conduzir a regulação, os valores envolvidos, as opções políticas, as escolhas, devem ser consensuadas e sofrer monitoração reflexiva como sugerido por Giddens (1984). As próximas falas tratam das especificidades do trabalho das telefonistas.

“As TARM não regulam nada. Não aceitamos auxiliares de enfermagem senão vão querer regular. Até verruga no nariz passam pro médico regulador. Só atendem sozinhas se tiverem pedindo endereço ou telefone, coisa que acontece muito”.

“Elas classificam a urgência da chamada pra passar pro médico como prioridade ou não”.

Houve referência ao limite de informações que devem ser disponibilizadas para o paciente, assim como da distância entre a decisão gerada pelo regulador e a ação conduzida pela equipe intervencionista. As diferenças entre as funções reforçam a necessidade de esclarecimento sobre as condutas.

“Erro comum de SAMU jovem: TARM diz, o SAMU está cheio de ocorrência, não sei se vai ter ambulância...”

“São muitos os problemas entre o radio condutor e o motorista”

“Ressalto a importância de trabalhar em equipe pra equipe entender as decisões”.

Essa fala traduz mais do que compartilhamento de informações, pretende que o grupo seja reconhecido como tal, pessoas individualizadas construindo conhecimento e práticas comuns. Houve maior referência ao profissional como “vítima” e “vilão” do que como “herói”. Foram destacadas a precariedade do trabalho e da capacitação. Uma importante constatação é dos níveis de regulação: onde em um nível cabe o reconhecimento da urgência e definição da condução do atendimento; e em outro cabe a utilização do recurso externo, da rede. Para essas duas atribuições é necessária capacitação, envolvimento, reconhecimento da sua atuação e legitimidade junto aos serviços externos. E, como indicado nas últimas falas, que a atuação de cada profissional da regulação seja valorizada e adequada. A regulação, apresentada na próxima seção, indica que regular o acesso aos leitos, na verdade tem sido uma regulação da entrada na emergência hospitalar, como será confirmado no trabalho em ato.

3) A assistência em rede, a gestão e a regulação.

“Relação com a rede é zero”.

Mais uma vez a fala é forte e um tanto radical. Entretanto, não pretendo relativizar sua força porque os entrevistados trouxeram elementos suficientes para questionar essa relação e, principalmente, em função do que será apresentado no trabalho em ato. Foram diversas as formas de relação com a rede e estratégias de gestão apontadas pelos entrevistados.

Antes de tratar especificamente do apontado sobre a gestão, apresento uma fala que comprova a importância da RBCE na elaboração da PNAU, como já foi descrito nos documentos.

“A Rede (RBCE) começou a discutir a urgência no Rio de Janeiro em 2000. A 1ª idéia de SAMU como observatório, entendia observatório como representação da realidade social, não no sentido de sistema de informação. Após contato com a OPAS²² começaram seminários e conferências. Cria massa crítica. Em 2003 o povo da RBCE invade a

²² Organização Pan-Americana de Saúde

CGUE. Faz um seminário em Brasília só pra gestores em 2003. A partir daí aparecem os projetos pro SAMU”.

Como visto até agora, existe uma grande expectativa em relação ao papel gestor das centrais de regulação, onde o profissional central é pouco treinado e possui vínculos discutíveis. Houve apenas uma fala resgatando a capacitação como instrumento de gestão, indicando sua insuficiência. Lembro que profissionais mais aptos para o trabalho é um componente de viabilidade para a assistência, o SAMU e o SUS.

“Os núcleos não foram implantados, falo dos NEU e NEP”.

Para melhores resultados assistenciais, além da capacitação, a rede deve ter uma gestão mais integrada e a regulação deve ser fortalecida. A fragilidade da regulação foi indicada por um dos entrevistados.

“Falta de estrutura jurídico administrativa pra regulação ter autoridade sanitária”.

Esse entrevistado vivenciava no seu dia a dia a dificuldade de negociar acordos baseados nas conversas entre os envolvidos, em cenários de divergência de interesses. Como a regulação envolve muitos serviços e interesses, há a expectativa de que a formalidade jurídica seja necessária. Entretanto, em muitos momentos presenciamos o descaso com as normas instituídas apesar da importância de ter um referencial normativo. Uma dificuldade para o reconhecimento da “autoridade sanitária” apontada pelo entrevistado, está na negociação envolver os gestores e não o conjunto de trabalhadores. O diretor de um hospital, ao acordar que será referência para uma especialidade, tem que já ter discutido essa responsabilidade com todos os profissionais envolvidos. Essa negociação tem sido mais útil do que a normatização, apesar da sua importância enquanto recursos a ser mobilizado.

Foi apontada uma questão estrutural com forte impacto sobre a regulação e que, segundo as entrevistas, pode ser modificada pelo nível gestor local.

“O prefeito ou secretário de saúde deveriam dar a autoridade sanitária do regulador”.

Aqui está sendo apontada uma dificuldade do SAMU que foi entendida como atribuição da gestão municipal resolver. Foram feitas referências às atribuições de outros níveis de gestão.

“O nível local faz um enorme esforço gerencial. Entretanto a situação dos recursos humanos é precária. O nível central é o grande financiador. O estado não financia”.

“Há um vazio de gerência de gestão, do estado e central”.

“Indefinição do MS em gerenciar a utilização de todas as estratégias de gestão”.

Essa última fala destaca atribuições do nível federal e entre elas, houve destaque para o financiamento e a avaliação.

“Entre as estratégias de gestão do ministério, tem que ter auditoria e controle dos recursos tecnológicos e financeiros”.

“O financiamento tem que aumentar. Os municípios mantêm a frota operacional e contratam o pessoal”.

“A regionalização precisa redefinir senão o SUS vai implodir. O financiamento tem que aumentar”.

Como na regionalização convivem municípios com realidades muito diversas, a pouca participação dos mais pobres (e eventualmente os que mais demandam do sistema) pode ser menos tencionada se outros entes federativos assumirem mais o financiamento. Não se deve esquecer que neste caso o nível central já é um forte financiador. Entretanto, se a precariedade de recursos é muito gritante, outras responsabilidades não têm espaço para serem discutidas e incorporadas.

Essa frase, além da questão do financiamento, trata da regionalização, que é uma estratégia fundamental para o SAMU, segundo a PNAU. Dois dos SAMU do estado são regionalizados e essa é uma experiência importante para o país porque um desses SAMU é o 3º maior do Brasil e o outro foi a primeira experiência de regionalização.

“A implantação do SAMU regional foi com consenso”.

“7 municípios na metro II, muita coisa, muitas realidades diferentes...”

“A regionalização para o SAMU é o palco de regionalização do estado”.

Essas falas indicam a importância do consenso para o trabalho conjunto em municípios diferentes e como ela é prioritária para a gestão estadual.

“Os estados participam pouco da implantação do SAMU. O primeiro SAMU regional foi o da metro II. Os outros eram de municípios grandes do interior. Começou fortemente no interior de São Paulo. Santa Catarina é o único estado que está totalmente coberto pelo SAMU. Em Santa Catarina tem a presença do estado e dos comitês gestores”.

Na última fala, a pouca participação do estado referia-se ao financiamento. Também é destacada a atuação dos comitês gestores.

“Antes do Comitê regional da Metro II houve discussão na implantação, a implantação aconteceu com consenso. Foi construída grade de referência”.

“Os comitês regionais deveriam ter mais empoderamento. Ficar trabalhando os pactos. Trabalhar a grade de referência. Os pactos não são respeitados, os consórcios furam e fica por isso mesmo”.

“O comitê regional da Metro II não funciona mais. Há um tempão não se reúne, mais de 1 ano”.

Essas referências aos comitês trataram de experiências onde havia um SAMU regional. Foram feitas outras referências a esses comitês, não específicas da regionalização.

“O comitê nacional deve ser uma instância operacional, de planejamento e gestão”.

“Comitê gestor deve ter vida ativa, tem que ser dinâmico porque tem que ter penetração, é uma ferramenta de trabalho do médico regulador. Se o comitê atua junto aos serviços, ele, o médico regulador, não vai mais negociar vaga na hora”.

Houve uma referência aos comitês, importantíssima para o Rio de Janeiro.

“O Comitê regional da Metro II, é único no estado, mas sua existência vai ajudar a ter o comitê estadual”.

Portanto, apesar de existirem dois SAMU regionalizados, apenas um teve como ferramenta de gestão (valorizada na PNAU) um comitê regional, que ou não atua mais (como indicado em uma fala anterior) ou está muito mal em termos de condições estruturais.

“A metro II, os coordenadores dos municípios está esvaziada. Não tem uma estrutura pra trabalhar. Um lugar próprio”.

Houve uma única referência à composição e representação nos comitês.

“O grupo técnico dos comitês gestores pra discutir problemas não tem que ter representação popular, como nos conselhos de saúde, os comitês têm que ser técnicos. Tem que fazer reunião quinzenal”.

Merecem destaque falas que trazem reflexões críticas em torno das proposições da política, no caso desacreditando na atuação dos comitês.

“Não acredito que o Comitê Estadual de Urgência, que está sendo implantado, melhore a situação”.

Certamente, em um estado com municípios grandes como o Rio de Janeiro e SAMU regionalizados, um Comitê estadual é um promovedor de acordos e de responsabilidades. O que pode “desqualificar” o comitê é uma representação desinteressada, destituída de instrumentos de gestão, ou engessada por questões político-partidárias.

Segue outra indicação de descrédito, também com o comitê, no caso, o central.

“Tem o documento da 1ª reunião do Comitê Gestor Nacional. Houve quatro reuniões até hoje. Comitê nasceu amorfo, instituições sem clareza sobre a importância do comitê para a organização das urgências. Ganhou uma formalidade inicial. Na 1ª reunião houve apresentação da política pros conselheiros, como momento de sedução dos conselheiros. Alguns não tinham nem idéia do que era a política”.

Essa fala mostra que a simples indicação de representantes é insuficiente. É importante que as pessoas representem seus grupos, mas os conselheiros já tinham que estar “seduzidos”. A adesão devia ser voluntária. Ainda sobre o Comitê Gestor Nacional,

“A 1ª reunião montou uma executiva com tarefa de trabalhar núcleos temáticos que não foram designados. Existe uma dependência do ministério muito grande. O comitê ficava esperando convocação.”

Tinha licitação para financiar os encontros, o que atrasa tudo. Alguns não entendiam seu papel no comitê. Até hoje não foi aprovado seu regimento interno. As representações já mudaram nesses 5 anos. Ocorreram 4 reuniões. A última no Congresso Brasileiro de Urgências em julho de 2008. Reunião esvaziada”.

Uma função fundamental dos comitês é analisar informações no seu nível de atuação e repassá-las para os outros níveis. Se os comitês conseguissem produzir e disponibilizar alguma informação, a necessidade de implantação dos demais comitês seria incentivada. As informações são até produzidas de alguma forma, mas seu uso é exclusivamente para o gestor do próprio SAMU.

“O SAMU não produz indicadores. Não sei se alguém faz isso”.

“Produzo informação de forma assistemática. O nível central não tem acesso aos indicadores”.

Foi indicado pelos entrevistados que apenas um comitê atuou no Rio de Janeiro, o da região Metropolitana II. Essa atuação foi muito destacada por Lima (2008) e seu grande mérito foi responder às demandas divergentes em um SAMU regionalizado. Outras falas destacam as dificuldades da regionalização.

“Existe um grande isolamento dos SAMU e dentro dos próprios SAMU, nos município, inclusive no uso das ambulâncias”.

“Os municípios mantém a frota operacional. Também contratam o pessoal”.

“Os municípios brigam pelas ambulâncias. Propor critérios de alocação a partir de relatórios de gestão”.

Essa fala demonstra que a regulação do atendimento do SAMU envolve a equipe intervencionista e outros níveis de gestão, que é feita sobre os outros serviços.

“A regulação não acaba quando manda uma ambulância”

Essas falas trataram dos relatórios de gestão e ilustraram como os entrevistados entendem a gestão a partir da regulação. Um entrevistado diferencia a gestão que é atribuição dos entes federativos, da atividade regulatória.

“Mesa de regulação não substitui a gestão”.

Segundo Lima, 2008, na regionalização atuam múltiplos atores que buscam alcançar seus objetivos e resolver problemas que envolvem grupos de pessoas que interagem. Uma região de saúde é tudo isso ao mesmo tempo, ou seja, há objetivos comuns e particulares, há homogeneidade e heterogeneidade, os participantes colaboram e competem (LIMA, 2008).

No Rio de Janeiro os SAMU são metropolitanos, pertencem ao grupo dos 10 maiores do Brasil e ainda dois são regionalizados. As situações a serem atendidas são numerosas e complexas.

Um coordenador disse que são muitos problemas de pacientes graves para resolver, o que gera muita tensão, e cada um só pensa no seu serviço.

“Meu celular toca às 2, 4, 6 da madrugada e às vezes no mesmo dia”.

De forma positiva, existem outros atores que geram tensão para o trabalho.

“Ministério Público está acionando o SAMU porque mandou ambulância básica quando o caso era para avançada. A melhor resposta disponível pode ser a básica”.

O que estou considerando positivo é que haja problematização sobre a seleção e o envio de cada tipo de ambulância. A fala pode indicar que a melhor resposta depende do recurso disponível, ou que uma indicação precisa pode ser a do menor recurso tecnológico. Essa questão será analisada na próxima etapa do trabalho, mas foi importante que um coordenador tenha feito essa referência. Também foi relevante a referência ao Ministério Público que tem atuado cada vez mais no enfrentamento de disputas em saúde²³.

Outra questão compatível com a complexidade atribuída aos SAMU no nosso estado foi a inevitável cobrança da contrapartida do financiamento estadual, que também depende das alianças ou divergências partidárias e políticas.

²³ Recorrer ao Ministério Público, como instrumento de solução de conflitos, significa falência dos mecanismos gerenciais apropriados. Entretanto há crescimento desses recursos, o que não deverá ser diferente no SAMU, que está longe de ser um demandante importante como a assistência farmacêutica.

“Sem contrapartida financeira do Estado. Na gestão anterior as pessoas diziam que não iam botar azeitona na empadinha do Lula”.

O Estado do Rio de Janeiro ao não participar com o financiamento, está atuando como sugerido por Batista, (2007) sob a tutela do nível central, sem responsabilizar-se por suas ações.

Uma importante dificuldade a agregar-se a esse cenário de gestão insuficiente é o isolamento entre os serviços. O isolamento tem como uma das causas uma gestão que não ocorre em rede e como outra possível causa, uma tendência ao isolamento em função das dificuldades de cada serviço, que se sente protegido ao se isolar dos outros problemas da rede e, em última análise, restringir acesso. Por isso não é de estranhar que exista um grande isolamento entre os SAMU e dentro do próprio SAMU, no caso dos regionais que trabalham com vários municípios, gerando inclusive disputa para o uso das ambulâncias. O isolamento entre os serviços da rede foi referido nas entrevistas.

“Os hospitais não disponibilizam espontaneamente os leitos”.

“Os hospitais não são cooperativos com os leitos porque em alguns serviços os chefes se sentem donos vitalícios, e há anos selecionam os pacientes que vão ocupar esses leitos”.

“Vivem em função do contexto de saber do profissional médico e não da necessidade do sistema. Todos constroem filtros”.

O excesso de autonomia dos profissionais médicos no Rio de Janeiro reflete a pouca regulação que esses serviços vêm sofrendo. Os profissionais se sentem confortáveis e acham legítimo trazerem para o espaço público, os seus interesses privados²⁴.

Na verdade, os arranjos estrutural e jurídico-institucional são muito frágeis. Não há mecanismo jurídico que assegure a constituição de acordos. Essa “fragilidade” parece mais evidente para a regionalização, quando existem municípios acordando seus interesses. Porém, a regulação em si trata de muitos interesses. O do paciente, do regulador, do médico da

ambulância, do médico do hospital, citando os agentes que mais diretamente estão envolvidos. Para cada diferente serviço existe o seu gestor como outro agente envolvido. Os instrumentos para fortalecer essas relações são as normas produzidas pelo nível central, os mapas de serviços disponíveis, os leitos disponibilizados para a regulação além dos esforços de cada um. Em um cenário de carência estrutural e de indisponibilidade de recursos médico-assistenciais (como apontado por Lima, 2008), as relações pessoais garantem os fluxos e um mínimo de solidariedade, senão com o paciente, pelo menos com o colega médico, como ilustra a próxima fala.

“A regulação é das relações pessoais”.

Ocorrem então dois níveis de solidariedade. Na regionalização, dentro dos comitês com vários municípios envolvidos, solidariedade para defender o interesse do outro para trabalhar em prol de uma região e não de um município (como demonstrou Lima, 2008, na metro II). E a solidariedade entre profissionais conhecidos e que em um cenário de escassez, reconhecem a dificuldade do outro profissional, mesmo quando seu serviço está carente de recursos. Esses diferentes exercícios de solidariedade aumentam a solidariedade com o paciente, que é o mais importante. Lima (2008) destacou a indisponibilidade de recursos médico-assistenciais, principalmente no âmbito hospitalar e diagnóstico, como o principal problema para a coordenação da Metro II. Os entrevistados falaram dessa carência também fazendo referência à importância das relações pessoais. Indico, como aparece na fala seguinte, que o contexto não pode ser justificativa para atuar com descaso em relação aos problemas dos hospitais.

“O déficit estrutural é muito grande. Algumas especialidades médicas como ortopedistas, neurocirurgião, não querem mais trabalhar na rede pública, não vale a pena. O SAMU referencia o paciente e o plantonista diz que não tem ortopedista. Tem que acabar

²⁴ A pesquisa que realizei nas emergências hospitalares foi financiada pela vigilância sanitária, que pretendia uma inspeção menos referida a quesitos estruturais e mais atenta ao processo de trabalho. Talvez fosse possível incorporar uma análise da responsabilidade da instituição em relação às demandas da região.

aceitando porque era referência, aquele é o hospital de ortopedia. Não ter ortopedista é problema do hospital”.

“Tem que ligar pra cada hospital duas vezes ao dia pra saber o que está disponível. Não há cooperação com a regulação, a não ser a partir de relação pessoal. A gestão, a regulamentação, não garantem essa cooperação”.

O isolamento, o déficit de recursos e a incipiência da gestão geram conseqüências, entre elas houve destaque para uma hostilidade dos hospitais em relação ao SAMU, por acreditarem que estão atendendo mais porque o SAMU está criando uma nova demanda. Na verdade o SAMU está resolvendo nos domicílios muitos problemas e talvez esteja trazendo para a emergência pacientes que antes não chegavam ao hospital. Como represália, os hospitais retêm as ambulâncias.

“Tentar convencer que atendemos uma população que não vai bater no seu plantão. Que é vantajoso pra ele que o SAMU esteja atuando”.

“Outro problema é reter a ambulância na emergência. Diminui muito a capacidade de resposta da frota”.

A desconfiança do hospital não é só em relação ao SAMU, também atinge a UPA.

“Os hospitais acham que as UPA vão inventar pacientes”.

Ainda sobre esse isolamento, uma pesquisa realizada no município de Goiânia pretendeu identificar os processos de pacto das responsabilidades entre as unidades não hospitalares de atendimento às urgências (incluindo o SAMU) e a rede (MOURA, 2004). A autora encontrou um distanciamento da gestão e da gerência da atenção às urgências. Havia descompasso entre as expectativas dos gerentes e o desempenho dos médicos. Da mesma forma que apareceu no trabalho de Moura (2004), para os entrevistados há desresponsabilização da atenção básica em relação à assistência.

“Existe deterioração do componente tecnológico porque não tem acesso ao PSF. Regiões sem PSF demandam mais o SAMU pelo suporte básico”.

Muito importante o diagnóstico de que regiões sem PSF demandam mais do SAMU. Essa conclusão é compatível com a função de ser observatório do sistema e reaparecerá no trabalho em ato.

“A organização deve acontecer a partir do PSF. Só que a cobertura de PSF no Rio ainda é muito baixa”.

“Porta de entrada deveria ser o PSF”.

Essa referência ao PSF como porta de entrada não é contrária à função que a urgência tem como porta de entrada. Há consenso (presente inclusive na PNAU) sobre a legitimidade da atenção básica como responsável pelo paciente e como porta de entrada. O que é indicado é que na atual situação de carência estrutural da rede, e mesmo após a correção dessa carência, a urgência é uma porta de entrada possível dentro do sistema. Além da desresponsabilização atribuída ao PSF, houve referência aos hospitais que não atendem urgência, uma postura mais isolada ainda em relação à rede.

“São muitos os hospitais de referência. E os hospitais universitários que não têm emergência?”.

“Situação típica hospitalar do Rio. Sentimento dos profissionais de serem donos dos hospitais”.

“Modelo de construção do sistema hospitalar no Rio é muito autocentrado”.

Apesar do diagnóstico de disputa e isolamento entre serviços, um entrevistado defende que o médico, quando faz uma solicitação ao SAMU, deve ser tratado como um demandante diferenciado. Essa pretensão de tratamento diferenciado entre demandantes médicos e população foi vista no trabalho em ato onde será discutida. Entretanto, a Regulação Médica de Urgência propõe o mesmo tratamento para o demandante domiciliar e o profissional de saúde.

“O sistema tem lógica perversa no sentido de que não valoriza quando é um médico de outro serviço que aciona o SAMU”.

Como demonstraram as falas anteriores, uma atitude que contribui para o isolamento entre os serviços é a reserva do leito hospitalar. Foi sugerida, como estratégia de melhorar o acesso ao

leito hospitalar, a transferência de pacientes para hospitais de menor complexidade. Esta prática foi vista e questionada no trabalho em ato.

“Tinha que estar fazendo transferência eletiva da emergência de menor complexidade para ter vaga pra maior”.

Como já mostrado, as realidades são diversas, mesmo dentro de um estado. Para exemplificar, segue uma referência a Niterói que tem um programa diferente para a atenção básica que é o Médico de Família.

“Tem o problema do PSF de Niterói também que atua com equipe mínima. A duplinha (médico e a auxiliar de enfermagem) trabalha sozinha, sem enfermeiro e com menos agentes comunitários. O médico e a auxiliar de enfermagem são responsáveis por alimentar os dados no sistema. Aí é tanta sobrecarga de trabalho, que eles não querem nem ouvir falar em atender urgência”.

Também foi apontada a concorrência com programas oriundos de governos anteriores.

“Teve problema de implantação do SAMU no município do Rio. O estado também tinha ‘o emergência em casa’²⁵ do Garotinho e Rosinha, que não conflitava com os bombeiros”.

Um tipo de conflito possível, entre os serviços, refere-se ao sentido que os profissionais têm da missão institucional. Para exemplificar, lembro do discutido anteriormente sobre como a atenção básica e as emergências hospitalares assumem os pacientes com demanda espontânea de urgências menos graves. Um entrevistado defende que a capacitação para a atenção básica deve utilizar os seus argumentos (no caso a promoção e prevenção) como forma de reflexão sobre sua missão institucional e de aproximação entre serviços, incluindo a comunidade.

“Dizem que tem que fazer promoção e prevenção. Estamos, através de conhecimento com pessoas do PSF, oferecendo um curso de atendimento às urgências pela atenção básica, que tem seus limites, mas tem que ser valorizada. Eu pergunto a eles: prestar o primeiro

²⁵ O Programa “Emergência em Casa” foi proposto para o estado e iniciou no começo de 2004 em alguns bairros do município do Rio de Janeiro. Quando o SAMU Rio foi inaugurado (2005) havia a expectativa do governo estadual de que o SAMU e o Emergência em Casa não seriam incompatíveis. Entretanto, o programa do estado encerrou no final de 2005.

atendimento não está protegendo a vida, prevenindo complicações e promovendo saúde? É um trabalho de convencimento. O PSF tem que ser o primeiro respondente institucionalizado. Tem o respondente comunitário também. As pessoas têm que ser treinadas pra saber o que fazer em um acidente ou qualquer outra urgência. Saber o que fazer e o que não fazer. Aí chama o SAMU”.

Sobre o relacionamento entre serviços, também foram apontadas expectativas em relação às UPA e seu funcionamento.

“As UPA estão atendendo um enorme número de pacientes e já há algum impacto nas emergências hospitalares, mas os hospitais não reconhecem isso. Houve um hospital, o Miguel Couto, com diminuição de 5% da demanda. Bonsucesso chegou a 30%. A diminuição não vai ser maior que isso. Mas queria que os hospitais reconhecessem”.

“A população vai acabar preferindo as UPA aos hospitais porque é mais confortável, com ar condicionado”.

Há uma preocupação com o tempo de permanência dos pacientes na UPA, que não pode ultrapassar 24h, segunda a política. Entretanto, o entrevistado sabe que o tempo de permanência tem uma determinação mais complexa do que a previsão da norma.

“As UPA não vão internar paciente porque eu não vou deixar”.

Aqui há um temor de que a realidade ofusque as determinações baseadas nas normas da política. Outras falas indicam a contradição entre a determinação normativa e a realidade.

“Acho que tinha que ter uma gerência que tivesse poder real sobre os serviços, e não só no papel

“Porque o papel é bonito, né doutora, tá tudo escrito lá, mas não tem nada a ver com a prática”.

Penso que a descrença em relação ao que “é bonito no papel” atinge muitos profissionais. Descrédito que também está relacionado às pressões políticas e sua influência sobre as questões técnicas.

“As questões políticas influenciam muito mais do que devia”.

Por fim, apresento falas que reforçam a falta de instrumentos previstos pela política para a gestão.

“Não existem dados dos SAMU para SESDEC apesar de ser previsto por lei”.

“A informação produzida no 192 tem que estar disponível a todos os gestores”.

“A informação dos leitos para regulação tem que ser pública e é tratada como informação privada da rede hospitalar”.

Os entrevistados também indicaram os avanços alcançados no espaço de tempo de atuação do SAMU.

“A regulação está conquistando um espaço, estrutura é também espaço de mediação, legislação, o reconhecimento do colega do hospital”.

Essa fala privilegia a mediação e a negociação para os avanços alcançados. Essa mediação é muito importante quando as relações envolvem categorias profissionais diversas como o médico e o técnico de enfermagem.

“O atendimento com ambulância básica que chega com auxiliar no hospital agora é melhor recebida, não prendem mais tanto a cama e a ambulância”.

As falas seguintes destacam ações operativas para a melhora nas relações entre serviços.

“No dia 06/08/08 houve uma reunião ordinária dos diretores dos hospitais municipais aqui na regulação. Um deles disse que o hospital mudou seu padrão de atendimento por causa do SAMU. Hospital que atende 500 pacientes por plantão está atendendo 12 a mais do SAMU e diz que mudou o atendimento? No começo estavam muito hostis. Saíram melhor, um pouco mais abertos ao SAMU. Chegaram às 2 da tarde, foram embora às 8h”.

“Agora estamos tentando organizar o pacto com os hospitais estaduais”.

Nota-se que as melhoras apontadas são fruto de negociação entre serviços, de aproximação e reflexão. Foi lembrada a cooperação da imprensa na sensibilização da população sobre os trotes.

“A imprensa ajuda com os trotes. No começo foi 70% de trote. Ligavam dizendo que o atendimento estava demorando, eu dizia, se tivesse menos trote era mais fácil...hoje é 30%”.

Um entrevistado falou de uma estratégia que não me pareceu fácil de negociar na atenção básica, mas que é razoável para o paciente, se houver confiança entre os serviços.

“Se precisar deixar o paciente na unidade básica, fica porque lá tem o médico, enquanto isso o regulador vê o melhor encaminhamento pro paciente”.

Sobre as perspectivas para a gestão no SAMU, um dos entrevistados apresentou notícias sobre o financiamento envolvendo o QualiSUS e o incentivo à regionalização, coerentes com a Portaria nº 3125, 2006.

“O QualiSUS vai priorizar a regionalização. Também vai priorizar hospitais de grande importância para o SAMU”.

“Nenhum projeto de SAMU vai sair a partir de agora que não seja regional”.

Encontrei nas entrevistas justificativas para a rudeza da avaliação do subtítulo. A relação “zero” com a rede esteve representada no destaque dado ao isolamento entre os serviços. Também foi indicada gestão esvaziada pela ausência dos instrumentos gerenciais previstos nos documentos, como os indicadores de avaliação, os comitês gestores e a autoridade sanitária do regulador. Segundo os entrevistados o vazio gerencial atinge os três entes federativos. De forma simplista, o município faz o esforço gerencial, o nível federal financia e o estado pouco contribui. Quanto ao nível de gestão inerente à regulação, falta um arcabouço jurídico-administrativo que possibilite a autoridade do regulador. Houve destaque para as dificuldades da regionalização, onde as relações pessoais foram indicadas como benéficas para as negociações e as realizações alcançadas.

6. 2.4. Concluindo esta etapa do trabalho

Verificou-se consenso sobre a importância da regulação e do atendimento pré-hospitalar móvel, além da capacidade de diagnosticar os limites para esse nível de atuação. Os entrevistados reconhecem o déficit profissional, quantitativo e qualitativo e, ao mesmo tempo, apontam a importância de um bom profissional. Em relação aos Comitês, houve referência ao bom desempenho do regional da Metro II, que no momento da pesquisa estava praticamente inativo. Também foi constatada a ausência do Comitê Estadual e a inoperância do Comitê Gestor Nacional. Esses comitês, previstos na legislação, são um instrumento potencial de gestão e de enfrentamento das diferenças entre serviços e municípios e de enfrentamento do isolamento dos serviços em relação à rede. Outro componente importante da gestão apontado como ausente foi a produção de indicadores.

A integralidade foi discutida no seu componente organizacional, que segundo as falas desses gestores, ainda é muito frágil. Outra forma de qualificar o atendimento, tornando-o mais integral, é através da capacidade do profissional visando atender às expectativas do demandante. A pouca explicitação dessa necessidade (a de trabalhar com um conceito ampliado de urgência) é compatível com a pouca referência aos problemas sociais. Os entrevistados reconheceram e apontaram alguns componentes da política que indicam integralidade como a capacitação dos profissionais e a criação dos comitês. Entretanto afirmam que a política está implantada parcialmente. A insuficiência da gestão foi apontada pelo financiamento, pela avaliação e pela autoridade do regulador. Houve muita crítica à precariedade funcional dos profissionais do SAMU.

Constatei que esses atores reconhecem a importância do SAMU para organizar a rede assistencial e reconhecem a importância do SAMU para dar visibilidade ao déficit assistencial atual. Ao analisar a categoria que trata da atuação do SAMU houve mais concordância entre o previsto nos documentos e a opinião dos entrevistados.

Foi instigante ouvir os entrevistados a partir da sua experiência de gestor ou representante, a partir dos seus valores e de suas expectativas em relação à PNAU.

O resultado foi tão interessante que foi mais um estímulo para a fase final da pesquisa, onde tive acesso ao trabalho no SAMU, possibilitando o acesso ao conhecimento dos atores advindo da consciência prática e da consciência discursiva.

6.3. O SAMU “em ato”

Quando tratei dessa parte do trabalho na metodologia, pretendia analisar as práticas nos três SAMU considerando sua relação com o sistema de saúde e seu desempenho. Essa análise configuraria as “circunstancias da ação”, proposta de Giddens, dialogando com indicadores possíveis de serem acessados, em uma proposta mais próxima da atuação em serviço do que da sua avaliação. Como já dito, essa etapa possibilitaria “checar” os critérios atribuídos pelos documentos e dar visibilidades às questões trazidas nas entrevistas. Em última análise, verificar a adesão dos serviços e profissionais ao formulado nas portarias, além do cumprimento do princípio da integralidade.

Nos três serviços fui muito bem recebida. Como disse Skaba, (1997) essa postura já indica uma receptividade do serviço e desejo de melhorá-lo. O contato com todos os profissionais, administrativos, coordenadores, médicos reguladores, rádio-operadores (RO) e telefonistas (TARM) foi facilitado pela boa vontade dos grupos. Combinei com os coordenadores gerais que eu ficaria 16 horas dentro da regulação de cada SAMU acompanhando o trabalho de um médico regulador. Esse período foi dividido em uma manhã, um dia inteiro e uma tarde, finalizando duas manhãs e duas tardes de dias de semana.

Em cada SAMU um profissional ficou responsável por me apresentar aos plantonistas.

A dinâmica do trabalho na regulação está descrita nas Portarias. Começa com o atendimento do chamado telefônico. As TARM recebem a ligação, colhem dados que identificam o solicitante e o paciente como parentesco, idade, endereço e telefone de contato. Digitam a queixa e atribuem uma classificação de gravidade antes de passar o atendimento para os reguladores. Os reguladores atendem o solicitante, decidem se será enviada ambulância e qual o tipo de ambulância que prestará o atendimento. A USB (Unidade de Suporte Básica) opera com um técnico de enfermagem, motorista e recursos tecnológicos mais simples. A USA (Unidade de Suporte Avançada) tem como profissionais um médico, um enfermeiro, o

motorista, além de mais recursos tecnológicos. Se houver envio de ambulância, os profissionais (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem) entram em contato com o regulador após o atendimento; o técnico para definição de conduta e o médico para comunicar a conduta ou defini-la. O responsável pela definição é sempre o regulador. Todas as etapas do atendimento são registradas no computador. Os reguladores anotam, para cada ocorrência, o diagnóstico, conduta e destino do paciente. Os RO são responsáveis pelo contato com as ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento.

Apesar da regularidade do processo de trabalho, as equipes de cada um dos três SAMU tinham suas especificidades. Além dos coordenadores gerais (três dos que foram entrevistados), os serviços contavam com outro nível de coordenação mais interna, nas figuras de um coordenador médico, um supervisor (ambos trabalhando como diaristas) e o terceiro como um chefe médico de plantão do dia.

Em relação às condições de instalação, os três SAMU ocupavam espaços físicos muito diferentes. Essa diferença proporcionou experiências diversas no campo. Um dos SAMU tinha disponível para o trabalho da regulação, uma sala que, por ser pequena, me permitiu acompanhar a atividade das TARM, dos RO e de mais de um regulador ao mesmo tempo. Ao entrar no ambiente, podia interagir com todos os profissionais. Foi prático para mim, mas era bem desconfortável para os profissionais. No segundo SAMU, por ser maior, só conseguia acompanhar o trabalho de um regulador. Ficava muito distante das TARM, mas ouvia bem as condutas dos RO. No maior SAMU, por ser muito grande, eu era apresentada ao chefe de equipe que me dirigia a um único regulador. Não interagia com mais de dois reguladores, nem com o restante da equipe.

A primeira questão que me interessava era a disponibilidade numérica de profissionais para as equipes, um quesito de estrutura. A fim de observar como os reguladores dispunham de outros recursos estruturais (ambulâncias e leitos, por exemplo), sentava-me o mais perto possível de

um deles para poder ler na tela o atendimento, já que não tinha acesso à escuta. Claro que vi muito mais do que disposição de recursos nessas poucas horas. Algumas vezes me foi oferecida a possibilidade de ouvir o atendimento do regulador (que usa fone de ouvido para acompanhar as ligações), mas como são muitas pessoas falando ao telefone ao mesmo tempo, optei pelo acompanhamento na tela para não gerar mais ruídos na sala, além dos necessários. Achei que o viva-voz ia influenciar mais ainda, o atendimento do regulador.

Portanto, os exemplos que vou usar para ilustrar as questões apreendidas nesses espaços surgiram principalmente do registro em tela. Existe um sistema informatizado de registro de dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde para ser utilizado por todos os SAMU do país. Um dos serviços visitados utilizava um sistema próprio por ser mais ágil e fornecer mais possibilidades de gerar informação, segundo o coordenador responsável. Existem telefones celulares disponíveis só para os contatos entre regulação e ambulâncias. Os três serviços contavam com profissionais da área de informática para dar suporte ao atendimento. Nos três serviços ouvi reclamações do sistema como lentidão e excesso de dados a serem registrados. Em vários momentos em que estive nos SAMU observei queda do sistema com telas congeladas ou desativadas. Esse instrumento é reconhecido como ineficiente pelos atores, inclusive pelo coordenador do nível central, que promete um novo sistema em breve, indicando um problema estrutural que interfere com o trabalho da equipe.

Além dos registros de tela, os reguladores e os outros profissionais eventualmente comentavam o atendimento e registrei esses comentários. Algumas vezes fiquei sem saber o desfecho do atendimento porque não consegui acompanhar o resultado na tela ou porque meu tempo no SAMU acabou antes da solução do caso. Evitei fazer perguntas sobre os atendimentos porque, como o trabalho é muito dinâmico, qualquer interrupção podia interferir com o rendimento e concentração do regulador. Não podia também dar espaço à minha curiosidade clínica porque o julgamento clínico da regulação não é o foco do trabalho, além

da ausência de instrumentos metodológicos para tal. Os comentários espontâneos feitos por qualquer profissional do grupo foram anotados.

Em um SAMU, além do registro em computador, ainda é feito um registro manual de todos os atendimentos, como forma de controlar individualmente a produção de cada regulador e para driblar as falhas do sistema de informática.

Todos trabalhavam ininterruptamente nos três SAMU. Essa intensidade de trabalho (que é familiar em situações como ambulatórios cheios, porta de entrada na atenção básica, rotina de UTI, emergências hospitalares) também integra a rotina da regulação.

O maior SAMU (aliás, o segundo e terceiro maiores SAMU do Brasil são do estado do Rio de Janeiro) integra no mesmo espaço a equipe de regulação do bombeiro. Os bombeiros têm autonomia para encaminhar diretamente ligações que são feitas para o telefone 193 (dos bombeiros) e que, na sua avaliação, são mais indicadas para o SAMU.

Em relação ao ambiente de trabalho, dois serviços trabalhavam de forma muito informal. Presenciei nesses dois serviços, muitas atitudes de carinho e solidariedade entre os profissionais, assim como eventuais brincadeiras, algumas desrespeitosas. Infelizmente em alguns poucos momentos presenciei atitudes de total desrespeito entre colegas, com enfrentamento e até xingamentos, que não foram inibidos pela minha presença. Talvez minha presença tenha estimulado a explicitação de conflitos, mas a equipe assistiu com naturalidade a esses rompantes, como se não fossem “estranhos”. Não tenho elementos para tratar desses eventos de conflitos, mas se são incompatíveis com qualquer ambiente de trabalho, são mais inconvenientes ainda no serviço em questão, que trata de eventos urgentes, atende solicitantes quase sempre muito nervosos e exige intervenções de muito risco e responsabilidade. Em compensação, as atitudes acolhedoras entre os profissionais devem ajudar a enfrentar a tensão própria desse trabalho. No terceiro SAMU não presenciei atitudes especialmente cordiais ou

rudes nas poucas horas em que estive presente, caracterizando-o como um bom ambiente de trabalho.

Como já dito, a descrição dos casos foi feita a partir da leitura do registro em tela ou do comentado pelo regulador. Na análise, algumas vezes identifico a fala, mas no geral não há distinção entre o que é registro escrito ou não. Em muitos casos há falta de informação, inclusive sobre condutas. Não foi feita análise das condutas clínicas (sob o ponto de vista técnico) a não ser no que diz respeito ao uso do recurso ambulância, acesso a leitos ou ao respeito ao paciente, avaliando o processo de trabalho.

Acompanhava o regulador indicado pelo serviço. Anotava os casos ininterruptamente, mas muitas vezes outros atendimentos eram feitos enquanto anotava algum comentário verbal ou mesmo um caso. Como o profissional acessa várias telas com diferentes funções (por exemplo, dar baixa nos casos resolvidos) a completude do registro variou. Portanto, os casos anotados não representam a totalidade atendida pelo regulador que acompanhei.

Vale destacar que há dificuldade de preenchimento dos muitos campos e telas em função do excesso de atendimentos. No SAMU com mais reguladores o preenchimento é facilitado, o que não significa que os atendimentos não são contínuos. Essa é uma primeira indicação de que atender a esse quesito de estrutura, ter uma equipe completa, qualifica o atendimento, ou no mínimo o registro, condicionando positivamente o processo de trabalho e tendo como resultado uma melhor informação.

Para fins de análise, houve uma seleção dos casos baseada na questão a ser discutida. Ao todo registrei 523 atendimentos em 48 horas de acompanhamento do atendimento nos 3 SAMU. Esse total de registros correspondeu a uma parte muito pequena do total de atendimentos do período porque fixava minha atenção em apenas um regulador e porque “perdia” alguns atendimentos. Dos 523 registrados, eliminei os que não estavam claros ou inteligíveis. Depois agrupei por tipo de atendimento e eliminei os muito repetitivos. O número de casos

selecionados para serem aqui apresentados (206 casos) não representa numericamente nenhuma categoria de análise ou a totalidade dos casos observados. Sua seleção foi pelo seu potencial de ilustrar os problemas e soluções observados. As categorias de análise utilizadas contem casos dos 3 SAMU.

Minha impressão dessa etapa do trabalho de campo foi de estranheza. Surpreendeu-me a quantidade de atendimentos, a gravidade das demandas e o tipo de problema que se apresenta, apesar dos meus muitos anos de assistência em diversos ambientes do SUS. Mesmo “estranhando” o trabalho na regulação, o sentimento final foi de muita admiração pelo trabalho possível de ser realizado no SAMU.

Como já foi dito, alguns autores descreveram algo sobre o volume de atendimento dos SAMU estudados e sua capacidade estrutural (ALMEIDA, 2007; MEIRA, 2007; CHOMATAS, 2005; e TANNEBAUM e ARNAOLD, 2001). Tannebaum e Arnaold (2001) indicaram que das chamadas diárias em Porto Alegre, 45% foram por trauma. Os autores lembram que os pacientes do SUS procuram atendimento nos hospitais de emergência para todas as necessidades de saúde, incluindo as da atenção básica e para problemas médicos crônicos. Chomatas (2005) tratou da bem sucedida integração SAMU/bombeiros em Curitiba e sua importância para atender à crescente demanda por atendimento clínico, sem prejuízo do atendimento ao trauma. Seu SAMU recebe 9 mil chamados mês, com 4.500 atendimentos após regulação, sendo um terço para traumas (CHOMATAS, 2005). Meira, 2007 referiu a existência de uma frota de ambulâncias em Florianópolis superior ao indicado por Portaria, com uma relação de 6/4 de atendimentos clínicos para traumas (MEIRA, 2007).

Almeida (2007) analisou o SAMU de Recife onde cerca de 40% dos atendimentos foram domiciliares, com predomínio dos atendimentos clínicos, seguidos dos atendimentos de via pública, sendo os traumas a segunda causa de atendimentos. A terceira causa foram as remoções com os trotes ocupando o 4ª lugar, com mais ocorrências do que as obstétricas. Em

relação aos recursos existia déficit de ambulâncias e de profissionais (ALMEIDA 2007). Essas últimas referências destacam a importância e prevalência da urgência clínica, situação já apontada nas entrevistas.

Para analisar com mais elementos o estado do Rio de Janeiro, pretendia obter dados gerais dos SAMU em todo o Brasil da Coordenação Geral de Urgência/Emergência, mas não foi possível. Nos três SAMU estudados, me foram mostradas estatísticas que correspondem ao item 8 da avaliação proposta pela política (casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante). Entretanto só tive acesso documental aos indicadores de dois serviços e essas informações tiveram que ser produzidas (graças à boa vontade dos profissionais), não estavam disponíveis para os gestores. Esse “resultado” já demonstra que a gestão do SAMU pelos diversos Comitês não estava ocorrendo, e que os indicadores não eram produzidos, como dito por um entrevistado. Os dados consolidados que me foram entregues correspondiam às informações do período de janeiro a julho de 2008 (essa etapa do trabalho foi realizada em julho e agosto de 2008).

O percentual de atendimentos clínicos e domiciliares variou de 59% a 73%, indicando maioria absoluta das demandas. A dispnéia foi a queixa mais freqüente nos dois SAMU. Outras queixas (ou diagnósticos) freqüentes foram: dor abdominal; dor torácica; síncope; febre; acidente vascular cerebral; hipertensão arterial; crise convulsiva; vômito; diminuição do nível de consciência; câncer; alcoolismo; dor músculo-esquelética; cefaléia; dor lombar; diabetes; e irresponsividade.

As causas externas corresponderam a aproximadamente 12% dos atendimentos nos dois SAMU. A queda foi a principal queixa seguida por colisão, agressão física, ferimento e atropelamento.

Os atendimentos psiquiátricos variaram entre 6,2% e 9,2% do total. A agressividade foi a principal queixa, seguida por agitação. Os atendimentos gineco-obstétricos variaram entre 3,45 e 5% do total. Os técnico-administrativo (correspondem principalmente às transferências entre hospitais) variaram muito (de 2,5% a 9,1%), desconheço a causa. Os pediátricos corresponderam a 2 e 2,5% dos atendimentos.

Houve uma discreta predominância para os atendimentos de mulheres (52%) com forte predomínio de atendimentos de adultos. A faixa de 21 anos completos até 60 anos incompletos correspondeu a 51% dos atendimentos. Mais de 60 anos completos correspondeu a 37% dos atendimentos, totalizando 88% de adultos. A concentração de atendimentos a idosos foi indicada por um dos entrevistados como uma preocupação relevante. Um SAMU informou que o tempo médio de acionamento do atendimento foi de 5 minutos, o tempo médio de deslocamento para a cena foi de 13 minutos e o total médio de socorro foi de 1 hora e 15 minutos (dados semelhantes aos observados por MINAYO e DESLANDES, 2008).

Tendo esse panorama mais geral, passo à apresentação do conjunto de atendimentos a partir de uma categorização.

Primeiro quis descrever os casos onde a atuação do SAMU correspondeu às expectativas do sugerido na política, incluindo atender à expectativa do solicitante e cumprir o princípio da integralidade. Outra categoria, que também implica em sucesso do SAMU, tratou da sua função de observatório da rede que incluiu o diagnóstico feito das deficiências do sistema.

Uma terceira categoria foi a insuficiência de recursos no SAMU. Destacou-se, em especial, a falta de USA, que significa em última análise, a falta de médico. A categoria seguinte traz o não reconhecimento das demandas, que representam também casos difíceis que exigem debate ampliado. Não houve um padrão de atendimento distinto em cada SAMU, no que diz respeito à condução do atendimento que implicou na categorização.

Apesar da não correspondência numérica, os casos apresentados nessa seção representam o tipo de demanda que o SAMU recebe. Os tempos dos verbos foram mantidos na descrição dos casos porque eles representam uma cópia do descrito na tela de atendimento. Seguem as seguintes categorias: SAMU aparentemente bem sucedido; o SAMU e sua função de observatório da rede; o Samu e a insuficiência de recursos; e demandas não reconhecidas e/ou atendidas.

6.3.1. SAMU aparentemente bem sucedido

Definir o que é “sucesso” no SAMU exigiu muito cuidado. Poderia ser bem sucedido o SAMU que tivesse disponível o conjunto de recursos sugeridos pelas Portarias. Ou o SAMU com o ambiente de trabalho mais favorável. Entretanto, essa atribuição foi sempre parcial, um signo de alguns atendimentos, não característicos de um serviço, nem mesmo de um plantão.

Sabe-se que o trabalho em saúde não é completamente controlável e nos serviços, atores com diferentes intencionalidades disputam o sentido geral do trabalho. Os atores atuam misturando seus territórios privados de ação com o espaço público de normas e papéis institucionais. Apesar da tensão da polaridade entre autonomia e controle, nas organizações de saúde há um espaço para construção de estratégias que possibilitem ao trabalhador utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (FEUERWERKER, 2005). Essa é uma estratégia que foi entendida como bem sucedida.

A primeira indicação passível de análise foi a disponibilidade de recursos sugeridos pelas Portarias. Os três SAMU eram suficientes em ambulâncias segundo esse critério. Dois deles não cumpriam a exigência numérica de reguladores e TARM para o período diurno. A presença de um número maior de reguladores permitia fluxo das ligações telefônicas, e mesmo em momentos de maior demanda, as TARM conseguiam, através de solicitações pessoais aos reguladores que identificavam como mais disponíveis, encaminhar todos os

casos graves. Outra vantagem do maior número de reguladores foi a possibilidade de espaços de descanso no plantão e tempo disponível para preenchimento das telas do computador. Neste caso, o SAMU para ser “bem sucedido” precisou de mais reguladores do que o previsto na Portaria, que estipula equipe mínima. Ressalto que para esse caso o número de ambulâncias e reguladores excedia em muito o proposto na Portaria.

Segundo os coordenadores locais não havia nenhuma outra deficiência de recursos a partir do critério das portarias. Entretanto, pode-se afirmar que em nenhum dos três serviços os recursos estruturais eram suficientes. Mesmo o SAMU melhor equipado apresentava uma distribuição de recursos irregular, pelo menos de ambulâncias.

Outro critério para aferir um atendimento bem sucedido, seria a prática da integralidade nos SAMU. Um terceiro e muito legítimo critério poderia ser a satisfação do usuário em relação ao seu atendimento. A única forma de indicar que houve satisfação do usuário foi identificar o seu agradecimento através das falas do regulador ou do registro em tela de que o solicitante havia entendido e aceitado o encaminhamento do atendimento. Esses casos eram sempre o resultado de um atendimento cuidadoso, seguro, acolhedor e solidário. Esses atendimentos também são “integrais” enquanto valor de cuidado. Existe uma outra atribuição do SAMU “bem sucedido” que é ser observatório de saúde. Para tal, há necessidade de um sistema de informação compatível, da produção dessa informação e de medidas gerenciais a partir do diagnóstico de saúde observado. Essa atribuição do atendimento pré-hospitalar foi descrita como positiva por Lapostolle *et al*, 2005; Pinet, 2005; Barnett *et al*, 2006; e Almeida, 2007.

Para análise dessa etapa do trabalho, dialoguei com esses critérios e tentei me aproximar o mais possível da proposta da metodologia para essa etapa, no intuito de identificar a “intenção” cumprida ou realizada.

Como a minha análise foi centrada na regulação, destaco três tipos de atendimentos que podem ser bem sucedidos. O primeiro, e mais característico do SAMU é o envio de USA no

menor intervalo de tempo possível. Sobre o tempo do atendimento, cabe a ressalva de que ele pode ser investigado pelo atual sistema de informática do SAMU, mas essa informação não é produzida com regularidade, como não é repassada para os Comitês Gestores, como previsto. A observação que fiz do trabalho no SAMU raramente me permitiu conhecer o tempo gasto nos atendimentos, porque as telas são preenchidas de modo muito dinâmico e mesmo que eu conseguisse anotar a hora de cada atendimento telefônico registrado, não havia garantia de que eu “veria” a tela onde é registrada a hora do atendimento pela ambulância, a finalização do atendimento ou a chegada ao hospital. Eu apenas observava o regulador, não manipulava as telas e pouco perguntava. Portanto, quando houve envio da viatura para situações clássicas, onde não havia dúvidas quanto à indicação e não houve nenhum registro de dificuldade para o envio da viatura, considerei um atendimento bem sucedido e realizado em tempo hábil. Incluí nos casos de envio de USA os casos onde o bombeiro foi acionado porque existe acordo com os bombeiros para assumir casos de trauma em via pública, de ajudar para conter pacientes psiquiátricos, além de outros que forem julgados necessários.

Outro tipo de atendimento que ocorre no SAMU é o envio de USB para pacientes menos graves, ou que necessitassem de uma transferência entre hospitais. E por último existem os atendimentos que geram orientações, que quando bem aceitas pelos pacientes, e feitas de forma cuidadosa e respeitosa, considerei-as bem sucedidas.

Também faz parte da regulação a orientação e ajuda ao profissional da ambulância, seja ele médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. Quando o médico da USA fazia o contato, o caso ia para esse grupo, seguindo a mesma lógica para o técnico de enfermagem. Quando o solicitante era um profissional do sistema de saúde e não do SAMU, o caso foi incluído no grupo de orientações, como será mostrado.

Um dos sentidos da integralidade que foi observado, e sobre o qual havia maior expectativa de cumprimento no SAMU, foi a integração dos serviços, garantindo acesso a todos os níveis

de complexidade. Foram considerados os casos que ilustram a integração da rede e outras possibilidades de atendimento integral observadas.

Faço uma ressalva em relação ao bom atendimento desses casos, introduzindo a palavra “aparentemente”. A ausência de um desfecho para muitos dos casos é uma justificativa para essa ressalva. O crédito exigido pela telemedicina para conduzir o atendimento também implica em cautela. Por exemplo, quando um solicitante diz que sua pressão arterial está em um determinado nível, não há como conferir essa informação. Identifico uma terceira ressalva, talvez a principal, que é o não julgamento clínico das condutas. Nas minhas anotações no diário de campo os casos eram descritos sem nenhum critério analítico ou de seleção. O critério era oportunidade de acesso ao caso. Entretanto, a partir de uma impressão momentânea, com graus variáveis de objetividade e subjetividade, incluí estrelinhas nos casos que me pareceram satisfatórios. Ao categorizá-los e ao me deparar com os conteúdos mais clínicos ou técnicos, privilegiei essa minha primeira avaliação baseada nas “estrelinhas”. Esse grupo de casos, que podem ser questionados em relação a sua boa condução, estão no grupo que recebeu orientação por telefone ou atendimento por ambulância básica. Esse destaque é importante porque não há dúvida de que é missão do SAMU atender ao risco de vida. Para os outros casos, o meu comprometimento com o objeto e meus interesses (como sugerido por Minayo, 2007), me conduziram a optar por destacar que o SAMU pode ser bem sucedido, mesmo correndo o risco de eventualmente não compartilhar esse “julgamento” com meus pares.

Após essa defesa do “aparentemente”, começo a descrição dos casos pelos atendimentos que, apesar de não resultarem em envio de viatura, foram bem sucedidos por algum dos critérios apontados. Esses atendimentos são normalmente considerados “inadequados”, ou “não urgentes” e por isso foi tão importante o “sucesso” nesses casos.

Atendimentos que resultaram em orientação

O primeiro conjunto de casos a ser apresentado (do 1º ao 23º) refere-se aos atendimentos onde foi evidenciada a comunicação entre serviços, em especial com o PSF, a resposta às dúvidas dos pacientes já atendidos em outros lugares ou com dificuldade de seguimento, a cooperação entre profissionais e principalmente o acolhimento e atenção ao demandante.

Caso 1. Paciente de 81 anos com febre alta e em uso de captopril. É acompanhado no PSF.

Esteve lá hoje e informaram que não podiam atendê-lo porque seu médico estava de férias.

Regulador diz que o atendimento é de responsabilidade do PSF porque o SAMU só atende urgência, e que vai ligar para o PSF para garantir o atendimento do paciente. O regulador ligou para o PSF e garantiu o atendimento ao paciente. O próprio regulador ligou de volta para o paciente e orientou-a a ir ao PSF.

Esse atendimento foi bem conduzido além de responsável e respeitoso, apesar da falta de reguladores no plantão. Também envolveu o PSF, responsabilizando-o pelo paciente de sua área. O não atendimento anterior pelo PSF reflete a dificuldade do mesmo em estabelecer vínculos com seus pacientes e de manter o acompanhamento pela equipe. Outra dificuldade desse nível de atenção, indicado no próximo caso, foi a falta de capacitação do profissional que atendia na atenção básica

Caso 2. Paciente de 81 anos, acamada, barriga inchada, com constipação há 11 dias. O

médico do PSF, que estava em atendimento domiciliar, ligou para o SAMU para pedir

orientação sobre como proceder no caso. A médica reguladora orientou-o prontamente apesar de tê-lo criticado muito (ao desligar o telefone), por não ser capaz de resolver um problema considerado muito simples. Vale destacar que esse médico do PSF foi responsável com o paciente quando optou por pedir ajuda da regulação.

A orientação na regulação é comum quando o demandante é o paciente ou familiar, mas é acessível também para os profissionais de saúde, como neste caso. Outra demanda referida às

dificuldades do PSF é a falta de seguimento após o atendimento em outros níveis, ilustrada a seguir.

Caso 3. Paciente havia caído de moto no dia anterior, foi atendido por uma USB, levado para pronto-socorro para radiografia e atendimento. Hoje demandava orientação sobre medicamento prescrito. Caso que não é de urgência, apesar de ser uma solicitação legítima, onde o regulador atende às expectativas do demandante. O ideal é que as dúvidas sobre medicação, que é uma continuidade do atendimento, fossem sanadas no lugar de origem do atendimento. Se o paciente tivesse algum vínculo estabelecido com a atenção básica, haveria outra possibilidade de continuidade de atendimento. Como o paciente elegeu o SAMU para discutir suas dúvidas, foi importante a resposta à sua demanda.

Existe uma demanda muito comum nos serviços hospitalares de urgência, e que inevitavelmente chega ao SAMU, que deriva de sintomatologia leve em pacientes saudáveis. São casos que deveriam ser atendidos na atenção básica, mas que não são exclusivos da mesma em função da restrição do horário de funcionamento do PSF.

Caso 4. Paciente de 33 anos com dor no corpo e febre. Regulador orienta sobre o uso de sintomático e sobre a necessidade de ser reavaliado se não melhorasse em 24 horas. Paciente ficou satisfeito com o atendimento. Caso onde não havia urgência, mas nem por isso o paciente deixou de receber atenção e o atendimento acabou sendo resolutivo para o demandante.

Entre as demandas por orientação, as duas próximas referem-se a dúvidas sobre a continuidade de um tratamento já instituído, envolvendo o uso de medicamentos. Elas reforçam a importância do espaço para o seguimento de pacientes, que se vinculados a um serviço, receberão uma orientação mais segura.

Caso 5. Paciente de 62 anos com dormência no corpo. Regulador conversa bastante com o paciente, pergunta sobre doenças anteriores, uso de medicação, condições de trabalho,

alimentação. Após conversa, informa que os sintomas são compatíveis com a retirada não orientada por médico do remédio rivotril. Orienta a retornar o remédio e fazer retirada com orientação do seu médico. Paciente demonstra satisfação com o atendimento e intenção de seguir a orientação. Houve atendimento das expectativas do paciente, indicando a importância de ter profissionais dispostos a ouvir e orientar e com tempo disponível para esse tipo de atendimento. O privilégio de análise feito aqui é sobre a capacidade do regulador de ponderar sobre as necessidades explicitadas como sintomas, de dialogar com o paciente e de reforçar a vinculação do paciente com seu médico. A relação dos sintomas com a droga utilizada não está em questão.

Caso 6. Paciente de 75 anos passando mal, dor de cabeça e pescoço duro. Já foi avaliado pelo neuro e medicado. Refere uso de paracetamol 500mg de 6/6. Informa que está com PA²⁶ de 180 X 90mmHg. Nega hipertensão. Regulador orientou a aumentar o paracetamol para 2 comp. de 6/6 horas e usar 1/2 comp. de captopril sublingual, rever a PA em 30 minutos e ligar pra reavaliar. Caso em que paciente ou iria para emergência, ou atenção básica ou não seria atendido. O regulador minimamente orientou o paciente, sugeriu uma medicação e possibilitou um novo contato²⁷.

O caso seguinte representa uma demanda comum e que normalmente exige envio de ambulância e consumo de tecnologias. Entretanto, o regulador, no exercício de sua função de regulação dos recursos disponíveis, transforma uma demanda por ambulância em orientação ao profissional.

Caso 7. Médico pedindo transferência de Marília para Niterói para paciente de 75 anos em coma por AVC²⁸ isquêmico, para realizar tomografia. Necessita de USA. Como havia feito tomografia há 12 horas e não apresentava evolução clínica, regulador alegou falta de

²⁶ Pressão Arterial

²⁷ Faço a ressalva, mesmo sabendo que ela não me cabe, de que achei incorreta a prescrição do captopril.

²⁸ Acidente Vascular Cerebral

indicação do exame e negou transferência. O médico solicitante aceitou a conduta do regulador. Esse caso ilustra que é possível exercer a função do regulador, de decidir sobre os recursos sem conflitos, desde que de forma conciliadora.

Existe a possibilidade de identificar a repetição de telefonemas do mesmo solicitante, possibilitando o diagnóstico de ausência de vínculo com a atenção básica, como no caso a seguir.

Caso 8. (Queixa desconhecida, identificada pelo regulador como própria da atenção básica).

Paciente com 9 ocorrências. Feito contato com PSF para inserir o paciente no programa.

Caso em que foi possível detectar a repetição da demanda (o que não ocorre nas emergências) resultando numa ação bem sucedida e que integrou a rede através do PSF.

A seguir apresento um conjunto de casos (do 9º ao 21º) com gravidade diversa e que resultaram em orientação, por decisão do regulador ou por solicitação do paciente. Por serem situações muito diferentes, mantive a descrição seqüencial dos mesmos, sem obrigatoriamente comentá-los individualmente.

Caso 9. Paciente com dor de barriga. Não evacuou hoje. Tudo o que come vomita. Regulador diz: “fique tranquila, a senhora está com a voz boa... é uma defesa do organismo, está vomitando porque comeu alguma coisa tóxica... já tomou remédio pra vômito? Não tem em casa? tome digesan de 8/8 horas, faça uma alimentação leve, sem gordura, pra cólica buscopam composto de 8/8h... quem está aí com a senhora?... a dona Ana pode levá-la pra UPA se não parar de vomitar com o remédio? Se não estiver boa em três dias, torne a ligar”.

Esse atendimento foi de 6 minutos. A solicitante ficou mais tranqüila em relação aos sintomas e foram indicadas soluções se não houvesse melhora.

Caso 10. Paciente de 43 anos com abalo emocional. Identificado como caso social.

Regulador deu atenção ao paciente, orientou sobre os remédios usados pelo paciente e o mesmo ficou mais tranqüilo. O ideal é que frente à real carência de serviços que acolham

todas as demandas, algumas muitas complexas, os serviços demandados acolham os pacientes enquanto um vínculo não é estabelecido.

Caso 11. Gestante de 19 anos, no 8º mês foi ao médico no dia anterior e após toque está com discreto sangramento. Regulador orientou quanto à normalidade do sangramento, desde que discreto, e pediu que observasse a continuidade do sangramento e aparecimento de contrações. Paciente ficou segura com orientação.

Caso 12. Paciente de 63 anos diabético no momento com G²⁹ de 50 mg, assintomático. Pedu orientação, que foi satisfatória e bem aceita.

Caso 13. Paciente hipertenso com aumento dos níveis tensionais. Regulador orienta a colocar captopril em baixo da língua e avisa que vai ligar em 1 hora para saber se a pressão melhorou. Ligou uma hora depois e a pressão havia abaixado.

Caso 14. Paciente de 48 anos com dor nas pernas, dormência e tosse secretiva com raios de sangue. Orientado a procurar atenção básica em função da necessidade de fazer exames. Paciente concordou.

Caso 15. Paciente de 50 anos referindo 3 dias de diarreia e queimação no estômago. Orientada a procurar PSF.

Caso 16. Paciente de 13 anos tomou chumbinho (raticida). Pai vai levá-lo por conta própria, mas queria orientação. Regulador esclareceu as dúvidas apresentadas.

Caso 17. Paciente de 69 anos diabético em uso de insulina referindo tremores, taquicardia e sudorese. Usou 20 U³⁰ de insulina à noite. Regulador orienta alimentação e observação e pede para retornar a ligação em 1 hora ou se não melhorar. Orientação bem aceita.

Caso 18. Criança de 1 ano acorda com edema nos olhos. Regulador orienta lavagem dos olhos com água boricada e levar ao pediatra se não melhorar durante o dia. Mãe aceitou bem a orientação.

²⁹ Glicemia
³⁰ Unidades

Caso 19. Paciente de 40 anos referindo sudorese e taquicardia. Diz já ter feito eletro e ido ao cardiologista que diagnosticou ansiedade e prescreveu calmantes. Não está tomando os remédios diariamente como indicado. Regulador orientou sobre medicação, sugeriu água com açúcar e após breve conversa, paciente disse estar mais calmo.

Caso 20. Regulador falando com paciente com dor lombar. “Não é urgência. Não que o que você está sentindo não seja importante. Mas tem uma pessoa mais indicada para resolver seu problema, que é o seu médico”. Paciente concordou. Reforça que existem formas de recusar o atendimento sem que o paciente se sinta não acolhido. Apresentei a fala do regulador neste caso porque enquanto ele atendia não havia nenhum registro na tela além da “dor lombar”. Lembro que os atendimentos são ininterruptos e nem sempre os reguladores registram na mesma velocidade que atendem.

Caso 21. Dor de cabeça em paciente de 18 anos. Regulador sugere dipirona e ir para UPA no bairro se não melhorar. Aceita a orientação.

Nota-se que houve um mínimo de tempo para anamnese ou conversas, nos casos relatados. Houve uma postura acolhedora, inclusive para o caso indicado como social, em concordância com o entrevistado que afirmou “Não dá pra ficar no meio da regulação dizendo, problema social não é comigo!”.

O próximo caso exemplifica a necessidade de um familiar de ajuda de um profissional médico para mediar um conflito. Apesar da já referida falta de confiança no profissional médico por Schraiber (2008), ainda há uma confiança, talvez mais semelhante ao indicado por Giddens (1991), no sistema abstrato “medicina”, que foi concretizada pela atitude do regulador.

Caso 22. Solicitante é prima de uma gestante de 20 anos que está nervosa porque brigou com o marido. Prima quer presença da equipe de saúde para melhorar o clima em casa. Regulador está conversando com a solicitante quando o marido da gestante pega o telefone e fala um monte de palavrões para o regulador, exigindo ambulância para a mulher que está

chorando (escutei porque ele estava aos berros). *Regulador fica em silêncio e quando o outro se cala ele pergunta se ele sabe que todo o atendimento é gravado. Prima pega o telefone e pede desculpas porque achou que o médico estava sendo atencioso e estava fazendo as orientações necessárias. Atendimento foi encerrado com marido mais calmo e solicitante mais segura.* O regulador foi o tempo todo gentil e usou a gravação como estratégia para lidar com as agressões do marido. Esse caso demonstra a importância que o profissional teve para o demandante lidar com o *stress* familiar. Em casos onde o conflito é impactante, e que gera uma mudança de humor ou comportamento de um possível paciente, um telefonema para um atendimento médico de urgência é entendido como uma perspectiva de solução. Essa confiança no sistema medicina (segundo Giddens, 1991) é abstrata porque existe mesmo na ausência de contatos individuais. Quando os sistemas abstratos são acessados através desses contatos individuais (os chamados “pontos de acesso”), a confiança no sistema se confirma (como no caso descrito), ou não.

Embora todos estejam cientes de que o verdadeiro repositório de confiança está no sistema abstrato e não nos indivíduos que nos contextos específicos o representam, os pontos de acesso trazem um lembrete de que pessoas de carne-e-osso (que são potencialmente falíveis) é que são seus operadores... É compreendido por todas as partes que é necessária confiança renovada, e esta é de um tipo duplo: na fidedignidade dos indivíduos específicos envolvidos e no (necessariamente misterioso) conhecimento ou habilidades aos quais o indivíduo leigo não tem acesso efetivo (GIDDENS, 1991, p. 89).

Essa citação é compatível com a afirmação de Mattos (2003) de que toda vez que o sistema não responde à demanda que a ele se apresenta, se corrói a sustentação política do mesmo, que no caso, seria a sustentação do SAMU. Também foi atendido um dos sentidos da integralidade, o individual (MATTOS, 2001), que ao realizar-se, legitima o SAMU e o SUS. Como as demandas são diversas, o último caso é de um paciente que não desejava o atendimento, que foi bem conduzida por ser esclarecedor e responsável.

Caso 23. Viatura da polícia liga porque rapaz de 20 anos que sofreu acidente de moto não quer ser atendido. Regulador pede para conversar com o rapaz para explicar que como ele estava trabalhando, se não houver registro do evento, vai dificultar o reconhecimento dos seus direitos. Como ele sustentou a recusa, o guarda foi orientado a pedir que ele assinasse a recusa.

Atendimentos que resultaram em envio de USB

As USB são um recurso utilizado para muitas das transferências entre hospitais e em situações que o regulador julga que, a princípio não há necessidade de maiores recursos tecnológicos ou de atendimento médico. A Portaria nº 2048 define esse atendimento como “destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço”. A indicação na Portaria de prestar “atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local” é passível de dúvidas e manipulações, o que será visto posteriormente. A existência desse recurso possibilita a equivocada estratégia de utilizá-lo em situações em que ele não é o indicado, mas é o único disponível. A indicação da USB deve ser muito criteriosa para não substituir o atendimento médico com os recursos tecnológicos necessários. Nesse momento serão apresentados os casos conduzidos por técnicos de enfermagem e que foram bem sucedidos.

Começo com um caso em que o profissional utilizou seu conhecimento para definir o melhor a ser oferecido ao paciente.

Caso 24. Paciente alcoolizada, vomitando, com dor de cabeça. Enviada USB. Técnico encontra paciente suja e opta por dar um banho na paciente que se sente muito melhor,

inclusive da dor de cabeça. Atendimento resolutivo, sem necessidade de medicação, com responsabilização do profissional pelo paciente. Por parâmetros técnicos seria aceitável se o regulador apenas orientasse, assim como seria aceitável se o técnico demandasse do regulador uma conduta típica de pronto atendimento para alcoolizado como glicose, plasil e dipirona. Indica como a postura individual do profissional que atende faz a diferença, produzindo integralidade no sentido de atendimento das necessidades individuais a partir do cuidado como valor.

O caso seguinte também é um bom exemplo de autonomia profissional, dessa vez não do técnico e sim de toda a equipe da ambulância USB.

Caso 25. Viatura USB encontrou no caminho um paciente politraumatizado pós queda. Levou pra emergência e ligou para o SAMU para gerar uma ocorrência. Esse caso demonstra autonomia da equipe que otimizou o atendimento.

Seguem atendimentos específicos para técnicos onde o envio de USB foi bem indicado (casos 26 a 40).

Caso 26. Paciente de 50 anos fraturou a coluna há 6 meses, com escarras e sonda vesical obstruída. Enviada USB.

Caso 27. Motivo do atendimento digitado pela TARM: “escaria enframada”. Paciente de 70 anos, diabética, ferida infectada. Enviada USB.

Caso 28. Paciente de 18 anos, com cesárea realizada há 8 dias reclamando de inflamação nos pontos. Alega dificuldade para procurar maternidade. Enviada USB e técnico drenou abscesso. Essa conduta atendeu a dificuldade de deslocamento da mulher e diminui a demanda hospitalar.

Caso 29. Criança de 13 anos caiu na escola e apresenta um corte no queixo. Enviada USB.

Caso 30. Paciente de 21 anos caiu da moto. Não foi socorrido no local e encontra-se em casa com várias lesões no corpo. Enviada USB.

Outra demanda muito comum, e que é atendida sempre por esse tipo de ambulância, é para queixas de agressividade e agitação. Essas queixas estão relacionadas, na maioria das vezes, a pacientes psiquiátricos ou alcoólatras e pede-se ajuda dos bombeiros quando o paciente precisa ser contido. Os solicitantes são variados e a ajuda pode incluir a polícia, como será visto.

Caso 31. Paciente de 86 anos surtando, ameaçando a família com faca. Refere problema de coração. Enviada USB e solicitada ajuda dos bombeiros. Segundo o técnico paciente estava passivo, hemodinamicamente estável. Tinha ocorrido briga de família. Encaminhado ao ambulatório. Descrito como caso social. A ajuda dos bombeiros foi desnecessária. A busca de auxílio em situações de stress familiar não é incomum, como já foi apontado, e pode ser muito útil. Interessante notar que quando o diagnóstico não se encaixa nos padrões das doenças, há tendência de classificá-lo como social.

Caso 32. Paciente de 29 anos, psiquiátrico, agressivo, dependente de droga, fez uso de bebida. Está dormindo no momento, mas acorda agressivo. Enviada USB. Caso em que o envio de ambulância foi muito importante pra tranquilizar a família.

Caso 33. Alcoólatra de 63 anos agressivo, não se alimenta há 3 dias, não acompanha em lugar nenhum. Está com faca na mão, ameaçando a família. Enviada USB.

Caso 34. PSF liga solicitando internação psiquiátrica para paciente que estava quebrando tudo. Enviada USB que levou paciente para hospital psiquiátrico.

Caso 35. O próprio paciente ligando, dizendo que está em surto psicótico e querendo ir para o Pinel. Enviada USB.

Caso 36. Paciente de 56 anos, em surto, agressivo, tentou matar a mãe e está com faca na mão. Enviada USB e pedido reforço policial.

Outra demanda comum é para transferências de pacientes, que são confirmadas pela regulação, seja para exames ou internação. Começo pelo exemplo mais complexo que envolveu a transferência de um paciente de sua casa para o hospital onde havia sido operado.

Caso 37. Solicitante pede remoção para Hospital de Ipanema para paciente de 85 anos operado nesse hospital. Resposta do regulador: “meu protocolo de serviço, eu não posso tirar o paciente de casa e levar pro hospital de Ipanema sem falar com ele (referindo-se ao cirurgião). Me dê o telefone do Dr. Felipe”. Descreve na tela dor e edema, deiscência de ferida cirúrgica e continua: “a senhora não está entendendo o que estou falando”. O atendimento já durava 12 minutos (tem um campo na tela que conta o tempo até 25 minutos). Pede que a TARM ligue para o hospital. Vinte e cinco minutos depois é informado que o cirurgião está operando e deverá ligar quando acabar a cirurgia. Liga para avisar ao solicitante. Duas horas após a solicitação consegue falar com o cirurgião que autoriza a remoção e informa para onde o paciente deve ser levado. Enviada USB para remoção. O regulador resolve o problema de forma responsável, mas o diálogo com a família foi tenso porque achavam desnecessário o contato com o hospital e o conseqüente atraso na remoção. Os profissionais são tensionados pelo excesso de trabalho, falta de recursos, situação funcional precária, enquanto as famílias estão tensas pelo sofrimento dos familiares. O regulador, que deveria ser o mediador das tensões, nem sempre consegue essa mediação (infelizmente alguns não pretendem a mediação e preferem o embate, como será visto posteriormente). Também percebi nesse caso, uma disposição de não ceder à pressão das TARM por conta da fila de telefonemas em espera enquanto o regulador conversava com cirurgião ou com a família. Já havia percebido isso em outros casos. Eventualmente os reguladores alongam o atendimento como forma de resistência à escassez desses profissionais. Por isso faço a ressalva que este caso foi bem sucedido, mas que as demandas

das TARM, e conseqüentemente a dos pacientes que aguardavam, não foram atendidas com a demora proposital do regulador.

Caso 38. Transferência pedida por médico para paciente de 32 anos vítima de TCE, sonolenta que vai internar por plano privado. Vai com USB porque tem um médico para acompanhá-la. A indicação correta seria de envio de USA, mas a cooperação entre serviços é uma forma de garantir o atendimento bem conduzido que neste caso, além de poupar uma USA do SAMU, possibilitou a transferência para o sistema privado.

Caso 39. Transferência intra-hospitalar de HIV³¹ positivo. Paciente de 29 anos, consciente, com veia central, com abscesso paravertebral, não bacilífero. Confirmada transferência, enviada USB.

Caso 40. Base solicitando atendimento. Paciente foi mordido no braço esquerdo pelo seu pitbull. Segundo o solicitante, família deixou o paciente na base e a ferida está muito feia. Autorizada saída da USB. Neste caso, como a família deixou o paciente na base, os profissionais da ambulância já haviam avaliado e a saída foi direta para o hospital.

Como já dito, a questão mais emblemática para a indicação de USB, são os atendimentos em que se presume que não serão necessários maiores recursos, além de imputar ao técnico de enfermagem, a capacidade de resolvê-los com orientação telefônica do regulador. Talvez uma boa estratégia para analisar esses casos comece por investigar o percentual de utilização de USB separando por tipo de atendimento; as transferências, atendimentos de agressividade, procedimentos técnicos como curativos e os outros semelhantes aos que se seguem, mais passíveis de dúvidas.

Caso 41. Paciente de 57 anos com corpo tremendo, dor de cabeça, vomitando com infecção urinária em uso de antibiótico. Enviada USB que fez buscopan e plasil, orientou que mantivesse o antibiótico e procurasse ambulatório. Uma orientação importante desse caso é a

³¹ Vírus da Imunodeficiência Humana

continuação do atendimento no ambulatório. Não sei se esse encaminhamento é uma prática dos técnicos já que a ausência desse registro não significa que ele não é feito.

Caso 42. Deiscência de sutura e febre. No 7º dia de cefalexina. USB levou pra maternidade.

Caso 43. Hipertensão arterial. Técnico da USB liga, PA 200 X 100mmHg. Orientado a fazer 50mg de captopril e 2 comp de lasix. Como a pressão não abaixou, levado para emergência.

Caso 44. Queda de senhora de 90 anos. Solicitação feita às 9h e às 9h37min já estava na emergência levada pela USB. Foram poucos os casos em que tive acesso ao tempo decorrido até o desfecho do atendimento. Nesse caso o técnico ligou da emergência dizendo que estava saindo do hospital, o regulador abriu a tela do atendimento para encerrá-lo e eu anotei os horários e motivo do atendimento.

Caso 45. Paciente de 91 anos sofreu queda da própria altura com perda súbita da consciência. Já estava acordada, respirando bem, respondendo às solicitações, porém a filha estava muito nervosa. Regulador acalmou-a, orientou a manter a senhora deitada de lado com almofada sob a cabeça e de oferecer o café da manhã, enquanto aguardava ambulância. Enviada USB. Provavelmente a ambulância foi para confirmar o bom estado da paciente, muito idosa, ou para sustentar a tranquilidade da filha.

Caso 46. Paciente de 63 anos com náuseas, diarreia e dor abdominal. Na noite anterior jantou miojo e frituras. Enviada USB. Técnico informou G 48 mg, normotenso. Feita glicose hipertônica + ranitidina 50mg + plasil+ dipirona ou hioscina. Regulador pediu que revisse glicemia e sinais vitais. Após correção da glicemia (G 87mg), paciente liberado.

Caso 47. Paciente de 53 anos com dor por problema de coluna. Não tem analgésico e não pode comprar. Regulador reforçou a necessidade de acompanhar no ambulatório e enviou USB.

Caso 48. Tonteira e dor lombar em paciente de 44 anos. Enviada USB, paciente bem, encaminhada para ambulatório. Típico caso que não é urgência e que, mesmo assim, foi

atendido e encaminhado. Outro regulador achou que não devia ter sido enviada ambulância para esse caso. Muitos dos casos não urgentes geram divergências, que são legítimas desde que não neguem algum tipo de atendimento ao paciente, como será visto em outros casos.

Essa seleção de casos bem sucedidos incluiu uns com conduta clínica duvidosa, casos que talvez pudessem ser apenas orientados (como o último) e casos em que o regulador atende individualmente bem, mas sem se preocupar com o resto da demanda. Esse é um dos conflitos da regulação. Os recursos, para suprirem as necessidades, muitas vezes são economizados. Outras vezes são utilizados sem reserva e quando se esgotam a dificuldade é maior. Essa questão é muito complexa, e a seleção dos casos visou cumprir a apresentação de situações que atenderam aos demandantes e buscaram cumprir com o princípio da integralidade.

Atendimentos que resultaram em envio de USA

Os casos descritos aqui são casos graves, onde o atendimento médico era inquestionável. Para esses casos foi cumprido o princípio da equidade, já que por sua gravidade, seu atendimento foi priorizado. Representam as demandas que os profissionais entendem como as mais legítimas de serem atendidas. Como não pude saber da presteza do atendimento selecionei casos onde não houve nenhuma referência à demora por falta de ambulância ou por distância da mesma. São casos típicos para o SAMU onde o recurso necessário foi disponibilizado, aparentemente sem dificuldades. As dificuldades, que são muitas, ficarão para outra seção desta etapa de trabalho.

São muitos os exemplos porque as demandas são muito diferenciadas e os apresento por considerá-los ilustrativos, mesmo sem comentá-los individualmente (casos 49 a 64).

Caso 49. Funcionário da prefeitura de 28 anos foi imprensado por uma manilha. Enviada USA. Esse caso gerou muita expectativa na equipe. O trauma normalmente mobiliza muito,

além de ter sido um acidente de trabalho. Houve empenho em solucionar o mais rápido possível.

Caso 50. Dor no peito, gemente, sozinha na rua, idade desconhecida. Enviada USA.

Caso 51. Paciente de 80 anos portador de bronquite e síndrome coronariana aguda está caído. Enviada USA. Feita nebulização com melhora.

Caso 52. Crise convulsiva de repetição em paciente de 43 anos. Enviada USA.

Caso 53. Paciente de 50 anos caiu da escada e está com sangramento na cabeça e ouvido. Pela suspeita de fratura de base de crânio, solicitado bombeiro.

Caso 54. Paciente de 26 anos baleado em tentativa de assalto. Solicitado bombeiro.

Caso 55. Paciente de 46 anos hipertenso com dor precordial intensa. Médica da USA fez capoten e isordil e pediu transferência para internação.

Caso 56. Enfermeiro do PSF ligou porque paciente de 61 anos, hipertenso grave (PA 230 X 130 mmHg), portador de aneurisma de aorta e de seqüela de AVC, estava com precordialgia e dispnéia. Foi orientado pelo regulador a fazer captopril e enviada USA.

Caso 57. TIH para CTF³² de paciente enfartada de 54 anos, no respirador. Enviada USA após confirmação da vaga.

Caso 58. Paciente de 52 anos, acamada, encontra-se desacordada e vomitando com sangue. Enviada USA.

Caso 59. Usuário de drogas desmaiado em via pública. Conselho tutelar ligou porque é adolescente. Enviada USA.

Caso 60. Paciente de 52 anos com câncer de pulmão referindo dispnéia intensa. Enviada USA.

Caso 61. Criança de 9 anos com Insuficiência Renal Crônica, edema e hematêmese. Enviada USA.

³² Centro de Terapia Intensiva

Caso 62. Médico de USA liga pedindo vaga para trabalho de parto e pré-eclâmpsia. Esse é um exemplo de bom atendimento à gestante que comprova a necessidade oportuna do médico que diagnosticou a pré-eclâmpsia. Entretanto o caso seguinte foi conduzido por enfermeiro capacitado, outra alternativa segura.

Caso 63. Gestante de 24 anos no 8º mês de gestação em trabalho de parto. 1º filho foi prematuro. Orientado decúbito lateral esquerdo e enviada ambulância cegonha (própria para gestante, acompanhada de enfermeiro). A solução desse SAMU, que atende a uma população muito grande, é muito interessante. Tem ambulâncias próprias para o binômio mãe-bebê, atendida por enfermeiro capacitado para tal. Talvez, pelo menos para grandes centros, essa seja uma solução para superar a exigência de USA para gestantes.

Caso 64. Paciente irresponsivo, desacordado, após queda há 24 horas. É etilista e está com roncocalatrás respiratórios. Enviada USA. Esse é um caso onde outro regulador poderia indicar envio de USB, para poupar recursos, como sugeri ou por não valorizar atendimento a alcoólatras, como será visto posteriormente. Entretanto o regulador valorizou o nível de consciência relatado e os sinais respiratórios. Conduta bem conduzida.

Esses 64 casos apresentados até aqui comprovaram acessibilidade, aceitabilidade e respeito aos direitos das pessoas, enquanto resultados positivos do SAMU. Os exemplos de solidariedade contribuíram para a sua legitimidade. Para muito desse resultado contribuiu, simplesmente, a postura ética do regulador e do profissional que prestou o atendimento.

Como já dito, esses exemplos são dos três SAMU, alguns casos aconteceram em momentos de escassez de reguladores e de USA, o que indica a importância da condução do profissional. A boa atuação do profissional deve ser valorizada e considerada como prioridade porque, como nos mostraram os entrevistados, fixar um bom profissional no SAMU não é tarefa fácil. A discussão até aqui realizada (a partir da análise da política e das entrevistas) confirma que tem sido prioritário para o seguimento da política (ou pelo menos mais fácil) investir no

recurso tecnológico, vide a expansão de UPA e de motolâncias anunciada pelo Ministro da Saúde. Também será visto nesta etapa do trabalho, a partir das categorias seguintes, que o investimento em tecnologia dura não prescinde do investimento em pessoas, capazes de operá-las e de produzir outro nível de tecnologia.

Os médicos são os principais agentes a operar a certificação das necessidades de saúde e das modalidades legítimas de responder às mesmas (CAMARGO JR., 2007, p.69).

A “intenção” cumprida ou realizada que me referi anteriormente, para essa categoria, exigiu conhecimento do profissional e sua capacidade reflexiva, possibilitando uma transformação mais ancorada no agente do que na estrutura, confirmando que a ação acontece entre os extremos do determinismo estrutural e da liberdade total do agente (segundo a teoria da estruturação de Giddens, 1984).

A próxima categoria trata de uma função prevista para o SAMU, ser observatório do sistema, que se fosse bem conduzida poderia estar incluída no SAMU bem sucedido.

6.3.2. O SAMU e sua função de observatório da rede

Mesmo que já soubesse pelas entrevistas que o SAMU não tem cumprido os critérios para ser “observatório da saúde”, escolhi essa categoria para destacar a potencialidade dessa informação.

Ao ser observatório da rede, o SAMU pode contribuir com a integralidade, no sentido de integração de serviços, se gerar informações que possam ser usadas para propor ações específicas. Segundo os entrevistados, essas informações não estão disponíveis para os gestores, assim como os indicadores de avaliação.

Por ser um canal aberto, disponível 24 horas, a forma de comunicação direta do SAMU com a população permite uma visão ampliada das dificuldades geradas no sistema. No entanto, perceber os vazios assistenciais ou outros problemas quaisquer, será produtivo apenas se os

gestores envolvidos acessarem essa informação e fizerem alguma coisa com ela. Para os gestores locais a informação produzida mais prontamente é quantitativa, sobre os problemas de saúde atendidos, sobre características dos pacientes, principais destinos entre outras. Por mais pontual que essa informação seja, ela já é uma indicativa de um cenário, possibilitando a função de ser observatório de saúde. Os casos que selecionei pretendem ilustrar a função “observatório da rede” e não são indicativos quantitativos de nenhum problema.

A principal observação foi a dificuldade de acesso aos outros níveis de assistência. Essa deficiência centrou-se na atenção básica, nas referências hospitalares e nos outros recursos institucionais incluindo transporte e saúde mental. Em muitos casos o SAMU acolheu esses pacientes, para outros negou atendimento. Quando o SAMU acolhe um paciente excluído da rede assistencial, possibilitando seu acesso, ele contribuiu com a equidade da assistência no SUS e com a integralidade do cuidado.

Destaco o PSF como um nível de atenção ainda muito escasso no Rio, portanto com acesso muito deficitário e com um processo de trabalho que não garante a continuidade do atendimento para alguns usuários. Os primeiros casos (65 a 83) exemplificam a observação do não acesso à atenção básica.

Caso 65. Senhora de 73 anos e sua neta de 11 anos estão com febre (não aferida) e dor de garganta. Não são de área coberta por PSF. Enviada USB. A senhora estava afebril, hemodinamicamente estável, com cefaléia, típico quadro gripal. A criança também estava afebril, tinha tomado 60 gotas de novalgina dada pela avó. Regulador ligou para o Pronto-Socorro para saber se alguém podia examiná-las. Aceitaram examinar a senhora, mas a menina não, porque não tinha pediatra no plantão. O regulador tentou encaminhá-las para a atenção básica e não foi possível. No pronto-socorro o atendimento da menina foi negado por falta de pediatra, o que não aconteceria no PSF. Entretanto, se o atendimento do SAMU fosse feito por USA, o médico do próprio SAMU resolveria o caso e atenderia as duas,

“compensando” a ausência da atenção básica. O não pertencimento ao PSF é compatível com a baixíssima cobertura no Rio de Janeiro. A situação das emergências e pronto-socorros também demonstra uma das faces da sua fragilidade que é a carência de recursos humanos, de pediatras neste caso.

Caso 66. Bebê de 18 dias com tosse e sufocando. Mãe quer ambulância porque fez cesárea e não pode levar ao pediatra. Esse caso ilustra a importância do PSF porque em áreas cobertas essa mãe e bebê estariam sendo vistos, pelo menos pelo agente comunitário. Se o atendimento fosse solicitado à noite, mesmo que houvesse vínculo com o PSF, seria uma demanda legítima por compensar o limite de horário de funcionamento do PSF e porque sintomas em bebês novinhos podem gerar insegurança nas mães, justificando seu pronto atendimento.

Caso 67. Paciente de 65 anos com falta de ar, dor de cabeça, hipertenso. Refere ter ido ao posto de saúde e não ter sido atendido. Diagnóstico interrogado IAM³³, enviada USA.

Caso 68. Alzheimer, 93 anos. Havia sido atendido por USB no dia anterior por hipotensão. Enviada USB que encontrou paciente lúcido, afebril, eupneico, sem déficit motor. Caso encerrado com orientação. Caso de paciente que precisa de acompanhamento ambulatorial regular, de assistência multiprofissional e que solicita SAMU por não ter esse acesso. Também existe a não adesão voluntária como indicado no próximo caso como “preferência” do paciente (claro que para fazer essa afirmação o paciente deveria ser escutado com mais cuidado).

Caso 69. Paciente de 78 anos com falta de ar, dor nas pernas e vômitos desde ontem. Regulador pergunta se ele não recebe visita domiciliar pelo PSF e solicitante responde que não acompanha no PSF porque prefere só solicitar atendimento de emergência quando julga que está mal. O que pode ser inferido aqui é que para mudar portas de entrada, o PSF precisa estar melhor estruturado e ser muito acolhedor.

33 Infarto Agudo do Miocárdio

Caso 70. Paciente de 25 anos sem dormir. Família queria que alguém fosse conversar com a paciente. Regulador orientou e não enviou ambulância. Faltam espaços para atender essas demandas. O ideal é que equipes multiprofissionais da atenção básica disponibilizassem esse espaço de acolhimento. Na sua ausência, o SAMU deve manter essa via de comunicação aberta.

Caso 71. 77 anos, dor no corpo, acha que está com febre, seqüela de AVC. Regulador orientou que a temperatura fosse medida, que usasse um analgésico e antitérmico e que procurasse ambulatório se não melhorasse. Aceitou bem a orientação. Caso em que o acesso ao SAMU é mais fácil que à rede básica.

Caso 72. Paciente com diarreia líquida há 20 dias. Paciente foi ao posto várias vezes e está desidratado e em uso de TRO (terapia de reidratação oral). Enviada USB. A atenção básica não se encontra preparada para atender urgências e ao mesmo tempo, não há continuidade ao atendimento de quem não está nos programas.

Caso 73. Paciente de 69 anos com PA 180 X 80. Nega hipertensão. Orientada a ir para emergência mais próxima. Paciente diz que já foi e foi orientada a procurar ambulatório. Regulador reforça essa orientação e paciente aceita bem. A primeira orientação contribui com a superlotação das emergências hospitalares por demandas ambulatoriais. A segunda orientação utiliza melhor a rede.

Caso 74. Médico do PSF solicitando atendimento para troca de sonda vesical em paciente cadeirante do PSF porque não tem sonda no serviço. Deve-se definir a responsabilidade pelo caso e garantir os recursos necessários. O diagnóstico feito para o caso é que algumas responsabilidades não estão definidas ou devem ser repactuadas a partir das novas demandas surgidas.

Caso 75. Paciente diabético de 69 anos com febre, cefaléia, vomitando. Médico do PSF esteve no local e orientou a ligar para o SAMU para internar. Caso de possível

desresponsabilização do médico do PSF, que deveria ter solicitado a vaga e, por isso, merece contato para esclarecimento.

Caso 76. Paciente de 74 anos com falta de ar e dor no pulmão. Registro de 5 atendimentos sendo o último no dia anterior. Além da importância do SAMU garantir atendimento para esses casos, é necessário possibilitar atendimento em outro nível de assistência onde possa ser estabelecido vínculo com o paciente.

Caso 77. Paciente de 70 anos solicitando orientação sobre remédios. Reguladores já o conhecem porque ele liga muito. Casos de pacientes não integrados à rede assistencial por falta de acesso ou vínculo. É necessário investigar junto aos pacientes e serviços qual a dificuldade e minimamente garantir uma porta de entrada.

Caso 78. TARM diz que é um paciente diabético, insulino dependente que refere que o SAMU esteve na sua casa, dosou sua glicose, mas ele não consegue n° em lugar nenhum. Já foi ao posto e ao hospital. Pede nova ida do SAMU. Foi negado. TARM diz: “isso aí é problema social. Já foi 3 vezes ao postinho”. Interessante observar que a falta de acesso ambulatorial para continuidade do atendimento é entendido como problema social. Na verdade o paciente tem um problema clínico bem definido, mas não está em situação de urgência que possa ser reconhecida pelo regulador e pela telefonista, que fez o comentário.

Regulador comenta que para driblar a dificuldade de acesso, a população acha que se for ao posto com o SAMU, vai passar na frente, vai receber tratamento diferenciado. A expectativa da população em relação ao diferencial do acesso a partir da ambulância é baseada na sua experiência nos serviços de urgência. O SAMU no caso, não só está fazendo diagnóstico da dificuldade de acesso à atenção básica, como está sendo demandado para compensar a desassistência do paciente que tem esperança de achar um lugar para ser atendido. Ou seja, a atenção básica ainda não está garantindo o acompanhamento dos seus pacientes, nem possibilitando que o atendimento de urgência no PSF funcione como porta de entrada.

Quando os entrevistados reconheceram a complexidade da demanda, ela foi atribuída à deficiência da rede. Nessa etapa do campo essa atribuição é confirmada pelos reguladores. Essa visão implica em uma expectativa de que a correção das insuficiências estruturais resolverá os casos entendidos como “sociais”.

Caso 79. Paciente de 37 anos, com hérnia de disco e dor lombar, sem tratamento há 10 anos. O solicitante diz que vai levar por conta própria, mas queria que o SAMU levasse para conseguir vaga no posto de saúde. Mesma expectativa do caso anterior.

Caso 80. Paciente de 65 anos, diabética com amputação de perna esquerda apresenta infecção com sinais de necrose no pé direito, acamada. Já foi 2 vezes ao posto e não consegue atendimento. Enviada USB.

Caso 81. Gestante no 4º mês refere ser hipertensa. Faz uso de moduretic e captopril. Não consegue iniciar pré-natal. Foi à emergência e não conseguiu atendimento. Regulador disse que o correto é modificar a medicação no pré-natal onde poderá ser acompanhada. Deu sugestão de locais e a orientação foi bem aceita. Comenta: “morro de pena porque às vezes eles tentam e não conseguem. Aí a ambulância vira porta de entrada. Tem gente fazendo o pré-natal inteiro no SAMU”. Muito grave a indicação de que mulheres não estão fazendo o pré-natal. Se o SAMU cumprisse melhor o seu papel de observatório uma informação fácil de checar seria o percentual de atendimentos a gestantes em áreas sem PSF. A busca poderia ser refinada por número de contatos, período gestacional, e principalmente, as gestantes poderiam ser identificadas e entrevistadas, garantindo várias abordagens de investigação do problema.

Caso 82. Gestante de 7 meses com perda de líquido. Foi ao posto e não tinha ninguém para atendê-la. Enviada USB que não observou contração nem perda de líquido. Foram feitos comentários muito hostis em relação ao PSF. Caso que reflete a dificuldade do PSF com suas urgências e de intolerância do SAMU com o PSF. Enviada USB quando a recomendação para

gestantes é de USA. É difícil saber se a USB foi mandada por um não reconhecimento da necessidade ou por falta de recursos.

Caso 83. Queda da cama com lesão de face e perna em paciente de 80 anos, afásica e portadora de Alzheimer. Regulador fala para a família do PSF e do programa de atenção domiciliar para esses casos e envia USB. Comenta ao encerrar o atendimento que também trabalha no PSF e faz o seguinte comentário: “não vou dar pérolas a porcos”. Esse comentário demonstra total falta de consideração com o paciente, como se seu caso não merecesse atendimento além do prestado pela atenção básica. Também é grave a médica trabalhar no PSF e não valorizar o seu trabalho. Provavelmente tem vínculos precários no PSF e SAMU.

Os casos seguintes (84 a 89) identificam ausência de outros recursos institucionais para garantir o atendimento e continuidade da atenção ao paciente.

Caso 84. Paciente de 85 anos, acamado que não se alimenta. Regulador pergunta qual a urgência. Solicitante diz que o idoso não está sendo atendido. Regulador pergunta por que não estão cuidando do idoso. Familiar diz que não tem como transportá-lo. Regulador indica telefone do “Saúde Solidária” que transporta pacientes para consultas.

Regulador comenta: “Muito problema social. Deficiência do município. Já liguei pro município e não tem ambulância para um paciente deficiente que precisa ir pra consulta”. Aqui houve o diagnóstico da dificuldade de acesso a outros recursos, como transporte, e de um “descuido” da família com o idoso, situações que são identificadas igualmente como “problema social”.

Caso 85. USB liga. Morador de rua icterico, não quer ser atendido. Os solicitantes são comerciantes do local que queriam que ele fosse levado. Já haviam mandado ambulância há 7 dias e o paciente recusou o atendimento. Ao ser atendido, o paciente outra vez diz que não tem nada. Regulador vai contatar serviço social. Acha que tem que ser visto por ser

alcoólatra e por poder ter hepatite. Serviço social alegou estar cheio e não poder atender. Foi sugerido outro serviço, regulador vai tentar o outro.

Caso 86. Paciente portador de artrose na coluna caiu e está com dor. USB no local. Regulador indica voltarem IM³⁴, mas como não tinha, faz dipirona. Prescreve medicamento e orienta sobre restrição de movimentos e calor local. Paciente refere não ter dinheiro para comprar medicamentos e é sugerido que vá a UPA, peça ao ortopedista pra transcrever a receita para pegar os remédios lá mesmo, ou então, comprar na farmácia de um real. Caso em que houve falta de recurso na ambulância, mas a falta de recursos do paciente vai levá-lo a ter um duplo atendimento, no SAMU e na UPA, para tratar sua dor. Caso bem conduzido apesar de não solucionado.

Caso 87. Solicitação de transporte para consulta de paciente com fratura de fêmur há 1 mês. Regulador explica que não é urgência e orienta a ligar pra secretaria municipal de saúde. O solicitante aceita a orientação, mas retorna o telefonema porque não conseguiu falar com a secretaria.

Caso 88. Senhora de 85 anos atendida pelo PSF está com tonteira e não consegue ficar em pé. Quer transporte para o PSF. Regulador diz que o SAMU não faz transporte para consulta e informa o nº de telefone de quem no município é responsável por transporte e remoção.

Caso 89. Paciente de 61 anos, prostático, sondado, com dor, tem consulta em outro município. Segundo o solicitante, a Kombi que vai pro município não apareceu. Quer que o SAMU leve o paciente. Regulador diz que vai mandar a ambulância, mas para avaliar o paciente e se precisar de remoção, vai pro hospital do próprio município. Não aceita levar o paciente pra consulta já que a Kombi não apareceu, mas pelo menos não se desresponsabiliza do doente porque dá a opção de levá-lo para algum hospital se não estiver bem. Diagnóstico da inoperância dos recursos sociais entre os municípios em questão.

³⁴ Intra Muscular

Os últimos casos retratam que além da transferência intra-hospitalar, que corresponde a muitos dos atendimentos do SAMU, existe uma demanda para transporte para ambulatórios. Os municípios atendem de forma diferente e irregular a essa demanda. O SAMU não atende porque se a ocorrência é do nível ambulatorial, não há urgência. Entretanto o problema não pode ser ignorado já que o não acesso ao ambulatório impacta o atendimento de urgência, além de outros danos ao paciente. Outra situação emblemática é o atendimento a pacientes psiquiátricos (caso 90 a 93).

Caso 90. Paciente psiquiátrico com consulta agendada foi orientado pelo PSF para ligar pro SAMU para levá-lo. Orientado a ligar pra secretaria de saúde do município (SMS). Há falta de comunicação e definição de responsabilidades entre PSF, SAMU e SMS.

Caso 91. Paciente psiquiátrica agressiva e o marido diz que é difícil ficar com ela. Enviada USB por ser também um caso social. Muitas famílias desejam mais apoio dos serviços de saúde para acompanhar as situações mais dramáticas.

Caso 92. Paciente de 32 anos em surto, quebrando tudo em casa, agredindo o marido, em tratamento há 2 meses. Solicitante quer que o SAMU interne. Regulador diz que não pode garantir internação antes do atendimento. O marido desabafa e diz que não agüenta mais. Já tentou mandá-la pra Bahia, pra casa dos pais e não conseguiu. Já foi internada 8 vezes. Enviada USB.

Caso 93. Paciente psiquiátrico que tem CAPS na sua rua, mas só chama o SAMU. É imprescindível o contato com o serviço no sentido de estimular a adesão do paciente.

Existem situações em que outros recursos públicos são demandados para a solução do problema. É o diagnóstico da intersetorialidade necessária para o atendimento de alguns casos.

Caso 94. Bêbada na rua com criança de 6 anos. Enviada USB. Vizinha foi acionada para ficar com a criança. Técnico conteve a paciente dentro da ambulância. Regulador explica ao

técnico que o SAMU só pode conter paciente psiquiátrico. Se fosse o caso, a polícia teria que intervir. Pediu que liberasse a mulher e que a vizinha ligasse pro conselho tutelar para avisar que estava com a criança. Nesse caso o regulador sugeriu uma ação para resolver o problema da criança que estava com a paciente. Houve também intervenção do mesmo junto ao técnico que estava ultrapassando suas funções.

Esses exemplos, mais do que fazer um diagnóstico das necessidades demandadas ao SAMU, demonstram a complexidade das demandas e das soluções que os casos exigem.

Agora apresento um caso em que não há falta de recursos sociais para solucionar o problema, como transporte e casa de apoio, mas onde o ambiente social de residência do solicitante impediu o atendimento. Esse diagnóstico de ambiente social desfavorável necessita de ações envolvendo vários setores do governo e da sociedade para modificá-lo.

Caso 95. Paciente de 20 anos psicótico amarrado na cama. Pedido feito às 9h. Às 13 h USB chega na favela e traficante não deixa subir. Regulação liga para o solicitante relatando a situação. Pai do paciente desce pra tentar negociar a subida da equipe, mas não é autorizada. USB deixa o local com aceitação da família. O próprio pai do rapaz sabe que a equipe de saúde não tem como resolver esse tipo de caso. Esse é um problema que toda a sociedade tem que enfrentar para buscar soluções.

Outro problema identificado pelo SAMU em sua função de observatório do sistema de saúde é o inadequado cumprimento das referências estabelecidas com os hospitais (casos 96 a 102). A principal dificuldade é a falta de especialistas. Na ausência do profissional, o hospital de referência nega o atendimento ao paciente e, como resposta o SAMU opta por deixar o paciente em um hospital com menos recursos ou fora de sua área. Outra atitude é o enfrentamento, impondo sua decisão com vários níveis de conflito. Em um dos SAMU a relação com uma das emergências de referência é sempre tão difícil que o supervisor orienta que é para levar e, se negarem vaga, avisar que vão chamar a polícia.

Caso 96. USA chamando para caso de dor precordial, historia de angina, dispneico, face de dor. PA 200X 120 mmHg. Feito morfina e diurético. Está sem monitor cardíaco. Solicita vaga. Regulador ligou pra emergência mais próxima com recursos para atender ao caso que não quis aceitar porque só tinha 1 residente de clínica médica. Segundo hospital com recurso estava cheio e era mais longe. Encaminha para uma emergência próxima. O atraso de conduta para esse paciente é arriscado. As emergências que seriam referência não têm profissionais disponíveis ou estavam muito cheias. Falta de recursos nos hospitais dificultando os acordos de referência e sujeitando o paciente a ser atendido com menos segurança, o que modifica em muito seu prognóstico como indicado por Brasileiro, 2007.

Caso 97. Queda de 3 metros, paciente de 28 anos, lúcido com membros alinhados e provável fratura. Enviada USA e diagnosticada fratura. Regulador localizou ortopedista em Pronto Socorro que aceitou o paciente para radiografar e examinar desde que o médico aguardasse, porque se a conduta fosse cirúrgica, teria que ser transferido. Caso típico de falta de profissionais nos pronto-socorros e hospitais.

Caso 98. Emergência só com um ortopedista querendo vaga para paciente com queda e luxação de ombro que precisa ser reduzida, mas é passível de ser cirúrgica e ele está inseguro para reduzir sozinho. Após 30 minutos conseguiram vaga para o paciente. Reguladores convivem com falta crônica de ortopedistas, mas é resolvido o problema do paciente e acolhida a dificuldade do plantonista.

Caso 99. Médico do PAM³⁵ solicita transferência de paciente com hérnia porque não tem cirurgião. Regulador liga para hospital mais próximo e o chefe de equipe diz que hérnia é para ambulatório, negando o atendimento. Ele liga para um segundo hospital comentando que o primeiro nega tudo. O segundo não pode atender. Volta a ligar para o primeiro hospital (que é referência) que responde que só aceita se for hérnia estrangulada ou

³⁵ Pronto Atendimento Médico

encarcerada, ou seja, se for cirúrgico. O paciente é levado a um terceiro serviço para avaliar se a hérnia é cirúrgica. Caso que ilustra que as dificuldades dos serviços aumentam o tempo e os fluxos de atendimento para o paciente. Regulador não consegue impor sua conduta. As dificuldades são principalmente de recursos humanos, mas há falta de cooperação com os profissionais e de solidariedade com o paciente.

Caso 100. USB liga do hospital dizendo que não querem aceitar o paciente porque não tem vaga, só se transferir outro paciente. O serviço sugerido é muito longe e vão tentar ligar para um mais próximo para ver se tem vaga. Regulador comenta: “esse plantão agora para dar vaga, sempre quer que a gente troque com outro paciente, ele é referência. Se tivesse chegado por conta própria eles ficavam”.

Caso 101. Paciente com dor precordial, enviada USA. Ao solicitar internação constatou-se que o paciente tinha plano de saúde. Regulador faz contato com o plano que diz que não recebe paciente de ambulância e não faz atendimento domiciliar. Orienta a levar o paciente para uma emergência que eles fazem a transferência para sua rede. Regulador liga para emergência e a plantonista, ao saber que vai receber paciente da rede privada, bate o telefone na sua cara. Quando o médico da USA chega ao hospital a plantonista não libera o médico e ambulância até chegar a remoção do serviço privado. Regulador liga para o diretor do hospital que intervém junto ao plantonista para liberar o médico da USA. O mesmo reclama do tempo que ficou preso na emergência e da forma com que foi tratado pela plantonista. Entre os problemas evidenciados nesse caso, destaco que o conflito SAMU x emergência hospitalar gerou indisponibilidade da USA, um recurso já pouco disponível e demandou intervenção do diretor do hospital, demonstrando a falta relativa de governabilidade do regulador. Relativa porque o diretor aceitou prontamente sua queixa, provavelmente por negociações anteriores. Entretanto, os plantonistas não são envolvidos na pactuação ou não aderem pela dificuldade do seu serviço, não se sabe. O mau trato com os

médicos do SAMU indica total falta de solidariedade desse plantão com o SAMU e com os pacientes.

Caso 102. Paciente de 22 anos com lesão medular pós queda de moto. Vai para o hospital de referência onde fará tomografia e avaliação do neurologista. Só fica no hospital se for cirúrgico. A possível necessidade de neurocirurgião traz à tona uma enorme dificuldade do plantão. Segundo os médicos, o estado lotou todos os neurologistas em um único hospital por falta de profissionais na rede. Esse hospital, que passou a ser referência, está desligando os telefones. Tentaram o especialista em um hospital fora da área do SAMU, mas todos estão no centro cirúrgico e só poderão atender no plantão noturno. A tentativa foi feita por se tratar de um médico conhecido. Um regulador comenta que uma vez orientou um técnico de enfermagem a deixar o paciente no meio do corredor com maca e tudo e com a tomografia embaixo do colchão. Foram orientados pelo coordenador a levar o paciente e dizer que não conseguiram contato. A regulação não tem força sozinha para impor o atendimento ao paciente, precisando da ajuda do coordenador. Como apontado pelos entrevistados o regulador não é reconhecido como autoridade sanitária.

Esse caso demonstra que em situações de muita carência busca-se garantir a solidariedade do profissional de outro serviço a partir de relações pessoais e de conhecimento prévio. Segundo relato acima, o neurocirurgião conhecido estava fora da área de atuação do SAMU em questão, e mesmo assim, não negou atendimento. Apesar dos processos instituídos, das referências acordadas, são as pessoas que se articulam no trabalho e constroem afinidades, relações e vínculos. Lima (2008) sugere que as relações pessoais são fundamentais para a rede, o que não conflita com a legitimidade dos fluxos de referência e contra-referência estabelecidos. Esses últimos são recursos estruturais no sentido mais estrito (DONABEDIAN, 1988). A estratégia de usar o conhecimento pessoal para enfrentamento das dificuldades (que são muitas) é mais compatível com o entendimento de Giddens (1984) sobre os recursos

estruturais, ou descrevem o processo do atendimento, no referencial Donabediano. Um regulador, ao falar da negociação de vaga, apontou que prestar informações corretas em todos os contatos era uma estratégia para conquistar a confiança do chefe de plantão das emergências e conseqüentemente, melhorar o acesso às poucas vagas existentes. A questão da solidariedade entre conhecidos também foi valorizada como instrumento de enfrentamento de conflitos pelos entrevistados.

O privilégio das relações pessoais também é uma forma de lidar com a “crise de confiança” na medicina tão bem analisada por SCHRAIBER, 2008.

Instaura-se uma crise emblemática do momento, cujo sentido é a perda da confiança em todas as esferas relacionais: uma crise de confiança é a principal questão da medicina tecnológica, seja entre o médico e seu paciente, o médico e seus colegas e outros profissionais no trabalho e o médico e seu saber (SCHRAIBER, 2008, P. 206).

O grande desafio é a reconquista das relações que não se perderam só na medicina, mas que nela assume o caráter de uma drama ético (SCHRAIBER, 2008). Esse “drama” será apresentado de forma mais evidente nas próximas seções deste capítulo.

A relação com o setor privado também foi apresentada. Não há muita expectativa em relação à maior responsabilização do setor pelo seu segurado, como demonstrado no caso a seguir.

Caso 103. Paciente de 58 anos dormindo desde ontem, não responde às solicitações, é diabético e hipertenso. Faz uso de insulina regular. Enviada USA. O médico intervencionista resolve internar e o paciente tem plano de saúde privado. Regulador opta por encaminhar para o SUS alegando que não vai conseguir vaga pelo plano de saúde e o contato com os mesmos exige muito tempo.

Existem pedidos que não são reconhecidos pelos reguladores como demanda, mas que são atendidos porque o demandante tem o poder de definir a conduta.

Caso 104. Oficial da marinha liga pedindo ambulância para radioterapia. TARM orienta que o SAMU não faz esse tipo de transporte, mas o solicitante quer falar com o “superior”.

Regulador diz que é função da secretaria municipal de saúde prestar esse atendimento e que no seu município existem essas ambulâncias. Regulador não informa o telefone. O regulador disse que o atendimento foi tenso e com discussão. Refere uma confusão feita pela população sobre o SAMU que espera o mesmo atendimento que tinha com a Rosinha (governadora da gestão anterior), com o mesmo número e que atendia em casa. Esse caso ilustra a dificuldade que é imposta pelos “pedidos especiais”, que são uma realidade. Faz um diagnóstico do conflito entre diferentes profissionais, com falta de cooperação e prejuízo final para o paciente.

Caso 105. Paciente de 56 anos em alta de pós-operatório ortopédico. Solicitado transporte porque paciente não anda. Enviada USB. Regulador comenta: “aqui tem muito pedido político”. Nem sempre o regulador aceita esses pedidos de forma passiva como demonstra Meira (2007).

“Tem gestores, até secretário de municípios, que ligam pra cá e não sabem pra que serve o SAMU, agora não sou eu que vou ter que explicar não é? O estado não pode estar omissivo, tem que assumir esse papel, para que os gestores façam bom uso”. (Meira, 2007, fala de entrevistado³⁶, p.128).

Pelo menos quatro grandes problemas podem ser apontados a partir desses casos: as referências estabelecidas com os hospitais não estão funcionando na prática; o acesso ao PSF também não está viável; existem deficiências de outros serviços, inclusive externos à saúde; e que a continuidade do atendimento de pacientes também não está disponibilizada. A falta de profissionais está diretamente implicada com esses problemas.

...entendemos que o processo de institucionalização da Rede Pré-Hospitalar tem tido sucesso, embora com muitas deficiências. Há necessidade de maior e melhor articulação entre si, dos órgãos de atendimento móvel; desse último com o pré-hospitalar fixo.

³⁶ Nessa pesquisa Meira entrevistou profissionais do SAMU objetivando analisar a educação permanente. Utilizei algumas das falas dos entrevistados na pesquisa de Meira para ilustrar o trabalho de campo.

Principalmente, observamos uma quase ausência da rede de atenção básica no processo de atendimento. Nesse particular, falta sensibilização dos gestores e dos servidores e investimento em tecnologias e formação dos profissionais (DESLANDES *et al*, 2007, p. 157).

A precariedade dos vínculos empregatícios no SAMU foi apontada também pelos entrevistados e atinge muitos trabalhadores do SUS. As experiências relatadas através dos casos confirmam a dificuldade de fixar profissionais em outros níveis de atenção às urgências. Segundo o referencial da avaliação da qualidade de serviços, esses casos indicam má qualidade por falhas na estrutura, processo e resultado da assistência. A falta de estrutura da rede de atenção gera um “complexo” processo de atendimento. Estou me referindo à complexidade como um conjunto de ações que tornam o processo inadequado por aumentar os caminhos (des)necessários e o tempo de resolução, sem acréscimo de valor (O'DWYER, 1998). Alguns resultados negativos também podem ser indicados como a falta de acesso ao pré-natal (entre outros), a não adesão a serviços (como o CAPS), além da insatisfação do usuário.

A seguir apresento casos de deficiência estrutural no SAMU, com as devidas conseqüências para a qualidade do atendimento.

6.3.3. SAMU e a insuficiência de recursos

Lima (2008), na análise que fez do SAMU, usou a promessa como um dos elementos de comunicação. A partir da concepção do SAMU, há a promessa de que existe uma ambulância disponível para atender às urgências. Fica como questão oculta ou não, se a ambulância virá com médico (LIMA, 2008). Quando há restrição de recursos, a frustração dessa promessa deslegitima o SAMU, como veremos. Essa deficiência estrutural não é a única responsável pela frustração de expectativas, mas é central para seu enfrentamento.

Observamos ao discutir as carências dos hospitais que para os profissionais das ambulâncias também há frustração de expectativa quando as vagas não estão disponíveis (outra quebra de promessa). Assim como para o regulador há quebra de promessa quando sua conduta é ignorada.

Lembro que os recursos definidos por Portaria não eram cumpridos apenas no que diz respeito ao número de reguladores (a situação das TARM não será analisada). Portanto, não era esperada uma escassez de ambulâncias. A suficiência de ambulâncias já havia sido questionada pelos entrevistados. Houve referência à impropriedade do critério populacional para definição de número de ambulâncias, assim como houve referência à dificuldade de lotar profissionais médicos no SAMU.

A análise que faço aqui trata da insuficiência na prática, no processo de trabalho onde é definido como agir com as circunstâncias materiais dadas.

A natureza da coerção é variável em relação às circunstâncias materiais e institucionais da atividade, mas também às formas de cognoscitividade dos agentes acerca dessas circunstâncias. (Giddens, 1984, pag. 211).

A primeira escassez identificada, e a mais impactante no SAMU, foi a de ambulâncias. Para o caso das USA, que atendem às situações onde o tempo é determinante do prognóstico, a ausência do recurso é mais grave, principalmente para os casos clínicos e de atendimento doméstico, que não contam com o apoio dos bombeiros. Muitas vezes sua falta é compartilhada com a população, pela explicitação de que não há ambulância para atendê-la.

Começo destacando casos que ilustram a falta das USA (casos 106 a 130), ou seja, de recursos tecnológicos mais complexos e do atendimento médico.

Caso 106. Crise convulsiva em paciente de 17 anos que não estava cedendo. Regulador orientou posição do paciente enquanto aguarda ambulância. Enviada USB porque, segundo o regulador, têm poucas USA.

Caso 107. Indicação de envio de USA em município que não tem essa ambulância. A USA do município mais próximo não tem respirador. Vão a um terceiro município buscar o respirador em outra ambulância e voltar. Quando conseguem a ambulância e ela já está a caminho, ligam avisando que o paciente morreu.

Caso 108. Paciente de 52 anos com Ca de pulmão apresentando dispnéia. Faz tratamento no Andaraí. Regulador informa que se for transferido, será para o hospital mais próximo. Família resiste. Solicitada USA. RO pergunta se não pode mandar USB porque vai ter que deslocar USA de longe. Enviada USB.

Caso 109. Solicitada USA para atendimento de portador de aneurisma de aorta. Como estava sem oxigênio, solicitada ajuda dos bombeiros.

Caso 110. Paciente de 53 anos desmaiado, com dispnéia e pulso fraco. Solicitante diz que está nas últimas e que parece um peixe fora d'água. Não sabe informar se tem alguma doença. Diagnóstico: insuficiência respiratória aguda. Enviar USA, se tiver. A declaração do regulador de “envie USA se tiver”, atesta a constância da falta de recursos que foi referida em todos esses casos. Vimos, em algumas casos, além da ausência da USA e da sua precariedade, a “economia” da mesma. A estratégia de enviar o recurso disponível independente da indicação faz com que os reguladores “relativizem” e questionem a necessidade do recurso indicado, como exemplificado no caso a seguir.

Caso 111. Paciente de 82 anos com Ca³⁷ de reto e metástases caiu no banho, está desacordado e com sangramento retal. É paciente do INCA³⁸. Solicitada USA pelo regulador, que não é enviada por falta do recurso. O técnico de enfermagem da USB avalia que o paciente está hemodinamicamente estável e acordado. O regulador fica aliviado por não ter mandado um médico, acreditando que o paciente estava desacordado. Faz contato com o INCA e o paciente é encaminhado para avaliação. Regulador volta a desejar ter ido médico

³⁷ Câncer

³⁸ Instituto Nacional do Câncer

porque havia uma colonoscopia de 1 semana (segundo o médico do INCA) e o técnico não viu. Caso solucionado junto ao hospital de referência, mas que reforça a impressão de que os recursos devem ser economizados e as queixas minimizadas. Não houve conflito, mas houve reforço da desconfiança.

Caso 112. Paciente de 48 anos, funcionário do Detran, após síncope está com dispnéia e mal estar mal definido. PA 140 X 80 mmHg. Indicada USB, mas como a USA estava mais próxima, ela foi (a básica levaria 30 minutos). No caminho a USA foi desviada para atender um trauma. O técnico da USB avaliou que era só ansiedade por óbito de um parente próximo. Pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e saturação de oxigênio estavam normais. Com a ajuda do regulador, o paciente foi orientado a procurar um médico do seu plano de saúde se não melhorasse. Presenciei várias vezes no trabalho de campo, orientações de desvio de rota das ambulâncias como estratégia de privilegiar o caso mais grave.

Caso 113. Paciente de 36 anos tomou chumbinho está desacordado e babando. Regulador explica para o solicitante que por ser intoxicação a USA está indicada, mas não tem nenhuma disponível no momento. Pede que arrumem carro para levá-lo. Diz: “você tenta ajudar daí que eu tento ajudar daqui”. Solicitante demonstrou irritação.

RO comenta: “tenho uma tese, paciente que está passando mal de verdade, vai por meios próprios”. Quando é feita essa observação, existe uma desvalorização da própria função mais essencial do SAMU que é garantir o atendimento para pacientes graves (como é o caso) no tempo adequado, ou seja, no menor possível. Como se a família ao solicitar um atendimento, dando crédito a um serviço que dificilmente atenderá a contento, estivesse desvalorizando a necessidade desse atendimento. Esse “aprendizado” é muito perigoso porque reforça que a assistência no SUS só tem sentido para quem não pode pagar por outra assistência.

O compartilhamento da informação de que não existe ambulância disponível, gera nos profissionais do SAMU, uma expectativa de que a família será cooperativa em nome do

melhor para seu paciente. Teoricamente, essa informação não deveria ser compartilhada, só que quando a carência se cronifica, é improvável que não haja esse tipo de negociação.

Quando o solicitante se irrita, como no caso descrito, talvez entenda a informação apenas como desconsideração, ou numa situação mais extrema, “aprenda” que não vale a pena procurar o serviço.

Caso 114. TARM avisa que o solicitante está muito alterado porque o paciente de 23 anos está com muita dor de cabeça desde cedo e que nunca teve isso. Regulador atende e diz que pode ser aneurisma. Enviada USB com prioridade. Imagino que é por falta de recursos que enviou USB, já que anuncia a gravidade do diagnóstico.

*Caso 115. Vizinho avisa que senhor de 86 anos não responde e não reage a nada. Acha que faleceu. Solicitada USA. Como não tem, regulador pede ao bombeiro que, por sua vez, questiona se a USB não pode ir antes para conferir se é óbito. Enviada USB e o médico de família que já estava lá, constatou o óbito. Apesar da falta de USA, houve intervenção positiva do PSF que poupou a cooperação do bombeiro. A princípio os bombeiros assumiriam os casos de trauma em via pública e ajudariam nos casos de agressão. Deslandes *et al* (2007) confirmam em entrevista com responsável pela Corporação dos Bombeiros que cabe ao SAMU atender às urgências clínicas e domiciliares, e aos bombeiros o atendimento em via pública às vítimas de acidentes e violências. Metade da frota dos bombeiros conta com médico na ambulância, segundo os autores.*

Caso 116. Paciente de 49 anos renal crônico faz diálise peritoneal. PA muito alta, mais que 200 mmHg, vomitando e sem coordenação. Enviada USB porque não tinha USA. O mesmo solicitante ligou outra vez, foi identificada a sua segunda ligação, mas ele negou que já tivesse ligado. Pela descrição o caso deve ser grave e a nova chamada sugere demora de um atendimento que já não será o mais adequado.

Caso 117. Médico solicitando ambulância para IAM que vai fazer trombolítico em outro município. Não tem USA no município do paciente. Será deslocada uma USA de um terceiro município, que estava liberada para manutenção (troca de pastilhas), que será feita após transferência do paciente. A carência de recursos exige que a cooperação entre municípios de uma mesma regional seja estreitada.

Caso 118. Paciente de 25 anos desmaiado após susto. Mãe chorando muito porque não consegue acordá-lo. Indicada USA porque a mãe estava muito nervosa. Como uma avançada está inoperante, foi enviada USB.

Caso 119. Paciente de 86 anos, cardiopata, não está comendo há 4 dias. Hoje não responde às solicitações e a respiração está fraca. Enviada USB com médico.

Caso 120. Paciente de 50 anos, com IRC³⁹, HA e diabetes fez fístula arteriovenosa para hemodiálise no dia anterior. Faz tratamento no “renal vida”. Sentindo-se mal desde então. Solicitante pede ambulância com médico e regulador diz que só tem USB e informa que se precisar transferir, vai para o hospital mais próximo. Enviada USB com prioridade.

Interessante o solicitante saber que existem dois tipos de ambulância. No tempo de observação dos três serviços, não assisti à prática de explicar ao solicitante qual o profissional que fará a avaliação. Vale à pena averiguar se há intenção de “enganar” o solicitante, atribuindo a outro profissional de saúde, a identidade de médico, como indicado por Silva (2002) sobre a porta de entrada de uma emergência hospitalar. A impressão que tive é de que o regulador acha que é dispensável para a família saber quem avalia o paciente em função do seu nível social, como indica o caso seguinte.

Caso 121. Desmaio e síncope em paciente de 78 anos. Filho fala em infarto. Enviada USA. Não tem USA, solicitada ajuda dos bombeiros. Acaba indo USB. Regulador comenta: “o paciente é do Leblon, a família vai reclamar a falta de médico porque é de bom nível social”

³⁹ Insuficiência Renal Crônica

Ao chegar, técnico constata óbito. Família solicitou ao médico particular para dar o atestado. Atendimento sem conflitos.

Devem ser poucos os casos de “bom nível social”. Meira (2007) apontou, em suas entrevistas, uma frustração pela falta de critérios para solicitar atendimento, em especial das pessoas de “bom nível social”. A falta de educação foi entendida como causa do problema e o nível social do demandante agravava as conseqüências para o profissional.

E quando eu falo que falta educação, não é só na população de baixa renda não, porque tem cidadão muito bem de vida, que desafora o profissional médico, querendo que vá uma ambulância para atender a sua mulher que está com cistite, e quando você explica que o SAMU não serve pra isso, a pessoa pega o seu nome, diz que vai falar com o prefeito, que vai procurar os seus direitos, vai pra mídia, vai para os jornais, e o profissional do SAMU fica com “aquilo” na mão (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.127).

Há uma frustração com a “incapacidade” das pessoas de saber para o que serve o SAMU, e, ao mesmo tempo, com a sua “capacidade” de exigir respostas. Talvez haja uma reflexão sobre o porquê dessas demandas e surjam propostas mais coletivas de solução.

Até aqui, quando houve referência à ausência de USA, além da falta dos recursos disponíveis na ambulância, o problema indicado foi a substituição do atendimento médico pelo atendimento com técnico de enfermagem. A falta de médicos é sentida na regulação e nas USA.

Caso 122. Paciente de 75 anos com diminuição do nível de consciência. Já havia sido atendida pelo SAMU no dia anterior e liberada em casa. Enviada USA com enfermeiro, sem médico. O médico emergencista do plantão que terminava às 8 horas tinha saído às 7h e às 09h30min o médico que deveria ter começado seu plantão às 8h ainda não tinha chegado. A glicemia do paciente era de 40 mg. Regulador orientou 4 ampolas de glicose e remoção imediata. Enquanto orientava o enfermeiro, outra ambulância chamava e a TARM esperava

com ligações pendentes. O médico regulador estava sozinho atrasando a resposta às outras demandas.

Caso 123. Contato da USA sem médico. Enfermeiro está com paciente hipertensa e diabética de 64 anos, caída, com vômitos, prostrada, com parestesias e desorientada. PA 210 X 110 mmHg, FR⁴⁰ 27, FC 77 bpm, G 104 mg. Feito capoten 50 sl, lasix 1 amp EV⁴¹ e dipirona EV.

Caso em que o médico era indispensável.

Caso 124. Paciente de 63 anos portador de neoplasia de intestino referindo dispnéia. Enviada USA com enfermeiro. Foi orientado a levar para o hospital de emergência se a dispnéia fosse intensa ou pro INCA se estivesse compensado. Acabou indo USB com enfermeiro. Quando o enfermeiro chegou, o paciente estava morto.

Caso 125. Paciente de 79 anos com AVC, vomitando. Enviada USA com enfermeiro.

Caso 126. TIH de criança de 9 meses com dengue hemorrágica. O médico da UPA vai acompanhar o paciente na USA que está sem médico. Mais um exemplo da necessária solidariedade entre serviços para atender ao paciente, principalmente em cenários de escassez de recursos.

Outra questão impactante é a demora no atendimento que ocorre para USA e USB. Para USA deixa-se de cumprir o critério de tempo dependência para o atendimento adequado. Em casos onde a USB é suficiente, ocorre descrédito com o serviço.

Caso 127. Bronquite asmática em senhor de 93 anos, já desmaiando. Regulador queria enviar USA, mas foi USB porque as USA estavam indisponíveis e o atendimento tinha que ser rápido. O técnico ao chegar constatou óbito (na verdade indicou que o paciente estava morto porque o óbito só pode ser atestado por médico). Médico do PSF que havia sido chamado vai dar o atestado. Se esse médico não estivesse presente, a conduta seria enviar outra ambulância com médico. Muito interessante a conduta dessa família. Chama o SAMU para

⁴⁰ Frequência Respiratória

⁴¹ Endovenoso

resolver a urgência, mas também chama o PSF, com quem tem vínculo. Não foi uma duplicação de recursos e sim atendimentos diferentes para demandas diferentes.

Caso 128. Paciente de 80 anos hipertenso com dispnéia e dor torácica. Regulador alega que o certo seria mandar USA, mas que como a expectativa é de que demore 2 horas, manda uma USB que já coloca um O₂⁴² e isordil sub-lingual e leva para a emergência. Esse é um típico exemplo de uso do recurso disponível e não do mais adequado. Esse enorme tempo para disponibilizar uma USA também justifica um número maior de ambulâncias que permita certa ociosidade, como já foi discutido nas entrevistas.

Caso 129. Paciente de 83 anos, hipertensa, em uso de amiodarona e sustrate, referindo dor no peito. Regulador envia USA, mas adverte que vai demorar para ser atendida e sugere que a família procure hospital de emergência por conta própria. Família opta por esperar, como na maioria das vezes em que é dada essa orientação, conforme informou o regulador. Esse caso ilustra uma demanda típica do SAMU, onde a segurança do atendimento é comprometida pela falta de recursos e o regulador acha prudente sugerir que a família desista do atendimento e procure um hospital, acreditando que assim o atendimento será mais rápido. A família, por total falta de garantia de um atendimento mais rápido ou por falta de condições para seguir a orientação do regulador prefere se sujeitar a esperar mais do que o devido. A insistência no atendimento pelo SAMU, muitas vezes não é bem recebida pelo regulador e pela equipe em geral, como já foi visto.

Caso 130. Paciente de 41 anos referindo falta de ar e pressão aferida de 270 X 160mmHg. Enviada USA com a ressalva de que haverá demora porque são poucas ambulâncias disponíveis.

⁴² Oxigênio

Seguem casos onde foi constatado o grande intervalo de tempo entre os atendimentos (casos 131 a 136). Esses exemplos são esclarecedores da preocupação apontada nas entrevistas com o critério tempo resposta para definição do quantitativo de ambulâncias.

Caso 131. Paraplégico cadeirante de 29 anos com provável fratura de fêmur, ocorrida há poucos minutos. Enviada USB que às 11h ligou confirmando a suspeita de fratura. Solicitação feita às 09h10min.

Caso 132. Transferência de paciente de 46 anos solicitada às 8h33min e realizada pela USB às 15h50min.

Caso 133. USB liga sobre atendimento de paciente de 86 anos. Está desnutrido, desidratado, sibilando e anêmico. Quadro arrastado há 15 dias, compatível com negligência, segundo o técnico. Indicada internação. Atendimento realizado 5h após a solicitação. O técnico pareceu ser bastante competente na sua avaliação, situação freqüente, conforme observei.

Caso 134. Paciente de 40 anos desacordada. É hipertensa e faz uso irregular do remédio. Enviada USB. Solicitante voltou a ligar às 11h45min cancelando o pedido que havia sido feito às 10h, por demora. Conflito gerado por insuficiência de recursos.

Caso 135. Paciente de 17 anos com PA 200 X 90 mmHg em crise convulsiva. Pedido feito às 11h35m e cancelado às 12h05m pela demora. Foi por conta própria.

Caso 136. Alcoólatra de 68 anos. Pedido feito às 10h. Enviada USB que às 15h30min encontra o paciente com PA 160 X 100 mmHg, escarro com raios de sangue, dor abdominal e febre. Feita dipirona EV. Os casos logo acima tiveram como causa dos atrasos a insuficiência da frota. Gostaria de lembrar que o não reconhecimento da demanda potencializa a falta de recursos e que o atendimento de alcoólatras não é priorizado como já indicou Giglio-Jacquemot (2005). Skaba (1997) analisou a indiferença por esses casos.

...culpar as vítimas por sua enfermidade serve, inclusive, para escamotear a impossibilidade de atender a todos dignamente. A seleção das demandas pode diminuir o sofrimento do profissional que

fica como mediador de uma sociedade desigual (SKABA, 1997, pág. 97).

Em relação a essa impossibilidade de atender a todos, presenciei profissionais tensos pelo problema e outros que o atribuíam exclusivamente aos demandantes. Ao responsabilizá-los pelo encaminhamento do doente, as reações foram diferentes.

Caso 137. Seqüela de AVC em paciente de 56 anos, com história de queda no banheiro, apresentando dor na perna esquerda. Regulador avisa que no momento está sem viatura e como o paciente já saiu do banheiro, a família opta por levá-lo.

Caso 138. Gestante que tem pré-eclâmpsia sentindo-se mal, vendo estrelinhas e com perda de líquido. Regulador diz que a USB vai demorar e sugere que ela vá por conta própria. Solicitante nega. Outros casos ilustram a gravidade de não atender gestantes adequadamente.

Caso 139. Médico emergencista liga da USA para avisar que o bebê nasceu na ambulância e está levando para hospital. Comenta: “a família agrediu porque demorou muito”. A demora criou constrangimento para o médico e aumentou o risco para mãe e bebê.

Caso 140. Gestante de 7 meses, gesta 2/1, com gestação de risco (SIC), dor abdominal intensa, perdendo líquido há uma semana, e não sente bebê mexer. Enviada USB. Foi orientada pelo seu obstetra que a viu há poucos dias a ir para maternidade onde está de plantão. Caso foi bem conduzido já que levou a paciente até seu obstetra, mas não foi cumprida a exigência de USA para gestantes. Os próximos casos ilustram a cooperação e disputa SAMU- bombeiro no atendimento às demandas.

Caso 141. 30 anos desacordado em via pública. Pedem ajuda ao bombeiro porque não têm ambulância pra mandar. Logo depois bombeiros ligam pedindo USB para outro mal súbito em via pública.

Caso 142. Surto psicótico em paciente de 37 anos que está agredindo a família com faca na mão. Solicitada ajuda dos bombeiros e enviada USB. Solicitante liga outra vez e regulador avisa que no SAMU tem fila de espera e que vai falar com bombeiros. Cabo que atende a

solicitação diz que só vai liberar a ambulância quando a do SAMU estiver no local, porque não tem como manter uma viatura aguardando o SAMU. É feita nova ligação porque o paciente está ameaçando a família com fogo e o bombeiro insiste que enquanto não chegar a ambulância do SAMU, não vai. Às 14 h a família liga outra vez. Primeira ocorrência pela manhã.

Caso 143. Paciente de 62 anos, alcoólatra, quebrando tudo. Regulador diz que vai mandar USB e faz a ressalva de que vai demorar por falta de ambulância. Solicitante reclama, fica agressiva e chama o regulador de “colega”. O mesmo pergunta: “a senhora é médica? Porque só médico pode me chamar de colega”. Encerra o atendimento e comenta que outro dia um solicitante o chamou de “nem”.

Esse diálogo ilustra a dificuldade de comunicação entre a dupla solicitante/regulador. Esperava do regulador um pouco mais de tolerância, mas sua reação demonstra que se sente desrespeitado como profissional. A falta de prestígio do médico junto à sociedade foi analisada por SCHRAIBER (2008). Claro que o anúncio da demora do atendimento é o primeiro estopim das tensões.

Os casos trazidos até agora retrataram a dificuldade de encaminhar os pedidos. Entretanto, existe um problema anterior a esse, que é a interrupção telefônica do atendimento, como ilustram os casos a seguir.

Caso 144. Paciente psiquiátrico, agressivo, ligação caiu pela 3ª vez.

Caso 145. Dor no peito, muita tosse, chorando, refere 24 minutos de espera. Ligação caiu.

Caso 146. Caiu ligação de paciente de 74 anos com problema pulmonar. Na nova ligação (já esperava há 1 hora) referiu queda no dia anterior, sem condições de andar, falta de ar.

Paciente DPOC. Caiu a ligação mais uma vez. Na terceira ligação foi enviada USB. Não acompanha no PSF. Orientado contato com PSF. Regulador achou que a ambulância devia ir porque a família é insegura e que a mesma não cuida bem do paciente, já que ele não vai ao

PSF. Além do tempo esperado para falar com regulador e das ligações caírem com essa frequência houve precipitação no julgamento da falta de cuidado da família. Orientação do acompanhamento no PSF foi acertada.

Caso 147. Paciente psiquiátrica de 16 anos está agressiva. Ligação caiu.

A seguir um caso que demonstra que, da mesma forma que a população, os profissionais de saúde também se utilizam de “estratégias” para serem atendidos.

Caso 148. Um médico da emergência, ao liberar uma vaga para o regulador, aproveita o contato para pedir uma transferência. É orientado a ligar para o 192 para gerar um número de ocorrência. O médico reclama da burocracia, diz que o telefone está sempre ocupado e decide que se não for feita a transferência, não vai liberar a vaga solicitada. Pune o SAMU por não ter sua demanda atendida. O SAMU por sua vez desconhece ou ignora a dificuldade de acesso ao número telefônico. O regulador também não é reconhecido como autoridade sanitária já que a vaga, que já estava garantida, foi negada após o episódio. O médico da emergência opta por punir a regulação e não pela cooperação. A principal vítima dessas atitudes foi o paciente que necessitava da vaga, assim como o que ia ser transferido. A necessidade de atendimento diferenciado ao profissional de saúde já havia sido apontada por um dos entrevistados. Os acordos devem ser firmados para evitar esse tipo de entrave ao atendimento.

A seguir reproduzo comentários de diferentes profissionais da regulação referentes à escassez de recursos técnicos e humanos. Esses comentários foram aleatórios, feitos ao tratar de casos que não acompanhei. Foram trazidos porque representam frustrações, dificuldades, estratégias de comportamento e avaliações do trabalho desses profissionais.

Regulador comenta: “os médicos têm que economizar ambulância pelo número reduzido”, “um dos municípios, que é muito grande e tem muita área de risco, só tem 2 ambulâncias básicas”; “às vezes os técnicos não ligam para passar o caso, dizem que não conseguem

telefonar”; “existem muitos motivos para atraso no atendimento: falta de ambulância; muitos pedidos; intercorrências mecânicas; e ambulâncias que demoram inexplicavelmente”; “médicos estão preferindo trabalhar nas ambulâncias do que na regulação”; e “a gente cansa de trabalhar aqui com dois médicos”.

RO comenta: “uma USB que tinha saído com duas ocorrências teve que atender uma colisão”; “uma USB quebrou”; e “às 16h chegou um médico para uma das USA”.

Observei um dos reguladores interromper o atendimento para atender um representante de laboratório farmacêutico. O outro regulador do plantão reclamou muito da atitude do colega alegando que o mesmo tinha atendido pouquíssimo. O regulador que se ausentou havia desabafado, no começo do plantão, que não recebia salário há 3 meses.

Esses casos exemplificam como a escassez de recursos interfere no processo de trabalho. A carência material pode servir de justificativa para os reguladores desvalorizarem as demandas. Azevedo *et al* (2007) afirmam que a precariedade dos serviços é fonte importante de sofrimento para os trabalhadores (referindo-se às emergências hospitalares). Sá *et al.* (2008), em outro trabalho realizado em emergências hospitalares, indicam como dificuldade para os serviços de acesso permanente (abertos 24 horas), a complexidade das demandas.

Portas abertas 24 horas por dia, tornam-se espaços privilegiados de manifestação da exclusão social, da violência e da indiferença com relação ao outro, característicos da dinâmica social contemporânea (SÁ *et al.*, 2008, p. 1334).

O SAMU é um novo espaço de portas abertas 24 horas, onde as demandas urgentes competem com outras por ausência de recursos sociais, em um cenário de recursos precários. A alta exigência de trabalho psíquico produz identificações, alianças, fantasias e estratégias de defesa contra o sofrimento, que, se potencializadas pelas desfavoráveis condições materiais, terão impacto na qualidade do trabalho (SÁ *et al.*, 2008).

“Na verdade tanto na USA quanto na regulação, no início do dia é agradável, está tudo bem, está tudo certo, mas o nosso trabalho é tão

estressante, tanto na regulação quanto na USA, que eu considero até a regulação mais estressante que a USA, apesar de gostar de fazer as duas coisas, mas a regulação não tem parada, o telefone toca o tempo todo” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.119).

A desvalorização das demandas menos graves no SAMU também foi identificada por Meira (2007). Segundo a autora, alguns dos problemas referidos pelos profissionais do SAMU foram:

- A população desconhece para que serve o serviço, acarretando em desgaste dos médicos reguladores e das equipes que atendem situações sem necessidade de urgência, colocando as mesmas em risco, num deslocamento rápido ou então pelo estresse vivenciado;
- Os profissionais também ficam emocionalmente abalados, quando ocorrem situações de “pressão” da população em deslocar um paciente sem necessidade de internação, dos profissionais nos hospitais que recusam o paciente, pelos atendimentos em locais adversos, e diante de tanto estresse não ter apoio psicológico.

“Porque até hoje, depois de um ano de funcionamento do SAMU, a população ainda não sabe, não tem noção exata de qual o papel do SAMU. O governo não faz propaganda educativa, pra explicar pra que serve o SAMU, então as pessoas ligam pra cá com conjuntivite, com unha encravada, com bicho-de-pé que está coçando às 3 horas da manhã, e querem o atendimento do SAMU, e você ouve desaforo ali e no dia seguinte sai no jornal e é a cara do SAMU que fica suja por conta disso, os profissionais são queimados pela sociedade em função disso” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.105).

O esclarecimento sobre as situações em que o SAMU deve ser solicitado está explicitado nos documentos da política de urgência. Em alguns momentos as normas são mais flexíveis em relação ao entendimento do que seja “urgência”, em outros menos. Nas entrevistas essa

questão quase não foi abordada, mas houve o entendimento da amplitude de demandas que cabem ao SAMU.

A discussão sobre a complexidade e desvalorização das demandas será apresentada a seguir.

6.3.4. Demandas não reconhecidas e/ou não atendidas

As demandas não reconhecidas indicam que o seu reconhecimento a partir do sugerido nas normas não é suficiente. Existe uma diferença muito grande entre as expectativas dos profissionais e dos pacientes sobre a legitimidade das demandas. Além desse desencontro de expectativas, existem as solicitações enganosas (trotes ou mentiras), que estou chamando de mensagens (ou demandas) dúbias. As mentiras e trotes são super valorizadas pelos profissionais como justificativa para atender segundo critérios técnicos. A carência estrutural reforça a tendência a valorizar apenas o atendimento por eles legitimado. Em vez de entender a ampliação da demanda como parte da carência de espaços de cuidado, a entendem como causadora de desperdício de recursos, como será discutido.

A não atenção às demandas pode ter sua explicação na falta de recursos ou condições estruturais de atendê-la, como discuti a pouco. Aqui apresento as demandas que são fruto, principalmente, de um conflito de significado de urgência. Um conflito de “conceito”, um conflito de expectativas, um conflito de poder, um conflito de experiência de vida e de saber.

A questão não está em atribuir igual validade a todos os tipos de saber, mas antes em permitir uma discussão pragmática entre critérios de validade alternativos. Consiste em conceder “igualdade de oportunidades” às diferentes formas de saber envolvidas em disputas, visando a maximizar dos seus respectivos contributos para a construção de “um outro mundo possível” (SANTOS, 2008, p. 108).

Sá *et al* (2008) dizem que o reconhecimento do direito ao acesso ao serviço, insere o sujeito numa rede de sentido, representando uma possibilidade de saída de uma situação de

sofrimento social difuso, através do reconhecimento do sofrimento, mesmo que haja uma redução do mal-estar ao transformá-lo em sintoma ou patologia.

O acesso a este universo simbólico e imaginário que atravessa os serviços de saúde, e o sentido que o mesmo confere à vida organizacional, deve ser buscado, tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores, como condição para a melhoria da capacidade de escuta e resposta à população e suas demandas (SÁ *et al.*, 2008, p. 1341).

A banalização das queixas pode ter como conseqüência a rotinização de práticas excludentes pelo seu caráter recursivo (GIDDENS, 1984). Schraiber (2008) discute, também como uma prática rotineira, o agrupamento por tipos de doentes, que são apreendidos pelo médico como um coletivo. Assim para esse caso, seria um agrupamento de pacientes que não merecem atenção.

Os “usuários” ou a “clientela institucional” participam de um *coletivo*, mas cada qual se vê como único e exclusivo. O processo permite estereotipar seus participantes, cujas características são muitas vezes o aspecto pelo qual o médico apreende o doente individual e, portanto, uma das bases construtoras da intervenção, que assim se torna padrão e rotina. Vale dizer, cria-se nesse processo uma forma de individualizar que todavia padroniza, identificando um dado agrupamento: o cliente deste ou daquele pacote de serviços. (SCHRAIBER, 2008, p. 221).

Guedes (2007) tratou com muita propriedade da dificuldade dos médicos em atender às demandas dos pacientes com queixas vagas ou transtornos psicossomáticos e a tendência de encaminhá-los para outros profissionais, repassando o “problema”. Aqui, os casos que imagino serem demandas não reconhecidas incluem esses pacientes e outros com problemas clínicos, mas não urgentes. Fazer essa afirmação de forma mais definitiva (ou categórica), a partir da experiência do demandante, exigiria metodologias não utilizadas neste trabalho que dessem voz aos demandantes. Para categorizar um caso como demanda não reconhecida,

utilizei, algumas vezes, a decepção do solicitante. Já havia na fala de alguns entrevistados, assim como no texto das Portarias, referência à importância de valorizar as demandas.

Uma situação muito importante e que será apresentada (eventualmente com poucos recursos argumentativos) é a utilização da USB *versus* USA. Para gestantes existe a exigência normativa de USA. Para alguns casos, o argumento para não indicar a USA é a falta de credibilidade na queixa do demandante, classificando-o como pertencendo ao agrupamento (citado anteriormente) que não merece o recurso USA. Para outros, os argumentos são mais frágeis, como será visto, sem desmerecer a necessidade de discussão. Destaco o descrédito para a queixa “falta de ar” como justificativa de envio de USB (lembrando que nos meses investigados, 1º semestre de 2008, essa foi a queixa mais comum para os atendimentos clínicos), O reconhecimento da “falta de ar” é mais do que a ação protetorial do acesso à ambulância com recursos adequados. Tem para o paciente o reconhecimento do seu valor social.

Antes de apresentar os “casos”, trago outras contribuições a partir das entrevistas do trabalho de Meira (2007), que demonstram como as demandas podem ser percebidas.

“O SAMU é um sistema fantástico, demasiado sofisticado, para uma população demasiadamente ignorante e mal-educada, que faz mau uso do sistema, e nós por estarmos sob pressão e não ter autonomia e segurança pra tomar decisões, muitas vezes se encaminha ambulância para coisas que não deveríamos encaminhar só pra depois não se incomodar com o nome sujo no jornal, ou o secretário reclamando, não se complicar no CRM, tem também os que usam o serviço pra se prestigiar politicamente” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.128).

Essa postura, de negar o sofrimento do paciente, de “perder” tempo com algo não relevante e desnecessário, ganha maiores proporções quando há a concorrência de eventos traumáticos como no SAMU e nas emergências hospitalares.

“Às vezes o que não é grave é o que mais consome o profissional, no final do dia eu representei aqui olheira, cansaço, irritação, sem

paciência, cuidando a hora para ir embora” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.114).

Aqui fica muito evidente a solidão do usuário e do profissional, e a frustração de suas expectativas. Esse espaço de conflito exige um mediador, que pode surgir em espaços de reflexão, como os NEU.

Os “quadros mórbidos mal definidos”, “somatizações” e “sintomas de origem psicológica” são zona cinzenta onde o desencontro terapêutico é freqüente. As respostas tradicionais têm sido de negar o sofrimento – recusando o cuidado – ou de tentar forçá-lo no molde da doença – medicalizando o sofrimento (CAMARGO, 2007, p.73).

Começo com um exemplo que mostra como o paciente pode ser ignorado nessa forma de atendimento, onde o contato se dá por conversa ao telefone.

Caso 149. Regulador vê na tela que o paciente tem 24 anos, está com dor na coluna e diz: “ligação vai cair” e desliga o telefone. Neste caso houve “recusa” do atendimento e não um “desinvestimento” como na maioria dos outros (posso entender essa atitude como uma consequência impremeditada das falhas telefônicas). Esse tipo de demanda já foi atendida sem envio de ambulância, com indicação de sintomático e encaminhamento para outro serviço, o que, apesar de não indicar solução do problema, indica pelo menos, a escuta de uma queixa. Outra questão a ser considerada é que estou analisando esse caso por um olhar tão “estreito” como o do médico que desliga o telefone, afinal, o paciente não teve nem a oportunidade de falar dessa dor, das circunstâncias envolvidas no seu aparecimento e muitas outras informações que poderiam ter um desfecho muito diferente, mesmo que improvável. Seguem outros exemplos de demandas não atendidas (do 150º ao 157º).

Caso 150. Paciente debilitada. Regulador orienta e diz ao terminar o atendimento: “é um descaso ligar porque está debilitada”. Não reconhece a demanda e a ausência de um lugar mais apropriado para expressar essa sensação, talvez o PSF, mas pelo menos escuta e orienta a paciente.

Caso 151. Pregro no pé. Atendimento recusado, não houve nem orientação.

Caso 152. Paciente de 60 anos, deprimida há 3 dias, não quer se alimentar, só fica no escuro.

Feita orientação para procurar um psiquiatra. Esse é um caso que o técnico da USB podia resolver examinando a paciente para confirmar a depressão e reforçar o encaminhamento. Atendimento especialmente contaminado com a insatisfação do profissional que diz que, por estar com o salário muito atrasado, vai fazer o mínimo, além de não fazer TIH (transferências).

Caso 153. Paciente de 50 anos referindo dor de cabeça há 2 dias e pressão alta (não aferida). Regulador faz orientação e justifica dizendo que o paciente já ligou antes. Parece que os pacientes insistem acreditando que outro regulador pode atendê-lo. No próximo caso há desacordo e não aceitação da conduta do médico.

Caso 154. Pós crise convulsiva em paciente de 42 anos, hipertensa, referindo dor de cabeça. Regulador diz que vai enviar USB, paciente não concorda e diz que a responsabilidade é do regulador se acontecer alguma coisa de grave. Não há elementos para saber se foi enviada USB por falta de recursos ou pela avaliação do profissional de que era o recurso adequado ao caso. Segue exemplo de demanda não atendida por uma justificativa equivocada.

Caso 155. Pedido de transferência já acertado para hospital privado. Regulador diz que SAMU só atende “gente carente do SUS”. Não liberou ambulância e não fez contato para esclarecer se havia outra possibilidade de remoção. Provavelmente a conduta não foi para poupar e priorizar recursos para o SUS, mas serviu para desqualificar o serviço que é prestado para “gente carente”. Essa fala traduz a aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por estar dirigido à população carente, como referido por Traverso-Yépez e Morais (2004).

Quando uma ligação é passada da TARM para o regulador aparece na tela os registros feitos pela telefonista sobre esse atendimento. Quando acumulam ligações na espera, aparece uma

lista com as queixas atendidas pelas TARM. As consideradas “bobagens” pelos médicos podem ser proteladas e ficar mais tempo na espera, conforme observei em alguns momentos. Alguns pedem à TARM para passar a ligação número tal, selecionando o caso. Essa necessidade de selecionar o caso desfavorece condutas minimamente coerentes e ao mesmo tempo favorece a fila porque alguns reguladores protelam esses atendimentos. Estamos diante de um novo tipo de “fila de espera” não presencial onde os mesmos motivos de seleção de prioridades ou preconceitos apareçam, mas as estratégias de recusa são outras.

Caso 156. Paciente bêbado com dor na coluna. Regulador nega o atendimento alegando que “o paciente bebeu porque quis”. Mattos (2208) referiu-se ao risco dos enquadramentos, não por tipo de queixa como problematizei anteriormente, mas por juízo moral.

Como exercício da prudência diante das práticas cotidianas....zelar para que os juízos morais dos profissionais não disparem dispositivos de enquadramento do desviante; ou, o que é ainda mais grave, disparem dispositivos produtores no outro de um sentimento de culpa (MATTOS, 2008, p. 349).

Nesse caso, a atitude do médico teve a gravidade de ignorá-lo e pela sua ausência não houve espaço para culpá-lo pelo seu estado.

Identifiquei por intermédio dos casos descritos estratégias de negativa de atendimento, protelamento e talvez a mais grave, envio assimétrico de recurso. Seguem outros exemplos de não atendimento e de protelamento.

Caso 157. Paciente com Ca de intestino, em fase terminal com dor. Estava sem nenhuma medicação. Orientado a tentar novalgina e voltar a ligar se não melhorar. Primeira questão a ser verificada é porque um paciente com essa gravidade estava sem medicação. A conduta deveria ser realizar uma medicação mais eficaz para a intensidade da dor, além de avaliação do paciente. Acho que as solicitações feitas para esse tipo de paciente devem ser atendidas pela dificuldade de ser um paciente terminal com dor e não apenas pela possibilidade técnica de intervenção.

Caso 158. Regulador fala alto: “esse cara já ligou 3 vezes e não tem nada!” Botou na fila da USB. A conduta assumida para a repetição das chamadas é não atendê-las. Os profissionais esperam que, ao não dar atenção aos demandantes, eles acabem desistindo. Os pacientes insistentes são considerados difíceis em qualquer serviço, mas com certeza não é ignorando-os que o problema será resolvido. A mudança na abordagem desses casos pode contribuir com o diagnóstico das falhas do sistema, o SAMU atuando com observatório da saúde.

Caso 159. Paciente de 26 anos diabética, com dor de cabeça e inconsciente. Esteve no médico na semana anterior e foi dito que ela tinha uma veia entupida. O regulador comentou: “veia entupida é PITI⁴³”. Sugeriu que paciente fosse levada por familiares, mas não aceitaram. Enviada USB. Existe muito preconceito em relação ao PITI, assim como ao bêbado. O regulador acatou a decisão da família, mas enviou uma USB não acreditando na “inconsciência” da paciente, já que o diagnóstico (bastante provável, mas não obrigatório) já havia sido feito. Essa não é uma atitude isolada como pode ser visto na fala a seguir.

“Eu percebo claramente a minha mudança em relação aos atendimentos de “pitti” e tentativas de suicídio, como eu era antes e como eu estou agora. Sabe aquela história de tolerância zero? E eu estou me achando horrível. Às vezes eu penso: Meu Deus! Imagina eu na situação daquela mulher... Eu fico pensando exatamente que uma pessoa nesse momento pode estar tendo uma PCR⁴⁴ agora enquanto eu estou aqui “perdendo” o meu tempo atendendo alguém que não tem nada. E isso eu vejo que não é só comigo não...vários profissionais sentem a mesma coisa, médico mesmo...Teve médicos aqui que chegaram a humilhar o paciente... Às vezes eu acho que eu estou me tornando uma pessoa fria, só quero ver desgraça, só quero ver gente morrendo, só quero atender se a pessoa estiver mal” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.98).

⁴³ Derivado de Pitiatismo (crise histérica)

⁴⁴ Parada Cardio-Respiratória.

Além de desvalorizar as queixas dos pacientes, existe a impotência do médico frente a esses casos. Como no ambiente hospitalar, esses casos competem com os casos mais graves. São conflitos de “sentidos” de urgência, aliados à escassez de recursos. Outra questão importante referente ao atendimento e aos sentimentos de frustração dos profissionais é falta de um espaço de reflexão sobre as demandas complexas. Mesmo o espaço para a discussão dos casos clinicamente difíceis não é preservado, muito menos para a discussão de outras dificuldades. Cias (2002) tratou da capacitação para lidar com solidão, responsabilidade e surpresa pela morte. As estruturas de urgência não estão adaptadas para essas demandas, que são regulares, produzindo dificuldades psicológicas para lidar com situações delicadas (CIAS, 2002).

Como já apontado, pesquisas em emergências hospitalares vêm mostrando que a demanda excessiva de casos “desnecessários” compromete o atendimento e aumenta o risco para os pacientes graves. Entretanto, ao propor uma triagem rigorosa, negando parte da demanda, devem ser eleitos critérios de acompanhamento e encaminhamento dessa demanda, com responsabilização por esses doentes (DERLET e NISHIO, 1990). O SAMU também tem que ser muito cuidadoso e garantir um retorno para os casos considerados não urgência, como ocorreu em muitos casos descritos nas orientações bem sucedidas. Outro cuidado importante é não considerar um leque muito grande de queixas no SAMU como somatização, desvalorizando o sofrimento e pior, não disponibilizando recursos terapêuticos em situações clínicas em que eles são necessários.

Existem os casos em que não houve conflito quando o regulador optou por orientar como conduta, mas que deixa em dúvida se foi suficiente a orientação, mesmo que o solicitante tenha se sentido atendido.

Caso 160. Paciente de 45 anos, sem nenhuma doença anterior, apresentando suor frio, falta de ar e cefaléia. Foi orientado pelo regulador a usar analgésico na hora e repetir 4 horas depois. Se não melhorasse, voltasse a ligar. Caso de orientação pelo telefone onde o paciente

recebe bem a orientação e o regulador não se desresponsabiliza, já que sugere o retorno da ligação, se necessário. Entretanto as queixas podiam indicar maior gravidade e o regulador não decidiu sua conduta após questionário exaustivo das queixas (ou pelo menos mais elaborado).

A não responsabilização pelo solicitante não é exclusividade do regulador. Também ocorreu uma situação em que foi a TARM quem se desresponsabilizou por uma demanda ao orientar um solicitante a ligar para o número 102 e procurar serviço social do município para morador de rua, quando era sua atribuição informar o número do serviço. Existe a possibilidade dessa informação não estar disponível no momento do telefonema, mas presenciei orientações semelhantes e a disponibilidade desses telefones está prevista pelas Portarias.

Um RO se referiu à desresponsabilização dos profissionais das ambulâncias, o outro lado do SAMU. “Falta 1 hora para acabar o plantão, pessoal some, não responde celular...”. Essa foi uma das raras vezes em que, no curto espaço de tempo que estive nos SAMU, as dificuldades com a equipe intervencionista foi explicitada. O RO é o profissional que acompanha os tempos das ambulâncias e atendimentos e que fornece as informações sobre recursos disponíveis para a regulação. Por isso ele pode vivenciar mais claramente esse tipo de conflito entre equipes. A demanda não reconhecida pela equipe da ambulância nesse caso foi a demanda da regulação.

A seguir apresento casos onde a conduta foi enviar USB e questiono o não envio de USA. São os casos mais graves onde a estratégia foi o envio assimétrico de recursos, talvez pior do que negar e protelar o atendimento (casos 161 a 190).

Como já dito, não tenho elementos para saber se o recurso foi enviado por ser entendido como o mais indicado ou por “economia” dos poucos recursos. Se eu estiver certa na minha avaliação de envio inadequado de USB existe outro problema que é o familiar desconhecer que o paciente não foi visto por médico. No caso, o risco aumenta porque o técnico pode

passar uma falsa segurança para o familiar. Felizmente, na maioria das vezes, o técnico leva o paciente para as emergências para ser examinado. Os próximos casos ilustram conflitos e dificuldades dos atendimentos de USB.

Caso 161. Paciente de 66 anos com diarreia, vômitos e tonteira. Esteve internado até sábado (era uma terça). Enviada USB. Prescrito 1000 ml de soro + glicose hipertônica + plasil + ranitidina. Paciente não aceitou toda a medicação porque perdeu a veia e não quis outra punção. Sua expectativa era de ser internado novamente. Talvez se fosse examinado por médico, aceitaria melhor a conduta. Esse caso reflete outro problema, já discutido, o da falta de seguimento dos pacientes, atribuição que nesse caso poderia ser do PSF ou do serviço de internação.

Caso 162. Paciente de 80 anos, acamada após fratura de fêmur, com dispnéia e hipertensão. USB é enviada e o técnico de enfermagem resolve. Apesar da não gravidade do paciente em questão, segundo avaliação do técnico, impressionou-me o “descaso” com que a queixa “dispnéia ou falta de ar” em idoso acamado por fratura de fêmur foi tratada.

Caso 163. Paciente de 103 anos, respirando com dificuldade, muito debilitado, não responde aos estímulos. Há 3 dias com prostração e hoje início de dificuldade respiratória. Enviada USB.

Caso 164. Paciente de 82 anos com muita falta de ar. Há 7 dias com dispnéia e dor torácica esquerda. Sem febre. Enviada USB.

Caso 165. Paciente de 90 anos com febre, tosse e dispnéia que piorou nas últimas 12 horas. Enviada USB.

Caso 166. Dispnéia e cianose em paciente de 58 anos que está investigando nódulo de corda vocal. Enviada USB com prioridade. Técnico, após exame do paciente, informa presença de dispnéia, roncos e estertores. Regulador pergunta qual o estertor e o técnico não sabe responder, mas sabe que não tem sibilos. Fala de nódulo de pulmão e regulador pergunta se

fez biópsia Hemodinamicamente bem, feito soro fisiológico e levado ao hospital mais próximo. Se foi enviada USB com prioridade, imagino que a intenção foi enviar USA.

Caso 167. Dispnéia com cianose em paciente de 61 anos, portador de ICC e HA.

Enviada USB. Regulador comenta: “a USB leva para unidade mais próxima se houver dispnéia e chama USA se precisar. Há grande desconfiança sobre a confiabilidade das queixas baseada na experiência”. Respeito a experiência dos médicos só que eles não podem ignorar que para o paciente, sua “experiência” é única. Também é fato que o acompanhamento dos mesmos na rede ambulatorial não tem parecido ser satisfatório, o que gera insegurança e aumento de demanda. Essa “experiência” que gera desconfiança poderia induzir a um outro aprendizado, se eles mudassem o foco de referência, ou seja, vissem justificativas para além das suas, as exclusivamente técnicas.

Caso 168. Paciente de 64 anos com falta de ar, já desmaiou 2 vezes e agora está com diarreia com sangue. Enviada USB.

Caso 169. Paciente hipertenso, 51 anos, com nuchalgia e cefaléia há 3 dias, iniciou dispnéia hoje. Quer ir para hospital de outro município, onde trabalha sua irmã. Regulador esclareceu que, se precisar de internação, irá para hospital do próprio município. Enviada USB.

Caso 170. Gestante de 26 anos no 8º mês referindo dor abdominal e perda de líquido. Gesta 3/1⁴⁵, pré-eclâmpsia na 1ª gestação. Não sabe se está tendo contrações. Enviada USB.

Caso 171. Grávida de 33 anos em trabalho de parto. Enviada USB. Repito casos semelhantes para problematizar o que é decidir por telefone se dor abdominal é o mesmo que trabalho de parto. Claro que existem técnicas para conduzir a anamnese em telemedicina, mas o volume de atendimentos não é favorável para essa condução. Também não é impeditivo, como já foi visto.

⁴⁵ Gesta/para significa o número de vezes que a mulher engravidou/ o número de filhos que nasceram

Caso 172. Gestante da mesma área com 9 meses, referindo perda de líquido. Regulador enviou USB, que está atendendo a um paciente que passou mal na rede bancário, e irá após o atendimento. Imediatamente fez o seguinte comentário: “cadê o macho pra levar a paciente, que estava lá na hora de fazer o filho?” Ainda bem que quem fez o comentário não é quem vai atender a gestante, mas é quem decide quem vai atendê-la.

Caso 173. Gestante de 17 anos com gestação a termo, em trabalho de parto e bebê com circular de cordão. Chega na base das ambulâncias para pedir que fosse levada para maternidade. Base liga para fazer a solicitação e regulador comenta que ela consegue ir até a base, mas não consegue ir até a maternidade. Levada por USB. Provavelmente deslocou-se porque queria ser atendida rápido, o que talvez não acontecesse pelo telefone. Na base sabe que tem ambulância porque elas estão estacionadas. Sabe que chegar na maternidade de ambulância é melhor para ela. Está errada sob a lógica dos protocolos, mas é uma estratégia da paciente para melhorar seu acesso.

Caso 174. Dor abdominal em gestante de 28 anos com 29 semanas de gestação. Fez apenas 1 consulta de pré-natal e no ultrassom apresenta diagnóstico de placenta prévia. Nega contrações e sangramento. Técnico da USB faz buscopam em acesso venoso e encaminha para maternidade.

Caso 175. Paciente de 61 anos há 1 ano com caroço no estômago agora vomitando esverdeado. Faz uso de digoxina, lasix, aldactone, amiodarona e sustrate. Enviada USB. Paciente com abdome distendido, sem massas, provável ascite e edema de membros inferiores. Feito soro fisiológico + 1 amp. de lasix+ ranitidina +plasil + buscopan + O₂ 3 l/min. Atendimento paliativo para melhorar o vômito, mas o técnico não tem competência técnica para avaliar o quadro. A medicação em uso já é indicativo suficiente da gravidade do caso, no meu ponto de vista.

Caso 176. Paciente de 86 anos, acamado, com roncos há 20 dias. Tem PSF na região. Regulador mandou USB e falou para o solicitante que era negligência não ter chamado o PSF se o quadro durava 20 dias. Não há elementos para saber porque o PSF não foi acionado. Mesmo que haja comodismo familiar, cabe a orientação e não a crítica. Se a crítica fosse de um profissional próximo, que tivesse um vínculo com a família, poderia ser acatada, mas vinda de um profissional desconhecido, mais parece intolerância, arrogância, bronca.

Caso 177. Paciente de 66 anos com seqüela de AVC, apresentando cefaléia e crises convulsivas. Enviada USB que leva para emergência porque apresentou convulsão na ocorrência.

Caso 178. Paciente de 84 anos, deficiente visual e cadeirante referindo mal estar importante. Regulador orientou sobre a existência de atendimento domiciliar, indicado para o caso e enviou USB.

Caso 179. Paciente de 58 anos, hipertenso e diabético, com precordialgia com irradiação para as costas. Enviada USB.

Caso 180. Paciente de 48 anos com tonteira, parestesia de membros superiores, lipotímia e cefaléia. Enviada USB.

Caso 181. Paciente hipertenso e diabético de 46 anos apresentou crise convulsiva e não responde. Enviada USB. A seqüência de casos visa indicar que são muitos os casos possivelmente graves.

Caso 182. Paciente de 38 anos diabético e hipertenso, sem tratamento, com dor torácica. Enviada USB. Técnico informa que está com PA 140 X 90 mmHg, FC 70bpm, FR 18 ipm. Sem febre, vomitando. Feito isordil sl, 2 comp AAS 100mg e digesan. Orientada transferência para emergência, mas o paciente recusa. Regulador acha que pode ser angina. Imagino que o atendimento de um médico aumentaria a chance do paciente aceitar a transferência ou evitaria

a ida desnecessária à emergência, se o diagnóstico diferencial entre distúrbio digestivo e coronariano fosse feito de forma mais segura.

Caso 183. USB liga para falar de paciente comatosa, hipertensa. Apresenta desvio de comissura e já teve episódio anterior de isquemia cerebral que reverteu clinicamente. PA 130 X 90 mmHg, G 85 mg e O₂, 89. Encaminha para emergência. Os protocolos baseados em evidência alertam que quanto mais rápido for instituído tratamento a esses casos, maior a chance de reversão e reabilitação, ou seja, melhor o prognóstico. O assunto foi abordado duas vezes no congresso do SAMU e a presteza do atendimento não está sendo garantida.

Os casos seguintes foram encaminhados para emergência.

Caso 184. Paciente de 34 anos com fratura de fêmur e traumatismo do quadril após queda em via pública. Solicitada viatura dos Bombeiros, que não concordam com a solicitação. Enviada USB que encaminhou o paciente para a UPA mais próxima. Foi recusado na UPA pela gravidade do caso e levado para uma grande emergência.

Caso 185. Paciente de 65 anos acamado. Febre há 1 semana, em uso de medicação para infecção urinária com piora do quadro nas últimas 24 horas. Esteve há 2 dias na UPA. Enviada USB. 39,7 de temperatura, PA 200X100 mmHg, prostrado, em uso de antibiótico há 8 dias. Feito dipirona EV e levado para UPA.

Caso 186. Paciente de 70 anos renal crônico, gemendo, desorientado, hipertenso e diabético. Enviada USB e encaminhado pra emergência.

Caso 187. USB atendendo paciente de 16 anos com crise convulsiva. Feito diazepam EV e a convulsão não cedeu. Enviada USA. Médico da USA perguntou por que o técnico não levou direto para uma emergência. Fica a dúvida se o médico emergencista está preocupado com o atraso do atendimento hospitalar ou se não reconhece a necessidade do seu atendimento, como o regulador, que não reconheceu a necessidade de atendimento médico até a ligação do técnico da USB.

Caso 188. Paciente de 68 anos com melena, desfalecendo, pálido, diabético. Regulador orienta a dar pitadinha de sal e hidratar até a ambulância chegar. Enviada USB.

Caso 189. Técnico da USB liga sobre atendimento de paciente com falta de ar. “Passei na UPA que orientou a levar para o hospital. Ficou no hospital”. Se o paciente fosse atendido por médico ou não levaria para a UPA porque receberia um atendimento tecnicamente mais qualificado, ou a UPA teria aceitado, ou o médico teria levado direto para o hospital pela gravidade. No mínimo atrasou o alívio dos sintomas e a melhor conduta para o caso.

Duas questões se colocam após esses casos. A primeira e mais importante é o risco de atraso no diagnóstico ou o não diagnóstico de doenças graves, como as cardiovasculares tipo acidente vascular encefálico e infarto de miocárdio. CURIONI *et al* (2009) e BRASILEIRO (2007) alertam para o impacto desses casos para os indicadores de morbimortalidade e para importância do seu pronto atendimento.

A outra é que o técnico não pode fazer uma melhor avaliação, aumentando a necessidade de encaminhar pacientes para emergência, o que deslegitima o SAMU e submete o técnico de enfermagem a constrangimentos nos casos menos graves.

“muitas vezes a gente tem que encaminhar o paciente para o hospital sem necessidade porque o atendimento da básica foi insuficiente, seja por técnicas, avaliação, ou ansiedade, fazendo uma imagem extremamente ruim do SAMU frente aos profissionais do hospital” (Meira, 2007, fala de entrevistado, p.114).

Nas entrevistas também houve referências aos conflitos entre os profissionais do hospital e os da ambulância.

Reproduzo a fala de um regulador que traduz uma forma de indicar USB ou USA: “Avançada a gente só manda quando o paciente está muito grave ou morrendo. Para os outros casos, manda USB”. Também não tenho elementos para imaginar como seria atender a todos com as USA existentes.

No próximo caso o regulador orienta o técnico no atendimento de hipoglicemia grave e se utiliza da necessidade de orientá-lo como estratégia para apontar a falta de reguladores.

Caso 190. 71 anos, caído no banheiro, episódios de desorientação, agitação motora há 3 dias, diabetes, pé direito amputado. No momento dormindo. Enviado USB. Glicemia de 24mg, indicando que a queda foi consequência da hipoglicemia. Feitas 4 ampolas de glicose. Paciente retomou seu nível de consciência. Regulador ficou no telefone esperando o técnico pegar a veia e fazer a medicação, o que atrasou muito o atendimento, acumulando várias chamadas. Foram 20 minutos esperando o procedimento do técnico. Após o procedimento aguardou novo telefonema do técnico para informar nova glicemia e resolver se encaminhava para emergência. Nova glicemia foi de 300mg. Faz uso de hipoglicemiante oral. Atendimento encerrado. É prioritário orientar o técnico, mas não é necessário esperar ao telefone enquanto a veia é puncionada. Sua atitude foi de desrespeito com as TARM e com os pacientes ao telefone, demandando atendimento. O regulador já havia reclamado do tamanho da equipe do plantão do dia, mas a justificativa não é aceitável. Se fosse um atendimento por USA, a equipe teria resolvido liberando o regulador para outros atendimentos.

Os pedidos de via pública muitas vezes não são atendidos.

Caso 191. Guarda municipal liga de um posto do INSS para paciente de 70 anos com forte dor no peito, enfartando. Não tem médico perito na unidade do INSS no momento. Enviada USB.

Caso 192. Pessoa caída no chão em via pública. Solicitante não tem telefone disponível e não vai ficar no local. Regulador não vai enviar ambulância porque disse que tem que seguir os protocolos. Aqui o atendimento foi negado porque não havia acompanhante. Para os atendimentos na rua de pessoas desacompanhadas, normalmente o solicitante é um desconhecido que foi solidário com a vítima. Essa solidariedade muitas vezes não inclui a

responsabilização pelo mesmo, a espera do atendimento. Os casos a seguir ilustram essas dificuldades e as soluções encontradas.

Caso 193. Desmaio em via pública de paciente de 43 anos. Solicitante diz que o paciente caiu e está sudoreico e irresponsivo. Regulador escreve: “irresponsivo, mas conversa com o solicitante pelo telefone”. Enviada USB que encontra paciente com queixa de tonteira, HIV positivo, bem hemodinamicamente. Feito soro glicosado, melhorou, orientação.

Caso 194. Paciente de 58 anos em via pública, com dor no peito, gelado, pálido. Falas do regulador no diálogo com o solicitante: “passando mal de quê?...que tanta pergunta eu faço?... o senhor não precisa saber medicina, só precisa responder as perguntas que faço.... precisamos conversar com calma sem o senhor ficar nervoso.... vamos reatar o diálogo senão nós não ajudamos o paciente.... você não conhece ele.... o senhor vai estar esperando a ambulância?... o senhor falou que vai ser removido de táxi?... vou mandar a ambulância e então o senhor aguarda porque o atendimento vai ter problema se o senhor não estiver....chama o guarda que quero falar com ele.... com quem eu falo?... qual a real situação do doente?... está acordado? ..não responde nada...o senhor vai estar aí no local quando eu liberar a ambulância?...positivo...vai levar por meios próprios”. O atendimento telefônico levou 6 minutos. Na tela escreveu: “dor torácica não especificada. Solicitante não informa nada, entrando em conflito com a regulação. Vão removê-lo por meios próprios”.

Uma demanda muito comum no SAMU e que é atendida normalmente pela USB é a descompensação de pacientes psiquiátricos. Uma solução implantada em um dos SAMU para atender à essa grande demanda foi lotar um psiquiatra só para atender esses casos. As TARM são orientadas a direcionar essas demandas para o profissional específico. Apesar do atendimento ser realizado por profissional qualificado, que pela sua experiência seria o mais adequado para entender essas demandas, assisti conflitos que deveriam ser evitados. Como não acompanhei esses atendimentos de pacientes psiquiátricos a partir da tela, os casos que

serão apresentados resultam da escuta dos diálogos entre regulador psiquiatra e solicitante. Vale lembrar que nos outros SAMU todos os atendimentos são feitos pelos mesmos reguladores e, quando tratei de problemas psiquiátricos, estava usando principalmente informações da tela do computador.

Caso 195. Psiquiatra ao telefone: “a senhora não quer que seu filho seja contido... quem decide isso sou eu... vou colocar a senhora no cadastro pra quando a senhora ligar não respondermos... porque se a senhora disse que seu filho está agredindo a senhora, imagine a nossa equipe... tem que conter ou a gente não leva”. Em seguida encerrou o atendimento.

Caso 196. A mesma psiquiatra: “eu não posso botar o paciente na ambulância só porque a senhora está querendo... eu não sei o que é surto, senhora... sei, está agitado e quebrando as coisas”. Enviada USB. Não sei como estão sendo avaliados esses atendimentos por especialista. Apresentei casos que me chamaram a atenção pelo tom desagradável da conversa, que podem ser pontuais. Servem para indicar que não é suficiente lotar um profissional especializado. A falta de paciência da médica pode ser parcialmente justificada pela agressividade possibilitada por essa forma de comunicação, onde não há contato direto. Da mesma forma que o regulador se sente à vontade para desligar o telefone na cara do solicitante, o mesmo também não sofre a inibição da presença do médico quando faz sua solicitação.

Houve muita referência (das TARM e reguladores) aos palavrões e aos maus tratos ao telefone em geral. Não há como evitá-los, mas algumas ações podem modificar o quadro. Uma muito efetiva é diminuir a demora, tanto para atender os telefonemas como no tempo de chegada da ambulância. Outra é usar mais tempo nas explicações, entender que o demandante está fragilizado, discutir com os profissionais as estratégias de enfrentamento para essas reações. A apresentação do SAMU em outros fóruns como jornal, associação de moradores, escolas, fazendo campanhas de conscientização podem apaziguar os conflitos.

Seguem dois casos em que, na minha opinião, uma postura mais cuidadosa do regulador podia ter evitado um mal estar desnecessário.

Caso 197. Paciente de 56 anos com BK⁴⁶ que tem consulta no posto de saúde. Solicitante quer ser levado pelo SAMU alegando o risco do contágio. Como o regulador negou, foi xingado.

Caso 198. Surto psicótico em paciente de 46 anos, em via pública, agredindo as pessoas. Solicitante diz que a paciente é parente de vereador. O regulador pergunta: “Porque o vereador não foi buscar?” Enviada USB.

Assisti a algumas demandas enganosas, que compõem os casos que os reguladores usam como justificativa para não “acreditar” nos solicitantes, atitude que põe em risco o paciente.

Caso 199. Paciente de 47 anos com Ca de pulmão e metástase, com dispnéia. Trata no INCA. Enviada USB. Quando a ambulância chega o familiar confessa que mentiu na solicitação porque queria ser levado até o hospital para pegar medicamento. Técnico faz contato com o regulador que chama o solicitante e diz: “você está mudando tudo o que disse antes? sabia que a ligação está sendo gravada?” Houve mudança do relato após esse comentário.

Caso 200. TIH de paciente de 60 anos com Ca de pulmão para quimioterapia. Ao ligar para o hospital constatou-se que estava marcada consulta e não quimioterapia e foi negado atendimento.

Caso 201. Técnico da USB liga para encerrar um caso, dizendo que hidratou o paciente e orientou acompanhamento na atenção básica. Comenta: “ Ligaram dizendo que o paciente está moribundo. Chego aqui ele está deambulando, falando, fiz o soro para justificar”.

Caso 202. Técnico da USB liga alegando que paciente de 59 anos não está agressivo, mas mesmo assim a família quer internar. Precisa que o regulador autorize sua saída do local porque o quadro não era o descrito ao telefone.

⁴⁶ Bacilo de Kock, responsável pela tuberculose

Caso 203. Paciente de 65 anos com Alzheimer, com dor no corpo, sem comer, com dificuldade de respirar e “instável”. Solicitante diz: “não é brincadeira, minha mãe está mal”. Solicitada USB, mas como havia USA próxima e liberada, enviada USA. Ao chegar paciente estava bem clinicamente e sem queixas. Feita orientação pelo médico emergencista.

Resta questionar se os exageros, as mentiras e os trotes não forma previstos para gerar tanto mal estar e antagonismos. Cabe aos gestores e profissionais do SAMU refletir sobre sua frequência e encontrar formas para transformar essa realidade, acolhendo o ponto de vista do outro e não produzindo atitudes generalizadas que põem em risco os pacientes e o próprio SAMU. Houve referência por um dos entrevistados, da melhora no número de trotes com a ajuda da imprensa.

Ocorreram também casos em que os profissionais não foram “enganados”, mas as ambulâncias não encontraram os demandantes, gerando também para a equipe a sensação de recurso e tempo desperdiçados.

Caso 204. Ambulância liga porque não acha a paciente, gestante de 9 meses com contração. RO liga para o telefone do solicitante e ninguém atende. Os vizinhos não conhecem. Ambulância volta sem saber se a gestante foi por conta própria.

Caso 205. Paciente de 57 anos com edema no couro cabeludo, febre e vômitos há 3 dias. Operou no Miguel Couto para retirada de líquido no cérebro. Ligou pro cirurgião que disse que atende no Miguel Couto se o paciente, que está acamado, conseguir ambulância para levá-lo. Enviada USB. Ambulância voltou porque não encontrou endereço.

Por fim descrevo o caso que mais mal estar me causou, assim como à equipe.

Caso206. Pai solicita atendimento para seu filho de 5 anos que queimou o pé em uma fogueira em casa. Regulador diz que vai enviar USB, mas pergunta ao solicitante se a criança está com muita dor e se há possibilidade de ser encaminhada ao hospital pela família porque o atendimento vai demorar e não quer que a criança sinta dor por muito tempo. Pai

responde que não quer levar a criança porque está tomando uma “cervejinha” e prefere esperar a ambulância. Regulador acata, desliga e suspende a USB. Houve uma grande indignação com a atitude do pai, o que não justifica a falta de responsabilização com a criança, até porque esse tipo de negligência paterna exige investigação e intervenção. Após um período de mal estar o caso entrou na fila de atendimentos da USB.

Esses casos reforçam que os gestores e profissionais precisam discutir seu SAMU, ouvir os outros serviços e ampliar a reflexão sobre outros problemas aqui indicados e aqueles que só eles, que estão no serviço, conhecem.

A indicação feita nas entrevistas de que existem queixas formais contra profissionais (sobre o envio de USB em vez de USA e sobre o mau atendimento de médicos) pode ser o ponto de partida para uma discussão ampliada de como conduzir o atendimento no nível pré-hospitalar, principalmente no SAMU que opera com a telemedicina, uma prática recente e que implica em outros conhecimentos e atitudes.

6.3.5. Concluindo esta etapa do trabalho

As experiências relatadas através dos casos tiveram alguma sintonia com as falas dos entrevistados. Porém a distância entre as condições de trabalho no campo e o instituído nas Portarias é muito grande. Os casos apresentados confirmam a peregrinação dos pacientes que usam o SAMU como porta de entrada. Há um evidente privilégio do trauma em detrimento do atendimento clínico. A mobilização é devida para casos como o do acidente do jovem trabalhador (caso nº 49, pág. 230). Entretanto, casos que não conseguem acompanhamento (como o paciente diabético do caso nº 78, pág. 237) podem resultar em sérias conseqüências (como a necrose avançada no pé de um paciente com uma amputação anterior de outra perna, caso nº 80, pág. 238).

Os atendimentos por USB, que foram mal descritos nas Portarias, precisam ser discutidos.

Fenômenos materiais e sociais atuaram como características coercivas nos contextos desses SAMU. Essas condições contribuíram com o padrão de normalidade de exclusão (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

As proposições da política como qualificação dos profissionais, avaliação dos serviços, autoridade sanitária reconhecida, comitês gestores atuantes, vaga zero respeitada, entre outras, estão distantes da realidade desses profissionais, eventualmente vítimas, vilões e heróis.

Como havia indicado na introdução, o SAMU (assim como as emergências hospitalares) atende a diferentes demandas: uma que precisa de USA disponível e que sofre principalmente com a falta de referências hospitalares com recursos adequados para atendê-las; outra que necessita de intervenções clínicas, mas que representa uma demanda não atendida pela atenção básica; e outra diversa dos tradicionais critérios técnicos de legitimação, e que, portanto, não é reconhecida e também tem na atenção básica seu lugar privilegiado de cuidado. Como nos serviços hospitalares de emergência, há uma expectativa de que a população “aprenda” qual a missão do serviço. Como muitos autores mostraram, o problema é complexo e como etapas de enfrentamento, deve-se reverter a precariedade estrutural em todos os níveis e acolher o conhecimento que o usuário tem sobre como utilizar os serviços, para que as alternativas sejam mais produtivas.

É vão conscientizar a população de que não deve procurar os serviços de emergência se o caso não for realmente grave, quando não se oferece alternativa efetiva, em outros níveis, de atenção à saúde. O usuário sabe que ali não é o local certo para tratar seu problema. Esta consciência, com certeza ele tem. Contudo, o que ele não encontra é opção para recorrer ao serviço adequado. Numa zona intermediária, entre a gravidade dos atendimentos de emergência e a morosidade na marcação de consultas na rede ambulatorial, encontra-se um vazio, fazendo com que a população se perca nesta organização. (SKABA, 1997, pág. 120).

Diferente da vivência de superutilização do SAMU experimentada pelos profissionais, o que já sabemos sobre o sistema de saúde é que o SUS é muito menos utilizado por sua população usuária do que o sistema privado (SANTOS *et al*, 2008). Essa informação já é um indício da solidariedade necessária (e também exigida) nos serviços onde o acesso é possível. Não se trata de inferir que o sistema privado tem uma utilização mais adequada de recursos, mas de problematizar o acesso possível no SUS atual. Também é essencial destacar que os médicos controlam o recurso crucial de assistência, ou seja, a definição do acesso ao leito, o que mostra o seu poder estratégico nas organizações de saúde (CECÍLIO e MENDES, 2004). O mesmo poder foi exercido no SAMU em relação ao recurso ambulância, sempre contextualizado com a (in)disponibilidade estrutural.

As situações que se apresentam ao SAMU são tão graves, o trabalho é tão volumoso, que pequenos conflitos deveriam ser evitados. A primeira ação para transformar o cenário é a correção das deficiências estruturais. Entretanto, sem rever as práticas, os recursos materiais pouco mudam, argumento que não pode servir para ignorar as carências materiais. Talvez uma estratégia seja apresentar casos como esses, ou os produzidos em cada serviço, ouvir os diferentes grupos, aumentando a capacidade reflexiva de cada um e coletiva.

Outra estratégia fundamental é analisar a regulação através do trabalho de outras categorias profissionais. A regulação começa quando o telefone toca e a TARM atende. Uma dessas profissionais informou que em um mês de contratação de novos reguladores, 70% das ligações não foram reguladas porque elas não conseguiram acessar os reguladores. Essa informação concedida informalmente, mas que também faz parte do trabalho de campo, reforça a necessidade de novas investigações.

Em um SAMU observei um RO ligando para os demandantes para dizer que as ambulâncias estavam muito ocupadas, na tentativa de fazer com que cancelassem o pedido. É necessário investigar de quem parte essa solicitação. Essa é uma consequência impremeditada da

regulação que precisa ser discutida. Afinal, como disse um dos entrevistados, “São muitos os problemas entre o radio condutor e o motorista”.

Ao contrário dos entrevistados, que demonstraram conhecer a PNAU e fizeram críticas consistentes, os reguladores parecem desconhecer o conteúdo normativo sobre o SAMU. Essa é mais uma evidência da falta de capacitação que concorreu com a diversidade de condutas observadas. A diversidade na forma de se conduzir no trabalho e várias atitudes de descaso também indicam que o “SAMU é um grande bico” como declarou um dos entrevistados.

Nos três SAMU haviam profissionais coordenadores, responsáveis pela regulação e que assumiam o trabalho, vide um deles ter assumido a função de regulador na ausência do profissional. É fundamental valorizar todos os atendimentos feitos com qualidade para que a melhora no padrão de atendimento do serviço não pareça incontestável. Esses bem sucedidos atendimentos aconteceram quando os profissionais incluíram a ética na técnica, como sugerido por SCHREIDER, 2008. Nesse momento a estrutura foi facilitadora (porque as regras qualificaram as práticas e o seu desempenho) e não foi restritiva como pareceu ser o tempo todo.

Os SAMU das grandes metrópoles têm que conversar entre si, assim como os regionalizados. O isolamento, seja em que nível for, precisa ser superado. E o consenso, para ser sustentável, exige negociação permanente.

Uma forma de questionar a prática é enxergar o sofrimento que ela, a prática, produz, como sugerido por Mattos (2008).

Trata-se de, em primeiro lugar, dar especial atenção às manifestações de indignação dos usuários dos serviços de saúde, de pequenos episódios de rebeldia, de questionamentos à ordem instituída nas instituições de saúde (MATTOS, 2008, p. 350).

Assim o SAMU pode evoluir na sua forma de ser observatório do sistema de saúde e das deficiências da rede, sendo também observatório dos maus-tratos produzidos pelos e/ou

contra os usuários. Em vez de usar essa experiência para negar demandas e sentir-se desrespeitado por elas, discuti-las, para produzir um cuidado mais integral. Mattos (2008) também propõe o exame das trajetórias percorridas, assim como dos obstáculos contornados para acessar um serviço. O SAMU, ao examinar esses fluxos, estaria qualificando sua função de observatório de saúde.

As experiências relatadas através dos casos tiveram alguma sintonia com as falas dos entrevistados. Porém a distância entre as condições de trabalho no campo e o instituído nas Portarias é muito grande.

7. Considerações finais

Pretendi, como devido, resgatar nesse último espaço, a contribuição da Teoria da Estruturação de Giddens (1984), assumindo que teoria formula e interpreta os dados. Entretanto, as outras leituras que tive oportunidade de acessar, foram tão importantes, que não me furtei de utilizá-las neste momento, acreditando no efeito cumulativo (como Boaventura de Souza Santos, 2008) que essas reflexões produziram para contribuir com o diálogo entre experiência e teoria.

Retomo uma questão que atravessou esse trabalho, que era o que o agente (e sua intencionalidade e racionalidade) pode produzir em termos de ações em saúde, a partir de uma dada estrutura. Segundo a metodologia proposta por Giddens são três as modalidades da estruturação que servem para esclarecer as principais dimensões da dualidade da estrutura em interação, relacionando as capacidades cognitivas dos agentes e características estruturais: significação, que a partir de um esquema interpretativo é possibilitada pela comunicação; dominação, que depende da mobilização de recursos alocativos e autoritários; e legitimação, exercida a partir da sanção de normas (GIDDENS, 1984).

As dimensões da significação foram acessadas nas entrevistas e no SAMU em ato. A urgência é significada muito em função do conceito biomédico tanto pelos entrevistados como a partir da prática da regulação. Há uma tendência de ampliação desse sentido, identificado nesses dois momentos da pesquisa. O SAMU enquanto ferramenta de qualificação do atendimento pré-hospitalar foi substancialmente reconhecido. A significação da missão de cada serviço em relação a sua atuação na área de urgência precisa ser investida para haver integração da rede.

A mobilização dos recursos alocativos e autoritários mostrou o quanto o subfinanciamento ainda é um grave problema no SUS e, mais especificamente nesta pesquisa, a pouca participação do estado no financiamento do SAMU. Uma fragilidade dos recursos autoritários apontada foi a pouca governabilidade dos comitês gestores com graves reflexos para a

legitimação da ação regulatória vista através da relação dos reguladores com os outros profissionais da rede, assim como para o planejamento do SAMU em todos os seus níveis. Outra grande fragilidade foi a qualificação dos profissionais e sua precária vinculação nos serviços, compatível com o sucateamento da função pública no serviço público. Essas fragilidades são compatíveis com as identificadas por Barnett *et al* (2006) para o atendimento pré-hospitalar que seriam o financiamento, a falta de sistema de informação integrado e a descontinuidade de ensino e pesquisa na área.

A consistência do conteúdo dos documentos das PNAU pode ser considerada a vertente “facilitadora” do recurso estrutural. Pelo analisado nos documentos, as políticas são inovadoras e comprometidas com uma boa assistência, privilégio que não é exclusivo da política de urgência (posso citar pelo menos a de humanização e de educação permanente). Em relação às normas das muitas portarias, sugiro uma postura inspirada em ASENSI (2007), ou seja, praticar a norma a partir de um valor, que possibilite sua reconstrução e até extrapolá-la. Portanto, há legitimidade do Estado ao propor a política, mas não há responsabilização, já que a gestão do trabalho na saúde não foi devidamente enfrentada.

Apesar do SAMU ser reconhecido nesses documentos como porta de entrada e como ordenador dos fluxos assistenciais possibilitando a integração do sistema, a prática nos SAMU do estado do Rio de Janeiro ainda estão muito próximas das criticadas ações paliativas e sintomáticas. Uma condicionante estrutural dessas práticas foi a insuficiência de recursos técnicos e humanos.

A legitimação esteve presente nas falas dos entrevistados (e possivelmente no seu trabalho) e no trabalho dos profissionais responsáveis pelos casos que compuseram o SAMU bem sucedido. A responsabilidade pública e a responsabilidade com o direito à saúde são fundamentais para a legitimação do SAMU, assim como do SUS.

A responsabilidade da sociedade em relação à assistência no SUS tem que ser cobrada, sob múltiplas óticas. Uma delas seria o financiamento, que depende de interesses ideológicos e de quem é o beneficiário. Mesmo identificando o SAMU como prioridade para o SUS, muito mais importante é problematizar o quanto o SUS é prioritário para a sociedade e para a área da saúde.

Tem que ser questionada a responsabilidade do governo com o profissional e seus vínculos, salários e dificuldades nos processos de trabalho.

A responsabilidade do profissional apareceu neste trabalho em graus muito diferenciados. A responsabilização do médico na tomada de decisões opera concomitantemente a partir da independência técnica e da auto-regulação. A negociação de interesses divergentes articula prática técnica, ação política e ação moral. Logo, responsabilidade individual é uma questão conexa ao controle social da prática médica, fazendo parte da agenda democrática (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994). Ou seja, há fragilidade na regulação.

É fato que o SUS é uma política social inovadora pelos seus princípios e diretrizes e ainda muito recente. Apesar disso, práticas perversas vêm se instituindo na saúde ao longo do tempo. Respondendo se o SAMU poderá instituir uma nova prática, não tão excludente como tem ocorrido no SUS, o SAMU é mais recente ainda e como o SUS, aposta na construção coletiva, na utilização dos serviços em rede e tem produzido experiências muito boas. Portanto ele ainda está construindo sua “consciência prática” e será mais sensível às experiências positivas. Ao mesmo tempo ele faz parte de um sistema que já “aprendeu” que as condições de trabalho são precárias, que os profissionais não se comprometem com o trabalho, que a população não conhece as portas de entrada e que a impunidade impera.

De modo geral (embora, por certo, não universalmente), é verdade que quanto maior o distanciamento tempo-espaco de sistemas sociais – quanto mais suas instituições se fixam com firmeza no tempo e no

espaço – tanto mais elas resistem à manipulação ou mudança por qualquer agente individual. (Giddens, 1984, p. 201).

Essa referência ao tempo de instituição do SAMU pretende valorizar o empenho dos profissionais ou gestores em contribuir para uma prática legítima nos serviços. Lembro-me de um entrevistado perguntando: “Qual o principal problema? Estrutural? Falta de legitimidade do regulador?” Não importa tanto dimensionar o maior ou principal problema. O importante é a discussão das práticas em cada SAMU, em cada comitê gestor, e em muitos outros fóruns, com construções coletivas de instrumentos de mudança, além da cobrança de soluções de quem tem governabilidade para tal. Talvez um representante da RBCE ou da ABRASCO fosse mais útil nos comitês estaduais para qualificá-lo, por exemplo. A atual inexistência dos comitês e NEU e a precariedade dos vínculos profissionais fragilizam a dimensão da estrutura que mais poderia contribuir com a legitimidade da assistência a partir da qualificação profissional, avaliação dos serviços e reflexão sobre as práticas.

A atuação do SAMU neste trabalho possibilitou observar deficiências da rede, mas o SAMU não cumpria sua função de observatório do sistema de saúde já que não produz informação e a utiliza para o planejamento. A integralidade no seu componente organizacional ainda é frágil como observado no trabalho em ato e sugerido pelos entrevistados.

A integralidade é um princípio que acontece no dia a dia do SUS, mesmo em lugares improváveis como o SAMU, como ilustraram alguns dos casos apresentados. O seu sentido mais interpessoal tem na atenção básica o local privilegiado de ser praticado. O seu sentido de cuidado integral depende da contextualização das ações de saúde propostas sobre a vida do outro a partir do conhecimento da doença. (MATTOS, 2008). A PNAU promove a integralidade ao favorecer a regionalização e a regulação dos recursos. A integração da Política de Humanização na Regulação Médica de Urgência contribui com a integralidade. Sobre financiamento, se não houver investimento estrutural no SUS, a integralidade estará sempre comprometida. Os critérios numéricos de alocação das ambulâncias e profissionais

devem ser revistos. Para o estado do Rio de Janeiro é imprescindível manter diálogo com a atenção básica e com os hospitais para integrar a luta por recursos e para utilizar de forma mais solidária os recursos existentes.

Ao estudar a política de urgência no estado do Rio de Janeiro, constatei no SAMU em ato, práticas desviantes, ocultação das contra normas, normas paralelas, processos de sabotagem à normalização institucional, enfim, atitudes de oposições, como havia referido LUZ (2007). A precariedade funcional contribui com esse cenário e em função dessa prática esse problema foi tão destacado nas entrevistas.

Outras fragilidades importantes destacadas pelos entrevistados que foram, a precariedade dos mecanismos instituídos de gestão e da educação permanente, contribuíram com as práticas menos responsáveis vistas no trabalho de campo. Claro que não é suficiente instituir novas formas de vínculo do profissional, é preciso qualificá-los e responsabilizá-los.

Apesar de não estar implantado um Núcleo de Educação em Urgências, para os bombeiros, a capacitação é contínua, facilitada pela existência do centro de aperfeiçoamento (ASSIS *et al*, 2007). Portanto, para o Rio de Janeiro talvez seja mais efetivo aproveitar a experiência dos bombeiros em capacitação para emergências e não cometer o mesmo erro que foi ignorar sua vivência no atendimento pré-hospitalar, como aconteceu na implantação do SAMU, até porque é inegável sua positiva atuação no SAMU Rio. Utilizar essa experiência em capacitação, sem abrir mão do princípio ético-político desejado.

O papel da educação pode se constituir em potente transmissor de normas e regras estabelecidas, contribuindo para a manutenção do pensamento hegemônico e das mesmas práticas. Assim, há que se cuidar para que estratégias que apontam prioritariamente para as capacitações e a educação permanente como operadores desse fortalecimento não caiam na falácia estrutural funcionalista, reificadora das práticas e concepções dominantes (LINS e CECÍLIO, 2008, p. 490).

É preciso avaliar as práticas nos serviços, haja visto que nem as informações do sistema de informática do SAMU estão sendo utilizadas para tal.

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação das práticas (SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 87).

As pesquisas em saúde devem ser utilizadas para aprimorar e fortalecer o SUS e contribuir politicamente com o papel que a ciência e a tecnologia podem e devem ter nas sociedades contemporâneas.

Avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência (DESLANDES, 1997, p. 105).

Entretanto, ainda há carência de avaliações das centrais de regulação do SAMU e da regulação em geral. A regulação na saúde vem se dando segundo a lógica do setor privado da saúde e não pela lógica dos preceitos do SUS (COHN, 2009). A mesma autora sugere o privilégio da dimensão da eficácia social em detrimento da dimensão custo/efetividade (COHN, 2009). Segunda Menicucci (2009) o SAMU tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as seqüelas decorrentes da falta de atendimento oportuno, critérios técnicos mais do que legítimos. Apesar desses resultados positivos o atendimento às urgências (no SAMU e em outros espaços de atenção) necessita ser analisado na dimensão da eficácia social. Menicucci (2009) sugere uma transição da regulação atual, fortemente restringida pelo setor privado e sua tradição de auto-regulação, para uma regulamentação sob a lógica do interesse público. Por isso, uma avaliação necessária ao SAMU é sobre a adequação à natureza pública e solidária do SUS.

Esta pesquisa evidenciou que não há produção de informação para os níveis estadual e central ou para estratégias locais de avaliação, assim com há pouca produção acadêmica.

Não estão disponíveis na literatura avaliações do desempenho das centrais de regulação de internações, sobretudo no que se relaciona à sua capacidade de agilizar o acesso aos serviços hospitalares, o que poderia fornecer subsídios para correções de desigualdades no uso dos serviços, de forma a se obter um sistema mais equânime. (EVANGELISTA, *et al*, 2008 p. 768).

A reduzida produção de pesquisas nos SAMU me foi muito útil na discussão do caso do Rio de Janeiro. Novaes (2004) propõe como alternativas para aumentar o impacto das pesquisas em serviços de saúde, a valorização do conhecimento produzido através da articulação entre quem financia, produz e utiliza a pesquisa.

Para definir qual a melhor estratégia de avaliação para os SAMU, os encontros entre coordenadores precisam ser estimulados. Pesquisas em outros estados, com outros objetivos podem produzir conhecimento favorável para uma melhor atuação do SAMU e para a condução da política de urgência.

No atual cenário de descontentamento dos profissionais médicos com suas condições de trabalho no SUS, que já tem impacto na fixação dos mesmos, principalmente nas especialidades, não se sabe qual a consequência das ações desse grupo (que tradicionalmente é muito influente na área) na própria solidez do SUS enquanto estrutura social institucionalizada. Immergut (1996) analisou a influência da classe médica (entre outras) sobre as políticas de saúde em três países europeus. Afirma que independente das instituições, os atores formulam seus objetivos, idéias e desejos. Como os atores aderem melhor às regras que consideram legítimas, atualmente os médicos estão funcionando como grupo de pressão, que é o principal método de exercer influência sobre o processo decisório político (Lindblom, 1981). Esperamos que a tensão atual produza ações construtivas e positivas.

Além das condições de trabalho, influem sobre a atuação dos profissionais médicos, o atual modelo de medicina tecnológica (SCHRAIBER, 2008). Segundo a mesma autora a medicina liberal, paradigma vigente até meados do século passado, produzia mais integralidade porque o médico era mais próximo e mais responsável pelos seus pacientes. Apesar da contracorrente da modernidade e sua sociedade de consumo e exclusão, há espaço para esses profissionais exercerem uma medicina mais digna. Afinal, os médicos estiveram na liderança da reforma sanitária que culminou com a criação do SUS (LOYOLA, 2008).

Esses profissionais precisam ser novamente militantes pela causa da assistência no SUS. Ter nessa transformação um ideal, uma bandeira de luta, como ocorreu na reforma sanitária. Afinal, a construção do projeto de reforma sanitária fundou-se na noção de crise, incluindo a crise da prática médica (FLEURY, 2009). A mesma autora indica que um dos desafios presentes no momento atual da reforma sanitária é a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde (FLEURY, 2009). Cohn (2009) destaca que a Reforma Sanitária foi um projeto emancipatório que surpreendeu a Assembléia Nacional Constituinte por sua capacidade propositiva. A mesma autora propõe como tarefa atual que a comunidade científica retome essa capacidade propositiva (COHN 2009).

Retorno a Giddens (1984) porque esse autor acredita nas transformações das realidades sociais e nas competências dos atores envolvidos. Mesmo que sua intencionalidade não seja suficiente para os resultados esperados, a transformação é possível se aumentar a capacidade reflexiva dos atores, assim como se houver um processo de ampliação da inclusão de novos coletivos (MATOS, 2007b). Skaba (1997) no seu trabalho em uma emergência hospitalar do Rio de Janeiro, já apontava que os profissionais tinham atuações diferenciadas no serviço, apesar das condições de trabalho e da vulnerabilidade dos pacientes. Esta pesquisa também revelou profissionais com atitudes diferenciadas.

No âmbito das relações que se configuram nos serviços de emergência há o conflito interno, entre concepções de exclusão social

e classificação moral da clientela, e de negação desta postura, marcando uma luta política no ambiente de trabalho (SKABA, 1997, pág. 99).

Giddens (1991) também valorizou os encontros pessoais ao referir-se aos pontos de acesso dos sistemas abstratos de confiança. Esses pontos de acesso são os vários encontros entre profissionais e usuários que ocorrem no SUS. São esses pontos de encontro que a mídia utiliza para desacreditar o sistema. Para Santos (2008) há intenção de desvalorização das políticas sociais, inclusive das de saúde.

O fascismo da insegurança como forma de fascismo social⁴⁷ opera pelo acionamento duplo de ilusões retrospectivas e de ilusões prospectivas e é hoje particularmente saliente no domínio da privatização das políticas sociais de saúde, segurança social, da educação e habitação. As ilusões retrospectivas consistem em acentuar a memória da insegurança e ineficácia dos serviços públicos encarregados de executar essas políticas. Por sua vez, as ilusões prospectivas visam criar horizontes de segurança produzidos no setor privado (SANTOS, 2008, p. 305-306).

Se olharmos o mundo ocidental moderno e a forma de capitalismo vigente, e se olharmos o complexo industrial da saúde no Brasil enquanto um “globalismo localizado⁴⁸”, o SUS é contra-hegemônico, e, portanto, sua defesa tem que ser feita em todos os lugares possíveis e a todo o tempo. Os avanços efetivos em relação ao acesso e à integralidade devem ser comemorados (MENICUCCI, 2009).

Se os legados da trajetória da política de saúde limitam a universalização da assistência pública, não são suficientes para impedir que o sistema público venha se institucionalizando. A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial (MENICUCCI, 2009, p. 1622).

⁴⁷ A discussão sobre o fascismo social encontra-se na página 333 do livro *A Gramática do Tempo* de Boaventura de Souza Santos, 2008. Para o autor não se trata de um regime político, mas antes de um regime social e civilizatório.

⁴⁸ Os conceitos de localismo globalizado e globalismo localizado encontram-se na página 438 do livro *A Gramática do Tempo* de Boaventura de Souza Santos, 2008. O localismo globalizado é um processo onde um fenômeno local é globalizado com sucesso. O globalismo localizado traduz o impacto local de imperativos transnacionais.

Para transformar cenários Santos (2007) propõe a ação rebelde em vez da ação conformista e compensar a dualidade determinação/contingência ou estruturação/ação pelo compromisso ético. Recuperar a esperança significando tornar a espera mais ativa, construindo uma vida mais decente agora (SANTOS, 2007).

Central ao conhecimento das ciências sociais empenhadas nesse tipo de projeto não é a distinção entre estrutura e agência, mas antes a distinção entre ação conformista e ação rebelde. Ação conformista é a prática rotinizada, reprodutiva e repetitiva que reduz a realidade àquilo que existe e apenas porque existe. ...a criatividade da ação rebelde não assenta numa ruptura dramática, antes num ligeiro desvio, cujos efeitos cumulativos tornam possíveis as combinações complexas e criativas entre seres vivos e grupos sociais (SANTOS, 2008, p. 90)

Esses “ligeiros desvios” estiveram presentes nesta pesquisa e esperamos seus efeitos cumulativos. Boaventura de Souza Santos nos propõe a esperança e espera do agente responsabilidade com suas ações.

A prática não é apenas o que se faz, mas a conta pública do que se faz (SANTOS, 2003, p. 107).

Hanna Arendt (2004) também tratou da responsabilidade do agente com suas ações,⁴⁹ com o espaço público e da capacidade do ser humano de renovar (que podemos entender como transformar). Para a autora, o sentido da política é a liberdade. Livre agir é agir em público.

...sendo liberdade entendida negativamente como o não-ser-dominado e não dominar, e positivamente como um espaço que só pode ser produzido por muitos, onde cada qual se move entre iguais (ARENDR, 2004, p. 48)

Em uma ação política, a preocupação não é com o eu, mas com o mundo. A política surge não *no* homem, mas *entre* os homens (ARENDR, 2007).

⁴⁹ Sobre a responsabilidade com o cuidado da saúde, para a autora, cuidar da vida é uma categoria natural e como tal, as necessidades não deveriam ser discutidas nos espaços públicos, como uma ação política. No entanto, não há contradição com o imperativo ético de trabalhar as necessidades e o cuidado da vida de forma política. Para Hanna Arendt, na política, o “não fazer” é uma ação. Portanto, a omissão na saúde também é uma ação sobre a qual temos responsabilidade.

Sua visão de comprometimento ou responsabilidade com o que é público privilegia a ação individual a partir da responsabilização. Para a autora, em um contexto histórico, a responsabilidade não pode ser atribuída ao sistema. Mesmo que não haja culpa privada, há responsabilidade pessoal. Portanto, o comprometimento pessoal fortalece as instituições. Apesar da superficialidade com que trouxe esses autores, essas são contribuições para pensar em uma prática melhor. Essa prática, que é baseada em conhecimento científico, deve primar pela responsabilidade.

Boaventura propõe como modelo dominante da aplicação do conhecimento científico pós-moderno, a *aplicação edificante*: quem aplica o conhecimento está existencial, ética e socialmente comprometido com o impacto da aplicação. O *know-how técnico* é imprescindível, mas o sentido do seu uso lhe é conferido pelo *know-how ético* que, como tal, tem prioridade na argumentação. A aplicação edificante não prescinde de aplicações técnicas, mas submete-as às exigências do *know-how ético* (SANTOS, 2003).

É preciso fazer uma reavaliação das relações concretas na sociedade que os diferentes conhecimentos proporcionam. Na ciência moderna o conhecimento não científico é incompetente (como o entendimento da população do que é urgência). A convergência de conhecimentos tem que ser pela defesa da vida (SANTOS, 2008). No saber enquanto solidariedade há reciprocidade entre sujeitos. O conhecimento emancipação pressupõe uma nova ética que tenha como princípio a responsabilidade (SANTOS, 2007).

Outro anseio que depende de um conhecimento emancipado pela ética e responsabilidade é o enfrentamento político das demandas, com toda sua complexidade, e nossa responsabilidade de acolhê-las.

Então, apoiada em Santos e Arendt (e em muitos dos autores citados), sugiro que usemos o argumento prioritário da ética (sem abandonar a boa técnica) para fazer a regulação, para decidir sobre ambulâncias, para negociar vagas, para atender demandas dos outros

profissionais, em resumo, para nossas práticas no SUS em todos os seus níveis, com toda a sua complexidade. Sugiro uma prática que adéqüe a dimensão técnica às dimensões sociais, éticas e políticas.

Dando continuidade à implementação da política de urgências e respondendo a esse cenário, a CGUE lança a Campanha Nacional pelos Direitos Humanos na Atenção às Urgências (2008-2010) num esforço de profissionalização da atenção às urgências e regulação do acesso, não só aos leitos, mas a todo o sistema de saúde. Tem como metas, entre outras: pela desbanalização do sofrimento da população nos serviços de saúde, especialmente nas urgências médicas; pela profissionalização da gestão e da atenção às urgências; pela responsabilização dos gestores nas três esferas de governo e nos próprios serviços de urgências; e pela atuação de Comitês Gestores participativos. O nível central ter como bandeira de luta os direitos à saúde é muito promissor. Também destaca a gestão, inclusive estadual. Quanto à profissionalização da atenção às urgências, espero que ações em prol da remuneração e fixação de profissionais sejam encaminhadas.

Apesar do aporte financeiro investido para a implantação do SAMU, tido pelo Ministério da Saúde como prioridade, o financiamento do SUS ainda é objeto de disputa e ainda produz constrangimentos para a sua efetivação (MENICUCCI, 2009). Para a autora o financiamento indireto da assistência supletiva por meio de incentivos fiscais, tanto para pessoas jurídicas quanto físicas não tem sido questionado na agenda pública. A permanência desses subsídios para o setor privado, em um quadro de insuficiência de financiamento para o sistema público, reafirma a disputa do financiamento da saúde (MENICUCCI, 2009).

Fecho esse trabalho com conclusões que identifiquei como afetivas. A realização desta pesquisa aumentou minha capacidade reflexiva sobre o SUS e sobre a assistência médica. Por tudo que estudei e por tudo que o campo me mostrou. O tema sempre foi relevante para mim, então posso dizer que pretendia e esperava esse resultado, que alcancei.

Ouso pensar que, para um dos entrevistados, a realização desta pesquisa contribuiu com sua reflexão sobre o trabalho em urgências. Espero que os outros entrevistados e profissionais do SAMU tenham oportunidade de ler a pesquisa e que eles, assim como futuros leitores, reflitam mais sobre o tema ou outros da saúde que os mobilizem.

Ainda não sofria de nenhum declarado enjeito quando me dirigi ao hospital e me apresentei ao doutor Amílcar Mascarenha. Não tendo padecimento, mas ansiando ser curado. Que queixa tinha? Não sabia.

...

Não servia como queixa? Então eu disse: espere, doutor, não me mande embora que eu preciso de escutar sua palavra. Só escutar certeza igual à sua, já é praia em pé de naufrago. E que doença ele me aconselhava, na falta de me ocorrer uma apropriada? Mascarenha tinha medo de me receitar enfermidade. E lhe dei coragem: doutor, fale sem medo. Me destine uma doença qualquer.

O médico, na altura, não queria o gasto de conversa. O tempo dele contava e valia.

...

O médico escutou tudo isto, sem me interromper. E a mim, essa escuta que ele me ofereceu quase me curou. Então eu disse: já estou tratado, só com o tempo que me cedeu, doutor.

Do romance “Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra”.

Do autor moçambicano Mia Couto.

8. Referências Bibliográficas.

ABDALLAT, A. M.; AL-SMADI I.; ABBADI, M. D. Who uses the emergency room services? **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 6 n. 5, p.1126-1129, Sept./Nov. 2000.

ALMEIDA, Adriana Conrado. **A avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife.** 2007. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

ALMEIDA, C., TRAVASSOS, C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **Int J Health Serv.**, Baltimore, v. 30 n.1, p.129-162, 2000.

ALMEIDA, Eliane Carnot. **Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher.** 2005. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ARENDT, H. As esferas pública e privada. In: ARENDT H. **A condição humana.** 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 31-88.

ARENDT, Hanna. **O que é política?** 5ªed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 240 p.

ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 79-97.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Quando direito e economia se encontram: governamentalidade e efetivação do direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 79-96.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 193-218.

AYRES, J. R.C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 127-144.

AYERS, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2410-2420, out. 2007.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753- 762, 2009.

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debates e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 supl. p. 1791-1818, 2007.

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

BAREMBLITT, Gregório. **Conflitos e malestares na prática hospitalar**. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=36>>. Acesso em: 8 nov. 2006.

BARNETT, A. T.; SEGREE, W.; MATTHEWS, A. The roles and responsibilities of physicians in pre-hospital emergency medical services. A caribbean perspective. **West Indian Med J**, Jamaica, v. 55, n. 1, p. 52-55, 2006.

BETTS, Jaime. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar**. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 8 nov. 2006.

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

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 929-934, 2007.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2971, de 8 de dezembro de 2008. Institui o **Veículo motocicleta – motolância**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 09 de dezembro de 2008, seção 1, p. 69, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2922, de 2 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de **Unidades de Pronto Atendimento – UPA**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 03 de dezembro de 2008, seção 1, p. 66, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília, 2008. 100p. (Série C, Projetos e Programas).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o **QualiSUS –Urgência**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 08 de dezembro de 2006, seção 1, p. 113, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes do **Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 23 de fevereiro de 2006, seção 1, p. 43, coluna 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências: normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2006. 126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das **Centrais de Regulação Médica de Urgências**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 17 de dezembro de 2004, seção 1, p. 43, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Investimento na Qualificação do SUS – QualiSUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o **Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 31 de outubro de 2003, seção 1, p. 44, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o **Componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 06 de outubro de 2003, seção 1, p. 57, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 06 de outubro de 2003, seção 1, p. 58, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 12 de novembro de 2002, seção 1, p. 52, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/02**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 28 de fevereiro de 2002, seção 1, p. 52, coluna 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica, NOB/SUS 01-96**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 06 de novembro de 1996, seção 1, p. 22932, coluna 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica, NOB/SUS 01-93**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 24 de maio de 1993, seção 1, p. 6961, coluna 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 267, de 11 de abril de 1991. **Norma Operacional Básica, NOB SUS 02-91**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 12 de abril de 1991, seção 1, p. 6815, coluna 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. **Norma Operacional Básica, NOB SUS 01-91**. Publicada no Diário Oficial da Nação no dia 10 de janeiro de 1991, seção 1, p. 641, coluna 2.

BRASILEIRO, A. L. S. SAMU/192 e a abordagem pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio no Brasil: esperança para o paciente ou mais uma oportunidade perdida? Ponto de Vista. **Arq. Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 2, p. 44-46, 2007.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, jan./abr. p. 63-76, 2007.

CAMARGO JR., Kenneth, Rocha. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 195 p.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Paulo César Cerdeira. **“Peregrinação” no Sistema Único de Saúde**”: experiência da sala de acolhimento na porta de entrada hospitalar. 2006. 232f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006 b.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: possibilidades, falácias In: DESLANDE, S.F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 85-108.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p.07-28, jan. 2009.

CASTRO, M. H. G. Interesse, organizações e políticas sociais. **BIB**, Rio de Janeiro, n. 31, 1º semestre, 1991, p. 17-48.

CASTRO, M.S.M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 987- 998, out./dez. 2006.

CECÍLIO L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 293 – 319.

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

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, maio/ago. 2004.

CHOMATAS, M. Integração de saberes e práticas na organização do SAMU de Curitiba – PR. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 90-95, maio 2005.

CIAS, J. F.; CIAIS, C.; PRADIER, C. et al. Emergencies in patients undergoing palliative care at home. A qualitative study of telephone calls to Center 15. **Press Med**, Paris, v. 31, n. 21, supl. p. 970-972, June 2002.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre – RS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 12, n. 26, p. 659-666, jul./set. 2008.

COHEN I. J. Teoria da estruturação e práxis social. In: GIDDENS, A.; TURNE, J. (Org.). **Teoria social hoje**. São Paulo: UNESP, 1996, p. 393- 446.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1614-1619, jul. 2009.

COLEMAN, P.; IRONS, R.; NICHOLL J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emerg. Med J**, Londres, v. 18, p. 482-487, 2001.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1417-1423, set./out. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

CÔRTEZ, S. V. Sistema único de saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1626-1633, jul. 2009.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. **Análise da implantação do Programa Farmácia**

Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000, 358 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1405-1414, jun. 2007.

CURIONI C., CUNHA, C. B., VERAS, R. P., ANDRE, C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**,

Washington, v. 25, n. 1, p. 9-15, 2009.

DALE, J., GREEN, J. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. **BMJ**, Londres, v.12, n.311, p. 423-426, Aug. 1995.

DERLET, R. W., NISHIO, D. A. Refusing care to patients Who present to an emergency department. **Ann Emerg Med**, Dallas, v. 19, n. 3, supl., p. 262-267, Mar.1990.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p.385-395.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. p. 103-107, jan./mar. 1997.

DESLANDES, S. F. et al. Escolhas, Alianças e Vivências na Dinâmica da Pesquisa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 31-46.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n.12, p. 1743-1748, 1988.

DONG, S. L.; BULLARD, M. J., MEURE, D. P. et al. Predictive validity of a computerized emergency triage tool. **Acad. Emerg. Med**, Washington, v. 14, n. 1, p. 16-21, Jan. 2007.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerias, Brasil: avaliação do seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767-776, abr. 2008

FAJARDO-ORTIZ, G.; RAMIREZ-FERNÁNDEZ, F. A. Utilización del servicio de urgências em um hospital de especialidades. **Cirurgía y Cirujanos**, México, v. 68, p. 164-168, 2000.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. **A narrativa na e sobre a clínica na atenção p**

Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. 2007. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FAVORETO, C. A. O. A construção e a avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p. 185- 204.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743- 752, 2009.

GEORGE, S.; READ, S.; WESTLAKE, L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments.

J Epidemiol Community Health, Londres, v. 47, n.4, p. 312-315, Aug. 1993.

GIDDENS, A. Confiança e Modernidade. In: GIDDENS, A. **As conseqüências da Modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991. p. 83-114.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 458p.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 146 p.

GILL, J. M.; REESE, C. L. Disagreement among health care professionals about urgent care needs of emergency. **Ann Emerg Med**, Dallas, v. 28, n.5, p. 474-479, Nov. 1996.

GILL, J.M.; RILLEY, A. W. Nonurgent use of hospital emergency departments; urgency from patient's perspective. **J Fam Pract**, Cambridge, v. 42, n.5, p. 491-496, May 1996.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GREEN, J., DALE, J. Primary care in accident and emergency and general practice; a comparison. **Soc Sci Med**, Leicester, v. 35, n.8, p. 987-995, Oct. 1992.

GUEDES, Carla Ribeiro. **A subjetividade como anomalia**: estratégias médicas para lidar com os sintomas vagos e difusos em biomedicina. 2007. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 733-738, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; Intitutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. 5331-5336, 2004.

HARTZ, Zulmira. M. A.; SILVA, Ligia. Maria. V. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

HOLLANDER, J. E.; PINES, J. M. The emergency department crowding paradox: the longer you stay, the less care you get. **Ann Emerg. Med**, Dallas, v. 50, n. 5, p. 497-499, Nov. 2007.

HOTVEDT, R. et al. How urgent are emergency admissions? An evaluation of emergency admission to general hospitals in a Norwegian county. **International Journal of Technology Assesment in Health Care**, Cambridge, v. 15, n. 4, p. 699-708, 1999.

HULKA, B.; WHEAT, J. Patterns of utilization: a patient perspective. **Medical Care**, Philadelphia, v. 2395, p. 438-460, 1985.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **RBCS**, São Paulo, n. 30, p.139-165, 1996.

JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.51, n 6, p. 348-353, 2005.

KALEMOGLU, M. et al. Non-urgent patients in an emergency medical service. **Rev Med Chile**, Santiago, v. 132, p. 1085-1087, 2004.

KRAKAU, I., HASSLER, E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. **American journal of emergency medicine**, Maryland, v. 17, n.1, p.18-20, jan. 1999.

LAPOSTOLLE, F. et al. Determination of early markers of a sanitary event. The example of the heat wave of august 2003 at SAMU 93 center 15 in France. **Press Med**, Paris, v. 34, n. 3, supl. p. 199-202, Feb. 2005.

LEE, A.; LAU, F. L.; HAZLETT, C. B. Factors associated with non-urgent utilization of accident and emergency services: a case-control study in Hong Kong. **Soc Sci Med**, Leicester, v. 51, n.7, p. 1075-1085, Oct. 2000.

LEE, A. et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. **HKMJ**, Hong Kong, v. 7, n.2, p.131-138, June. 2001.

LIMA Juliano de Carvalho. **Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde**: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do

estado do Rio de Janeiro. 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Tradução Sergio Bath. Brasília: UNB, 1981. 124p. (Coleção Pensamento Político).

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 483-499, 2008.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 37-52

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 28, n.2, p. 160-171, abr./jun. 2004.

LOYOLA, M. A. R. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para reflexão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 251-275, 2008.

LUZ, Madel Tadeu. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO. 2007. 225p.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p. 27-31.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 42-62.

MACHADO, F. R. S.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B., CARVALHO, M. C. A. Elementos para a discussão da avaliação do trabalho educativo em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2008. p. 273-293.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o exercício da Cidadania e o Papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2005. p. 47-64.

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

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007 a. p. 369-383.

MATTOS, R. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007 b. p. 129-141.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/, ABRASCO. 2003. p. 45-60.

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

MATTOS, R. A. Em busca de novos projetos coletivos (Debate sobre o artigo de SHRAIBER, L. B.). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 250-252, 1999.

McGUGAN, E. A.; MORRISON, W. Primary care or A & E? A study of patients redirect from accident & emergency departments. **Scott Med J**, Glasgow, v. 45, n.5, p.144-147, Oct. 2000.

MEIRA, Maíra Melissa. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia, saúde e sociedade) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 189 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71 – 112.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Debate: Interface, Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOURA, Irani Ribeiro. **Avaliação da Organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia, adotando como referência a Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: DESLANDE, S.F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 141-161.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 147-157, 2004.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

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

O'DWYER, Gisele. **Avaliação da qualidade da assistência prestada a mulheres submetidas a histerectomia por leiomioma**. 1998. 169 f. Dissertação (Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, Lucio Henrique. **Cidadãos Peregrinos**: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Uma análise a partir de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora. 2004. 219p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do SUS: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 supl. p. 1819-1829, 2007.

PINET, L. M. Atención prehospitalaria de urgências em El Distrito Federal: las oportunidades Del sistema de salud. **Salud pública de México**, México, v. 47, n. 1, p. 64-71, enero/feb. 2005.

PINHEIRO R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A.,

(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p. 11-26.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, A. D. A utilização de serviços de saúde por sistemas de financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 895-910, out./dez. 2006.

PUCCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n.12 p. 2755-2766, dez. 2008.

PUCCINI, P.T, CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 5 p.1342-1353, set./out. 2004.

PUCCINI, P.T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, set. 2008.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **Universalidade e singularidades no campo da saúde.**

Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=50>>. Acesso em: 8 nov. 2006.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 1011-1022, out./dez. 2006.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.10, v. 2. p. 190-199, abr./jun.1994.

RUGER, J. P.; RICHTER, C. J.; LEWIS, L. M. Clinical and economic factors associated with ambulance use to the emergency department. **Acad. Emerg. Med.**, Washington, v.13, n.8, p. 879-885, Aug. 2006.

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

SANTOS, Boaventura de Souza. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política.** 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2008. 511 p.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência.** Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2007. 415p. v.1.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A introdução a uma ciência pós-moderna.** 4ª ed. São Paulo: Graal, 2003. 176 p.

SANTOS, J. S. Da fundação do hospital das clínicas à criação da unidade de emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 35, p. 403- 418, jul./set. 2002.

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

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SAYD, J. D. Ser médico: uma perspectiva histórica. **Série estudos em saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 220, p. 5-20, ago. 2006. Disponível em: <www.ims.uerj.br/sesc>. Acesso em: 09 de outubro de 2007

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, jul./set. 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: HUCITEC, São Paulo, 2008. 254p.

SHAH, N. M.; SHAH, M. A. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. **Soc Sci Med**, Leicester, v. 42, n.9, p. 1313-1323, May. 1996.

SILVA, Claudia Menezes. **Da condição de patinho feio ao sonho da transformação em cisne**: um estudo sobre a recepção aos pacientes ambulatoriais numa unidade de saúde do Rio de Janeiro. 2002. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002

SILVA, L. M. V. The field of evaluation and the “sur mesure” strategy. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

SILVA L. M. V.; FORMIGLI V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SKABA, Marcia Marília Vargas Froes. **O vício da adrenalina**: etnografia da violência num hospital de emergência. 1997.135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1997.

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1565-1572, jul. 2007.

SPINK, M. J.; MENEGAN, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 63-92.

TANNEBAUM, R. D.; ARNAOLD, J. L. Emergency Medicine in Southern Brazil. **Ann. Emerg. Med.**, Dallas, v. 37, n. 2, supl., p. 223-228, Feb. 2001.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 133-149, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Única de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1597-1609, ago. 2006.

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p. 135- 150

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WALT, Gill. **Health Policy. An Introduction to Process and Power**. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1994. 226 p.

9. Anexos

9.1. Anexo 1.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, R.G....., convidado pela Prof^ª. Gisele O'Dwyer para participar da pesquisa "O SAMU enquanto prática de integralidade" e, informado quanto à importância e quanto aos objetivos da pesquisa, aceitei participar livre, gratuita e espontaneamente concedendo-lhe uma entrevista. Estou ciente que a entrevista constará de perguntas sobre minha experiência profissional, e que será gravada.

Todas as informações obtidas não poderão ser usadas para nenhum outro fim além dos objetivos da pesquisa. Da mesma forma, estou ciente que os resultados dessa pesquisa poderão ser divulgados através de diversos meios de divulgação científica, bem como, que poderão ser utilizados para fins de gestão, planejamento ou elaboração de políticas de saúde e que minha privacidade será garantida, nesses processos de divulgação, através da preservação de minha identidade.

Foi-me dada liberdade de recusar a participar ou retirar o meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo para mim.

Fui também esclarecido de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar o pesquisador responsável ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP/IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), Cep 20559-900, tel, (x21) 25877300 ramal 248 ou 232 e fax (x21) 22641142. Este projeto foi aprovado pelo CEP/IMS em 16/06/2008, sob o nº CAAE 0006.0.259.000-08.

Eu assino esse Termo em duas vias e declaro estar recebendo a primeira via, com indicação de local e telefone onde eu posso encontrar o responsável pela pesquisa.

Local: _____, Data: _____

Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador

Gisele O'Dwyer Email: odwyer@ensp.fiocruz.br

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz.

Tels: (21) 25982607 e (21) 96165411

9.2. Anexo II - Portarias e outras Normas que tratam das Urgências e Emergências

DECRETO nº 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.

PORTARIA nº 2.657/GM Em 16 de dezembro de 2004.

Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

PORTARIA nº 2.420/GM Em 9 de novembro de 2004.

Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde - SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

PORTARIA nº 1.929/GM Em 15 de setembro de 2004.

Exclui do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal os recursos destinados ao custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

PORTARIA nº 1.927/GM Em 15 de setembro de 2004.

Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

PORTARIA nº 1.828/GM Em 2 de setembro de 2004.

Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

PORTARIA nº 2072/GM Em 30 de outubro de 2003

Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

PORTARIA nº 1864/GM Em 29 de setembro de 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.

PORTARIA nº 1863/GM Em 29 de setembro de 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.

PORTARIA nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002

Regulamenta o atendimento das urgências e emergências.

PORTARIA MS nº 737 de 16 de maio de 2001

Define a política nacional de redução da morbimortalidade/acidentes.

PORTARIA MS nº 641 de 27 de abril de 2001

Cria Comitê com a finalidade de elaborar plano de ação destinado a promover o trabalho voluntário em saúde.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.671/03

(Publicada no D.O.U., de 29 Julho 2003, Seção I, pg. 75-78)

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.661/2003

EMENTA: Revogar as Resoluções CFM nºs

277/66, 288/66, 885/78, 1.212/85, 1.216/85, 1.233/86, 1.241/87, 1.244/87 e 1.596/00, por

estarem contidas na Resolução CFM nº 1.651/02, que adota o Manual de Procedimentos Administrativos.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.651/2002

Adota o Manual de Procedimentos Administrativos para os Conselhos de Medicina e dá outras providências.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/02

Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/03

Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

NOAS-SUS 01/02

Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/02.

LEGISLAÇÃO ANVISA

Neste link você acessa os regulamentos técnicos, portarias e resoluções elaboradas pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa.

LEGISLAÇÃO SOBRE UNIDADES MÓVEIS

A Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Ela estabelece regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias.

Manual de Regulação Médica das Urgências.

Padrões visuais SAMU.

Política Nacional de Atenção às Urgências.

Programa Mínimo para construção de uma Central de Regulação.

Roteiro para elaboração de Projeto (passo a passo).

9.3. Anexo III Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências

O Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências é composto por:

- I – Coordenação Geral de Urgência e Emergência – DAE/SAS/MS;
- II – Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS;
- III - Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS;
- IV - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/SAS/MS;
- V – Secretaria Executiva – SE/MS;
- VI – Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS;
- VII – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS;
- VIII - Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
- IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS/MS;
- X – Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS;
- XI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
- XII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS/MS;
- XIII – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO;
- XIV - Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM;
- XV - Associação Médica Brasileira – AMB;
- XVI - Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
- XVII - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE;
- XVIII – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB;
- XIX – Corporação dos Bombeiros;
- XX – Polícia Rodoviária Federal;
- XXI – Defesa Civil;
- XXII – Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN;

XXIII - Conselho Nacional de Trânsito;

XXIV – Ministério da Defesa;

XXV – Ministério dos Transportes;

XXVI – Ministério da Justiça;

XXVII – Secretaria Especial dos Direitos Humanos;

XXVIII – Ministério das Cidades; e

XXIX - Rede Brasileira de Cooperação em Urgência e Emergência – RBCE.